



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bericht zum Strukturierten Dialog 2017

Erfassungsjahr 2016

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 24. August 2018

Impressum

Thema:

Bericht zum Strukturierten Dialog 2017 – Erfassungsjahr 2016

Ansprechpartnerin:

Martina Dost

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

15. Mai 2018, geänderte Version vom 24. August 2018

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	14
2.1 Grundlagen.....	14
2.2 Zuständigkeiten.....	16
2.3 Rechnerisch auffällige Ergebnisse.....	16
2.4 Bearbeitung und Bewertung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse.....	17
2.4.1 Fachgruppenarbeit	17
2.4.2 Bewertung.....	20
2.4.3 Ergebniseinstufungen.....	21
3 Datenvalidierung	23
4 Prozesse und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs	25
4.1 Überblick: Prozesse des Strukturierten Dialogs.....	25
4.2 Versorgungsbereiche	40
4.2.1 Gefäßchirurgie.....	40
4.2.2 Pneumonie	44
4.2.3 Herzschrittmacher und Defibrillatoren	48
4.2.4 Herzchirurgie	65
4.2.5 Transplantationsmedizin.....	73
4.2.6 Gynäkologie.....	90
4.2.7 Mammachirurgie.....	94
4.2.8 Perinatalmedizin	99
4.2.9 Orthopädie und Unfallchirurgie	107
4.2.10 Pflege.....	115
5 Fazit und Ausblick.....	118
Literatur	119

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einstufungsschema für rechnerisch auffällige Ergebnisse bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs.....	21
Tabelle 2: Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit – alle QS-Verfahren (EJ 2016).....	24
Tabelle 3: Maßnahmen und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt) für die Erfassungsjahre 2016 und 2015 im Vergleich.....	26
Tabelle 4: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland	30
Tabelle 5: Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren	31
Tabelle 6: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland	35
Tabelle 7: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro QS-Verfahren	36

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitlicher Ablauf des Strukturierten Dialogs.....	15
Abbildung 2: Zuständigkeiten der beteiligten Akteure.....	16
Abbildung 3: Überblick über die zur Verfügung stehenden Maßnahmen im Strukturierten Dialog	19
Abbildung 4: Strukturiertes Dialog – Prüfschritte zur Ergebniseinstufung	20
Abbildung 5: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum EJ 2016.....	27
Abbildung 6: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland – ohne weiterführende Maßnahmen.....	28
Abbildung 7: Weiterführende Maßnahmen je Bundesland – Besprechung, Begehung, Zielvereinbarung in Relation zu der Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse. In Bundesländern ohne Balken wurde keine der Maßnahmen durchgeführt.....	29
Abbildung 8: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse aller QS-Verfahren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland	34
Abbildung 9: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro QS-Verfahren.....	39
Abbildung 10: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 9 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Karotis-Revaskularisation betrachtet.	40
Abbildung 11: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation	43
Abbildung 12: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 7 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Ambulant erworbene Pneumonie betrachtet.	44
Abbildung 13: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie	47
Abbildung 14: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 38 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Herzschrittmacher und Defibrillatoren betrachtet.	48
Abbildung 15: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacher-Implantation	59
Abbildung 16: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacher-Aggregatwechsel.....	60

Abbildung 17: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	61
Abbildung 18: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	62
Abbildung 19: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	63
Abbildung 20: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	64
Abbildung 21: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 16 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Herzchirurgie betrachtet.	65
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.....	72
Abbildung 26: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 80 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Transplantationsmedizin betrachtet.	73
Abbildung 27: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herztransplantation.	76
Abbildung 28: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzunterstützungssysteme	78
Abbildung 29: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Lungen- und Herz-Lungentransplantation.....	80
Abbildung 30: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Lebertransplantation	81

Abbildung 31: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Leberlebendspende	83
Abbildung 32: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Nierentransplantation.....	85
Abbildung 33: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Nierenlebendspende.....	87
Abbildung 34: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation.....	89
Abbildung 35: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 8 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) betrachtet.	90
Abbildung 36: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Gynäkologische Operationen.....	93
Abbildung 37: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 7 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Mammachirurgie betrachtet.	94
Abbildung 38: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Mammachirurgie	98
Abbildung 39: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 16 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Perinatalmedizin betrachtet.....	99
Abbildung 40: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Geburtshilfe	103
Abbildung 41: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Neonatologie.....	106
Abbildung 42: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 36 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Orthopädie und Unfallchirurgie betrachtet.	107
Abbildung 43: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	110

Abbildung 44: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftendoprothesenversorgung	112
Abbildung 45: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Knieendoprothesenversorgung	114
Abbildung 46: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 2 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Pflege: Dekubitusprophylaxe betrachtet.....	115
Abbildung 47: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Pflege: Dekubitusprophylaxe	117

Abkürzungsverzeichnis

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

QS-Verfahren in der externen Qualitätssicherung

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

Versorgungsbereich	QS-Verfahren	Beschreibung
Transplantations- medizin	Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme	Transplantation eines Herzens von einem Organspender zu einem Empfänger oder Implantation eines Herzunterstützungssystems
	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	Transplantation einer oder beider Lungen bzw. von Herz und Lunge gemeinsam von einem Organspender zu einem Empfänger
	Lebertransplantation	Transplantation einer Leber oder eines Lebersegments von einem Organspender zu einem Empfänger
	Leberlebenspende	Entnahme eines Lebersegments von einem Spender für einen Empfänger
	Nierentransplantation	Transplantation einer Niere von einem Organspender zu einem Empfänger
	Nierenlebenspende	Entnahme einer Niere von einem Spender für einen Empfänger
	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	Transplantation der Bauchspeicheldrüse bzw. gleichzeitige Transplantation einer Bauchspeicheldrüse und einer Niere von einem Spender zu einem Empfänger
Perinatalmedizin	Geburtshilfe	Betreuung der Schwangeren, Geburtsverlauf und Komplikationen
	Neonatologie	Versorgung von Neu- und Frühgeborenen
Gynäkologie	Gynäkologische Operationen	Operationen in der Frauenheilkunde (ohne Hysterektomien)
Mammachirurgie	Mammachirurgie	Operation an der Brust
Orthopädie und Unfallchirurgie	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks

Versorgungsbereich	QS-Verfahren	Beschreibung
	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen bzw. Austausch einer Prothese oder eines Prothesenteils im Bereich der Hüfte
	Knieendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen bzw. Austausch einer Prothese oder eines Prothesenteils im Bereich des Knies
Pflege	Pflege: Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs während eines stationären Aufenthalts

1 Einleitung

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

Der vorliegende Bericht fasst dabei die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs sowie die ggf. durchgeführten Maßnahmen der einzelnen Landesgeschäftsstellen (indirekte QS-Verfahren) sowie der Bundesebene (direkte QS-Verfahren) zusammen. Grundlage der Qualitätsbewertung bilden die im Jahr 2016 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. Abschließende Bewertungen erlauben eine Einschätzung zur Behandlungs- und Prozessqualität in den teilnehmenden Krankenhäusern.

Die Strukturierten Dialoge mit den Krankenhausstandorten für das Erfassungsjahr (EJ) 2016 fanden im Jahr 2017 statt. Die Durchführung in den indirekten QS-Verfahren wird gemäß QSKH-RL durch die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) vorgenommen; für die direkten Verfahren führt das IQTIG die Strukturierten Dialoge.

Die Darstellung der aktuellen Ergebnisdaten zum EJ 2016 erfolgt im vorliegenden Bericht erstmalig in Relation zu den beiden vorangegangenen Erfassungsjahren 2014 und 2015. Ergänzende Informationen sind den gemäß § 15 Abs. 1–3 QSKH-RL erstellten Abschlussberichten der Landes- und Bundesebene entnommen.

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

In einem gesonderten „Bericht zur Datenvalidierung 2017 – Erfassungsjahr 2016“ werden die Ergebnisse der parallel stattfindenden Datenvalidierung (Statistische Basisprüfung und Stichprobenprüfung vor Ort) dargestellt. Da die dokumentierten und übermittelten Daten die unverzichtbare Voraussetzung für die Beurteilung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und damit der Behandlungsqualität sind, beinhaltet dieser Bericht eine kurze Zusammenfassung der dort ausführlich dargestellten Ergebnisse.

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 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 16. April 2015, in Kraft getreten am 1. Januar 2016 (im Erfassungsjahr 2016 gültige Fassung der Richtlinie).

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

2 Methodik

2.1 Grundlagen

Der Strukturierte Dialog dient dazu, zu validen und vergleichbaren Erkenntnissen zur Versorgungsqualität einzelner Einrichtungen zu kommen, diese Versorgungsqualität zu sichern und bei Bedarf zu verbessern. Die Grundlagen dazu sind in der QSKH-Richtlinie verankert.

Durch Fragestellungen wie

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

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

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

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

Erfassungsjahr (EJ)**EJ 0**

QS-Daten

Durchführungsjahr**EJ +1**

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

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

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

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

Abbildung 1: Zeitlicher Ablauf des Strukturierten Dialogs

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

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

Der Strukturierte Dialog hat zwei wesentliche Ziele:

- Die Klärung, ob eine rechnerische Auffälligkeit auf ein Qualitätsproblem bzw. ein Datenvaliditätsproblem hinweist, das behoben werden muss sowie
- Die Förderung der hierzu notwendigen Verbesserungsmaßnahmen beim Leistungserbringer. Hierzu stehen auf Grundlage der QSKH-RL mehrere Instrumente zur Verfügung: schriftliche Hinweise, der Strukturierte Dialog im engeren Sinn mit Stellungnahme des Leistungserbringers, die

Einladung zum persönlichen Dialog mit der jeweils zuständigen Fachgruppe (kollegiales Gespräch), die Begehung vor Ort sowie der Abschluss einer Zielvereinbarung einschließlich der Kontrolle, ob die vereinbarten Verbesserungsmaßnahmen auch umgesetzt wurden.

2.2 Zuständigkeiten

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

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

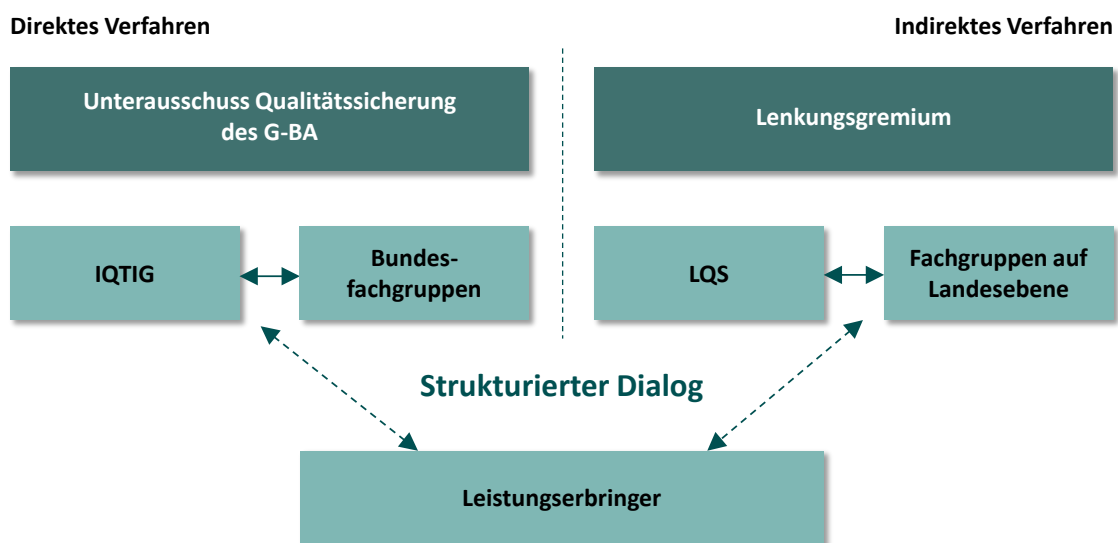


Abbildung 2: Zuständigkeiten der beteiligten Akteure

2.3 Rechnerisch auffällige Ergebnisse

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

Die Lage eines Qualitätsindikatorwerts inner- oder außerhalb eines zuvor definierten Referenzbereichs ist das erste Kriterium zur 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 analysiert werden muss. Insofern erfordert jeder aufgetretene Fall eine Stellungnahme des Krankenhauses und eine Einzelfallprüfung.

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

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

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 es sich wirklich um einen Qualitätsmangel handelt. Mehrheitlich wird eine Stellungnahme von den

Krankenhausstandorten angefordert. Bezieht sich die rechnerische Auffälligkeit auf einen einzigen Fall im Zähler eines Qualitätsindikators, dann kann gemäß § 10 Abs. 2 Satz 4 QSKH-RL auch auf eine Maßnahme verzichtet werden (Ein-Fall-Regel).

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

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

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

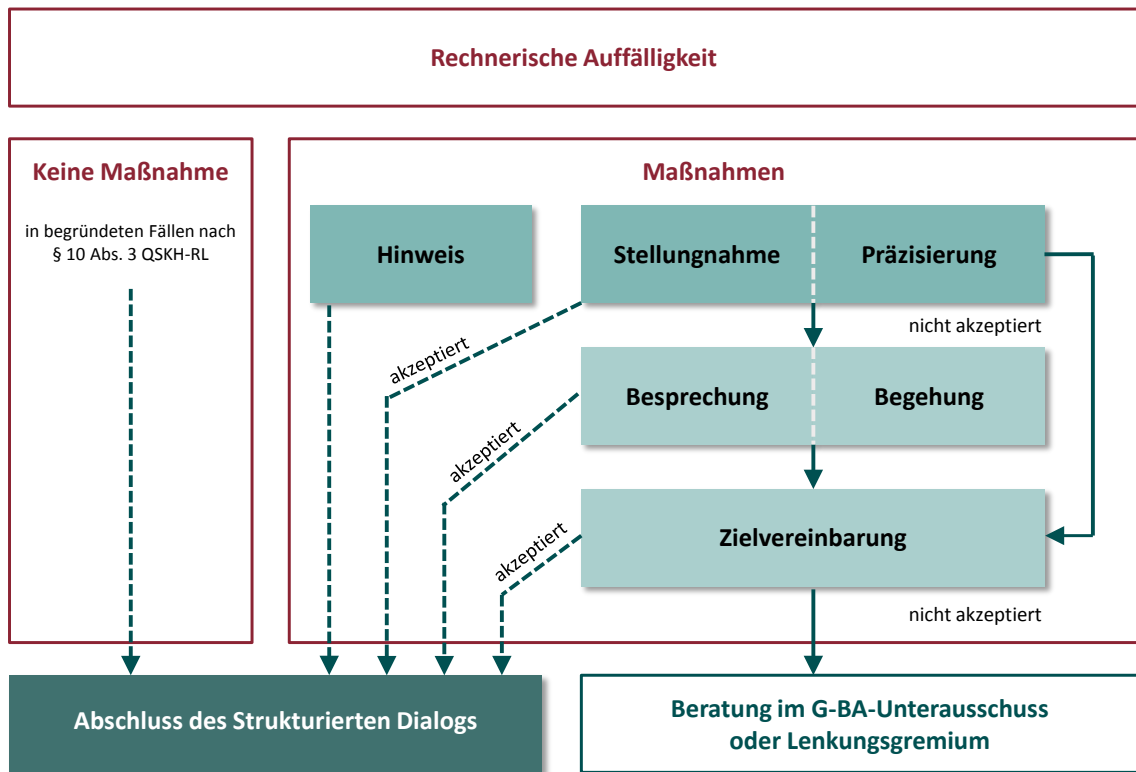


Abbildung 3: Überblick über die zur Verfügung stehenden Maßnahmen im Strukturierten Dialog

2.4.2 Bewertung

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

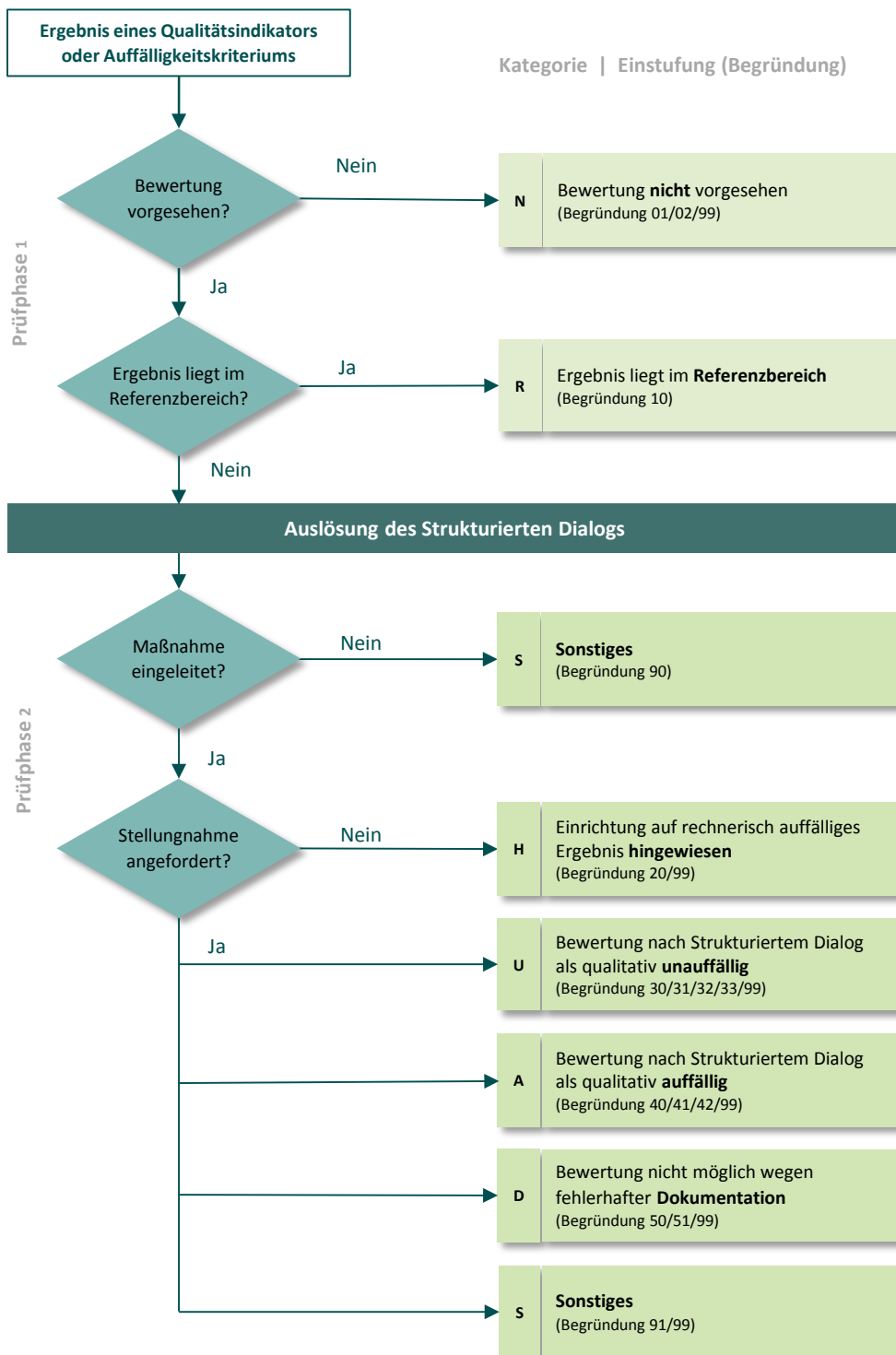


Abbildung 4: Strukturierter Dialog – Prüfschritte zur Ergebniseinstufung

2.4.3 Ergebniseinstufungen

Die Bewertungsergebnisse des Strukturierten Dialogs werden anhand von sieben Bewertungskategorien (N, R, H, U, A, D, S) sowie zugehöriger, präzisierender Unterpunkte eingestuft und durch einen Kurztext beschrieben (siehe Tabelle 1).

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

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

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

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

3 Datenvalidierung

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

In der jährlich stattfindenden Datenvalidierung nach § 9 QSKH-RL wird geprüft, ob die dokumentierten Qualitätssicherungsdaten (QS-Daten) korrekt, vollständig und vollzählig sind. Eine valide Dokumentationsqualität ist Voraussetzung für eine ausreichende Aussagekraft der Qualitätsindikatoren. Bei Dokumentationsmängeln sind umgehend entsprechende Verbesserungen in den Dokumentationsprozessen anzuregen. Das Datenvalidierungsverfahren besteht aus zwei Elementen: Der „Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog“ und dem „Stichprobenverfahren mit 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 auf Landes- und Bundesebene und anschließend die dort jeweils zu prüfenden Behandlungsfälle ermittelt. Für diese erfolgt dann ein Abgleich der QS-Daten mit der Primärdokumentation in der Patientenakte. Diese umfassende Datenvalidierung erfolgte für das EJ 2016 in den QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung*, *Ambulant erworbene Pneumonie* und *Nierenlebendspende*.

In Tabelle 2 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 2017 – Erfassungsjahr 2016“. Dieser ist nach Freigabe durch den G-BA auf www.iqtig.org abrufbar.

Tabelle 2: Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit – alle QS-Verfahren (EJ 2016)

	Anzahl	Anteil
Datenliefernde Standorte (alle QS-Verfahren)	1.887	-
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	2.571	-
Standorte mit mindestens einem rechnerisch auffälligen Ergebnis	980	-
Standorte mit mindestens einer Bewertung A40 oder A99	646	-
Maßnahmen		
Keine Maßnahmen	29	1,1 %
Hinweise	832	32,4 %
Stellungnahmen	1.710	66,5 %
Sonstiges	0	0,0 %
Weiterführende Maßnahmen		
Besprechungen	6	-
Begehungen	2	-
Zielvereinbarungen	41	-
Einstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen eine Stellungnahme angefordert wurde		
Korrekte Dokumentation bestätigt (U30, U99)	336	13,1 %
Fehlerhafte Dokumentation bestätigt (A40, A99)	1.239	48,2 %
Keine erklärenden Gründe genannt (A42)	27	1,1 %
Sonstiges (S90, S91, S99)	137	5,3 %

4 Prozesse und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs

4.1 Überblick: Prozesse des Strukturierten Dialogs

Auf Basis der im EJ 2016 gelieferten 2.482.141 Datensätze von 1.887 Krankenhausstandorten wurden für 219 Qualitätsindikatoren mit definiertem Referenzbereich 116.163 Ergebnisse berechnet. Aus zunächst 12.683 Abweichungen von diesem Referenzbereich bei 1.373 Krankenhausstandorten resultierten nach dem Strukturierten Dialog mit den Verfahrensteilnehmern letztlich 1.611 Qualitätsdefizite (721 Krankenhausstandorte) sowie 961 relevante Dokumentationsmängel (470 Krankenhausstandorte). Bei diesen Zahlen ist zu beachten, dass sie sich auf Indikatorergebnisse und nicht auf Krankenhausstandorte beziehen. In der Regel liefert ein Krankenhausstandort Daten für mehrere QS-Verfahren und somit werden für ihn je nach QS-Verfahren unterschiedlich viele Qualitätsindikatoren berechnet.

Zur Prüfung und Beurteilung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden insgesamt 7.607 Stellungnahmen von den LQS (indirekte Verfahren) und dem IQTIG (direkte Verfahren) angefordert und bearbeitet. In 76 Fällen wurden keine Maßnahmen ergriffen. Hierbei handelte es sich häufig um Situationen, in denen lediglich ein einziger Fall die Auffälligkeit generiert hatte. Ein weiterer Grund für nicht eingeleitete Maßnahmen war das Schließen von Abteilungen oder Krankenhausstandorten. In 3 Fällen wurde nach rechnerischer Auffälligkeit eine „sonstige Maßnahme“ berichtet. Auch hier begründete sich dies durch die Schließung von Abteilungen.

Darüber hinaus wurden mit Vertretern von 275 Krankenhausstandorten kollegiale Gespräche geführt; 13 Standorte wurden im Rahmen einer Begehung besucht. Zur Behebung der identifizierten Qualitätsdefizite wurden 742 Zielvereinbarungen mit den Klinikvertretern geschlossen. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden insgesamt 12,7 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse auch als „qualitativ auffällig“ bewertet; in 37,5 % der Fälle konnte der Strukturierte Dialog keine Hinweise auf Qualitätsmängel erbringen. Die entsprechenden Indikatorergebnisse wurden als „qualitativ unauffällig“ bewertet. 39,3 % der rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse wurden mit dem Versand eines Hinweises quittiert.

Tabelle 3 und Abbildung 5 zeigen die auf Bundesebene aggregierten Ergebnisse aller QS-Verfahren im Überblick.

Tabelle 3: Maßnahmen und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt) für die Erfassungsjahre 2016 und 2015 im Vergleich

Strukturierter Dialog	Erfassungsjahr 2015	Erfassungsjahr 2016	%
	Anzahl	Anzahl	
Indikatorergebnisse	-	116.163	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse (gesamt)	15.858	12.683	11
Maßnahmen (Prozentwerte bezogen auf rechnerisch auffällige Ergebnisse, n = 12.683, 100 %)			
Keine Maßnahmen	94	76	0,6
Hinweise (ohne Klärung der Relevanz der Auffälligkeit)	5.965	4.997	39,4
Stellungnahmen	9.797	7.607	60
Sonstiges	3	3	0,0
Weiterführende Maßnahmen (Prozentwerte bezogen auf rechnerisch auffällige Ergebnisse, n = 12.683, 100 %)			
Anlässe für Besprechungen	282	275	2,2
Anlässe für Begehungen	19	13	0,1
Zielvereinbarungen	1.121	742	5,9
Einstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse* (Prozentwert bezogen auf rechnerisch auffällige Ergebnisse, n = 12683, 100 %)			
Hinweise [H20/H99]		4.980	39,3
Nach Überprüfung der Stellungnahmen (Prozentwerte bezogen auf rechnerisch auffällige Ergebnisse, n = 12.683, 100 %)			
Qualitativ unauffällig [U31/U32/U33/U99]	6.021	4.750	37,5
Qualitativ auffällig [A41/A42/A99]	1.761	1.611	12,7
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation [D50/D51/D99]	1.655	961	7,6
Sonstiges [S90/S91/S99]	482	381	3,0

* In 17 Fällen wurde auf einen Hinweis mit einer Stellungnahme reagiert und es erfolgte eine andere Einstufung als H20/H99.

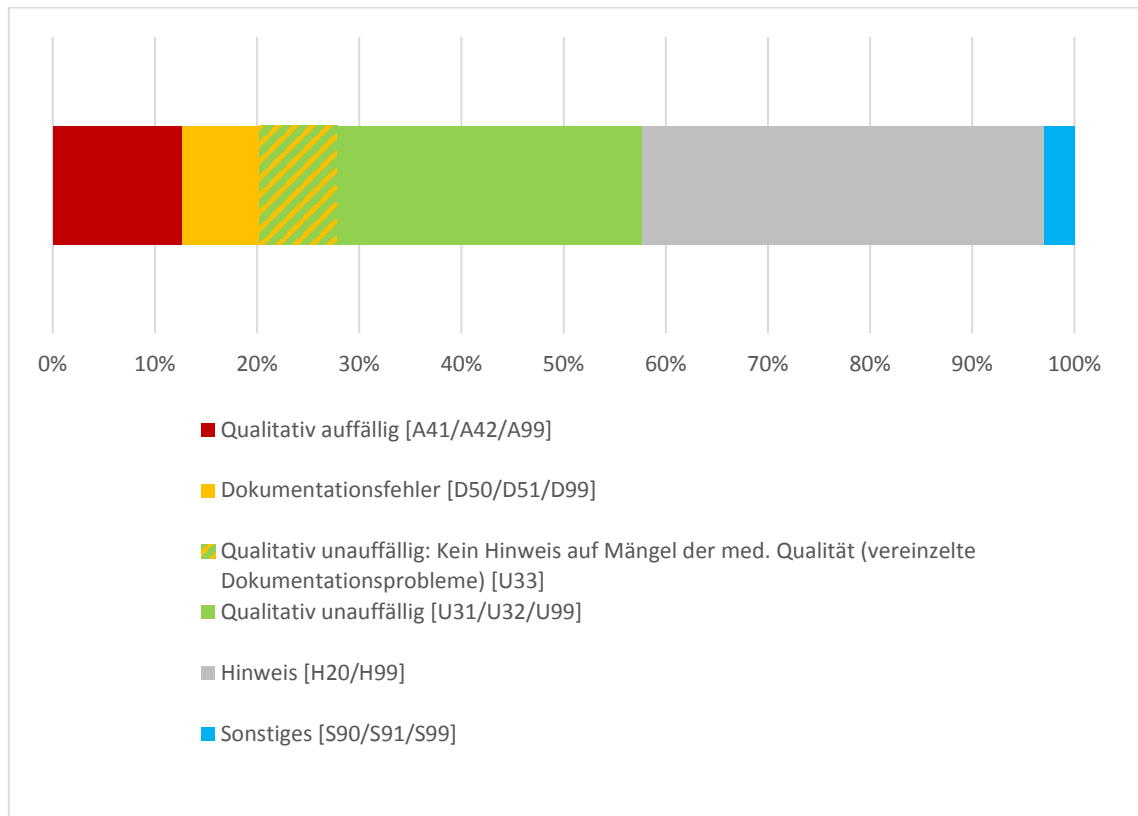


Abbildung 5: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum EJ 2016

Die Abnahme rechnerisch auffälliger Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr ist wohl am ehesten auf die verminderte Anzahl an Qualitätsindikatoren und QS-Verfahren in der externen stationären Qualitätssicherung zurückzuführen, z. B. durch Überführung des QS-Verfahrens PCI von der QSKH-RL in die Qesü-RL.

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

Der erste Blick auf die Tabellen und Grafiken zeigt ein heterogenes Bild der unterschiedlichen QS-Verfahren und Bundesländer. Die Berichte der einzelnen Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung an den gemeinsamen Bundesausschuss ergeben ein ähnliches Bild. Allein auf Basis der vorhandenen Informationen erscheint dem IQTIG allerdings eine tiefergehende Analyse der Unterschiede im Strukturierten Dialog der Bundesländer wenig zielführend.

Ebenso hält das IQTIG Vergleiche der Versorgungsbereiche untereinander auf diesem Abstraktionsniveau für wenig aussagekräftig. Die Bereiche werden im Abschnitt 4.2 im Einzelnen aus der Verfahrensperspektive einer Analyse unterzogen, die vom jeweiligen Team der Abteilung Verfahrensmanagement des IQTIG unter Beachtung aller vorliegenden Informationen und Daten aus den Bundesländern und von der Bundesebene verfasst wurden.

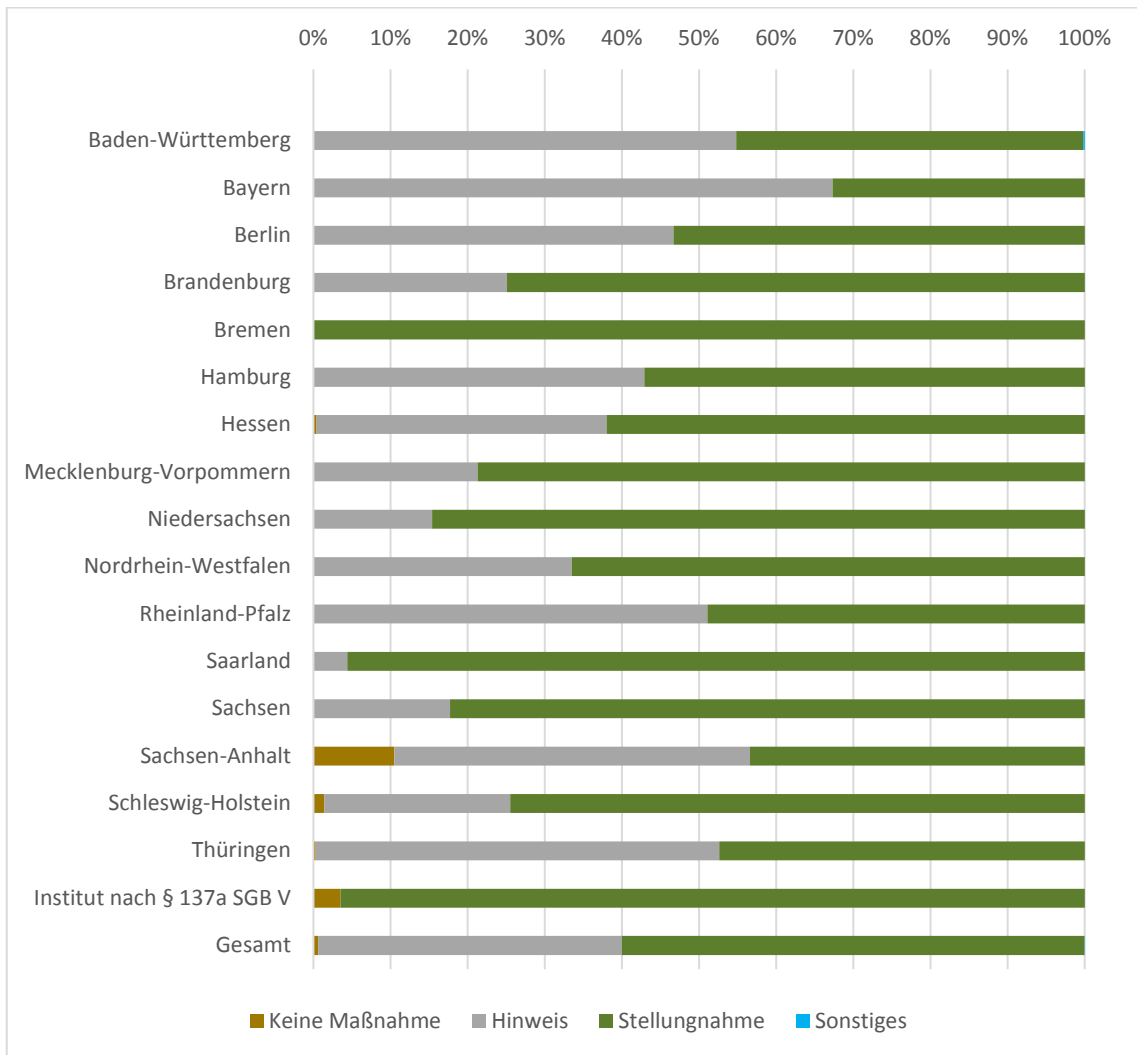


Abbildung 6: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland – ohne weiterführende Maßnahmen

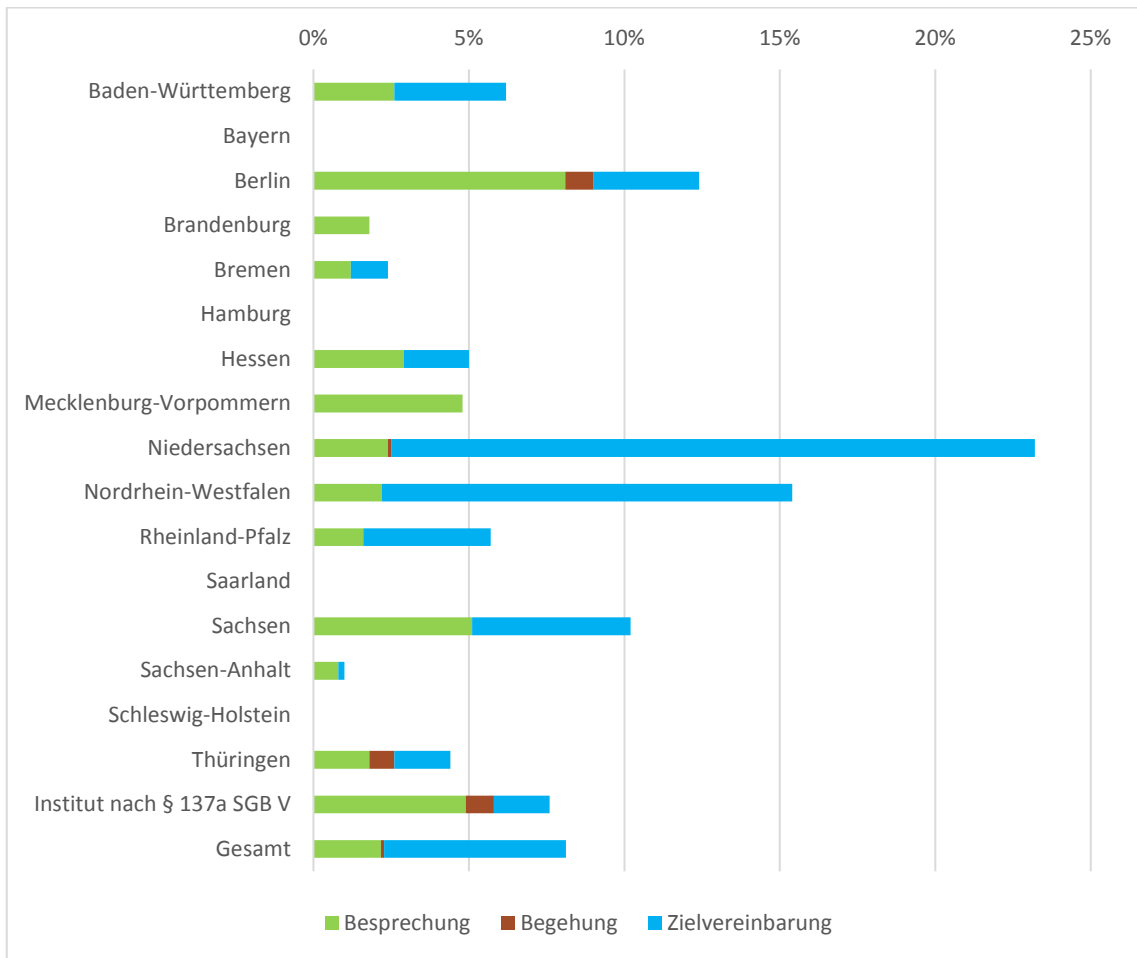


Abbildung 7: Weiterführende Maßnahmen je Bundesland – Besprechung, Begehung, Zielvereinbarung in Relation zu der Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse. In Bundesländern ohne Balken wurde keine der Maßnahmen durchgeführt.

Tabelle 4: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auf- fälligkeit		Keine Maß- nahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinba- rung	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	12.265	1.243	10,1	0	0,0	681	54,8	559	45,0	3	0,2	32	2,6	0	0,0	45	3,6
Bayern	17.238	2.108	12,2	0	0,0	1.419	67,3	689	32,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	3.785	443	11,7	0	0,0	207	46,7	236	53,3	0	0,0	36	8,1	4	0,9	15	3,4
Brandenburg	3.777	454	12,0	0	0,0	114	25,1	340	74,9	0	0,0	8	1,8	0	0,0	0	0,0
Bremen	836	84	10,0	0	0,0	0	0,0	84	100,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	1	1,2
Hamburg	2.362	219	9,3	0	0,0	94	42,9	125	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	8.120	719	8,9	3	0,4	270	37,6	446	62,0	0	0,0	21	2,9	0	0,0	15	2,1
Mecklenburg-Vorpom- mern	2.857	291	10,2	0	0,0	62	21,3	229	78,7	0	0,0	14	4,8	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	9.806	1.127	11,5	0	0,0	173	15,4	954	84,6	0	0,0	27	2,4	1	0,1	233	20,7
Nordrhein-Westfalen	26.207	2.637	10,1	0	0,0	883	33,5	1.754	66,5	0	0,0	57	2,2	1	0,0	348	13,2
Rheinland-Pfalz	6.609	918	13,9	0	0,0	469	51,1	449	48,9	0	0,0	15	1,6	0	0,0	38	4,1
Saarland	1.531	158	10,3	0	0,0	7	4,4	151	95,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	6.121	610	10,0	0	0,0	108	17,7	502	82,3	0	0,0	31	5,1	0	0,0	31	5,1
Sachsen-Anhalt	3.787	488	12,9	51	10,5	225	46,1	212	43,4	0	0,0	4	0,8	0	0,0	1	0,2
Schleswig-Holstein	3.746	348	9,3	5	1,4	84	24,1	259	74,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	3.531	384	10,9	1	0,3	201	52,3	182	47,4	0	0,0	7	1,8	3	0,8	7	1,8

Bundesland	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auf- fälligkeit		Keine Maß- nahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinba- rung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Institut nach § 137a SGB V	3.585	452	12,6	16	3,5	0	0,0	436	96,5	0	0,0	22	4,9	4	0,9	8	1,8
Gesamt	116.163	12.683	10,90	76	0,6	4.997	39,4	7.607	60,0	3	0,0	275	2,2	13	0,1	742	5,9

Tabelle 5: Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren

QS-Verfahren	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellung- nahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinba- rung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Karotis-Revaskularisation	3.899	268	6,9	0	0,0	86	32,1	182	67,9	0	0,0	9	3,4	0	0,0	9	3,4
Ambulant erworbene Pneumonie	9.960	1.461	14,7	3	0,2	594	40,7	864	59,1	0	0,0	32	2,2	2	0,1	112	7,7
Herzschrittmacher-Implantation	13.225	1.534	11,6	4	0,3	819	53,4	711	46,3	0	0,0	28	1,8	0	0,0	136	8,9
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	3.837	240	6,3	2	0,8	100	41,7	138	57,5	0	0,0	4	1,7	0	0,0	4	1,7
Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation	2.739	146	5,3	2	1,4	73	50,0	71	48,6	0	0,0	2	1,4	0	0,0	3	2,1
Implantierbare Defibrillatoren-Im- plantation	6.169	523	8,5	8	1,5	263	50,3	252	48,2	0	0,0	17	3,3	0	0,0	33	6,3
Implantierbare Defibrillatoren-Aggre- gatwechsel	2.756	133	4,8	1	0,8	72	54,1	60	45,1	0	0,0	3	2,3	0	0,0	2	1,5

QS-Verfahren	Indikatorer- gebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellung- nahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielverein- barung	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Implantierbare Defibrillatoren-Revi- sion/-Systemwechsel/ -Explantation	3.739	282	7,5	5	1,8	136	48,2	141	50,0	0	0,0	2	0,7	0	0,0	6	2,1
Koronarchirurgie, isoliert	352	21	6,0	5	23,8	0	0,0	16	76,2	0	0,0	2	9,5	0	0,0	3	14,3
Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kon- ventionell chirurgisch)	344	18	5,2	3	16,7	0	0,0	15	83,3	0	0,0	1	5,6	0	0,0	1	5,6
Aortenklappenchirurgie, isoliert (Ka- thetergestützt)	484	39	8,1	4	10,3	0	0,0	35	89,7	0	0,0	3	7,7	0	0,0	1	2,6
Kombinierte Koronar- und Aorten- klappenchirurgie	248	19	7,7	4	21,1	0	0,0	15	78,9	0	0,0	1	5,3	0	0,0	3	15,8
Herztransplantation	157	73	46,5	0	0,0	0	0,0	73	100,0	0	0,0	7	9,6	0	0,0	0	0,0
Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	251	67	26,7	0	0,0	0	0,0	67	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lungen- und Herz-Lungentransplan- tation	113	48	42,5	0	0,0	0	0,0	48	100,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0
Lebertransplantation	208	35	16,8	0	0,0	0	0,0	35	100,0	0	0,0	0	0,0	4	11,4	0	0,0
Leberlebendspende	142	15	10,6	0	0,0	0	0,0	15	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nierentransplantation	496	39	7,9	0	0,0	0	0,0	39	100,0	0	0,0	4	10,3	0	0,0	0	0,0
Nierenlebendspende	558	30	5,4	0	0,0	0	0,0	30	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pankreas- und Pankreas-Nierentrans- plantation*	232	48	20,7	0	0,0	0	0,0	48	100,0	0	0,0	3	6,3	0	0,0	0	0,0

QS-Verfahren	Indikatorer- gebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellung- nahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinba- rung	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Geburtshilfe	5.944	444	7,5	3	0,7	118	26,6	322	72,5	1	0,2	19	4,3	1	0,2	25	5,6
Neonatalogie	3.155	265	8,4	0	0,0	110	41,5	155	58,5	0	0,0	11	4,2	2	0,8	22	8,3
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	7.313	941	12,9	5	0,5	329	35,0	605	64,3	2	0,2	13	1,4	0	0,0	54	5,7
Mammachirurgie	4.562	706	15,5	0	0,0	270	38,2	436	61,8	0	0,0	11	1,6	0	0,0	58	8,2
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit os- teosynthetischer Versorgung	10.806	1.357	12,6	4	0,3	501	36,9	852	62,8	0	0,0	27	2,0	0	0,0	68	5,0
Hüftendoprothesenversorgung	18.072	2.268	12,6	18	0,8	928	40,9	1.322	58,3	0	0,0	51	2,2	0	0,0	114	5,0
Knieendoprothesenversorgung	12.692	1.019	8,0	5	0,5	527	51,7	487	47,8	0	0,0	12	1,2	0	0,0	43	4,2
Pflege: Dekubitusprophylaxe	3.710	644	17,4	0	0,0	71	11,0	573	89,0	0	0,0	12	1,9	4	0,6	45	7,0
Gesamt	116.163	12.683	10,9	76	0,6	4.997	39,4	7.607	60,0	3	0,0	275	2,2	13	0,1	742	5,9

* Der Strukturierte Dialog wird über zwei Erfassungsjahre geführt und erfolgte im Jahr 2017 zu den Erfassungsjahren 2015/2016.

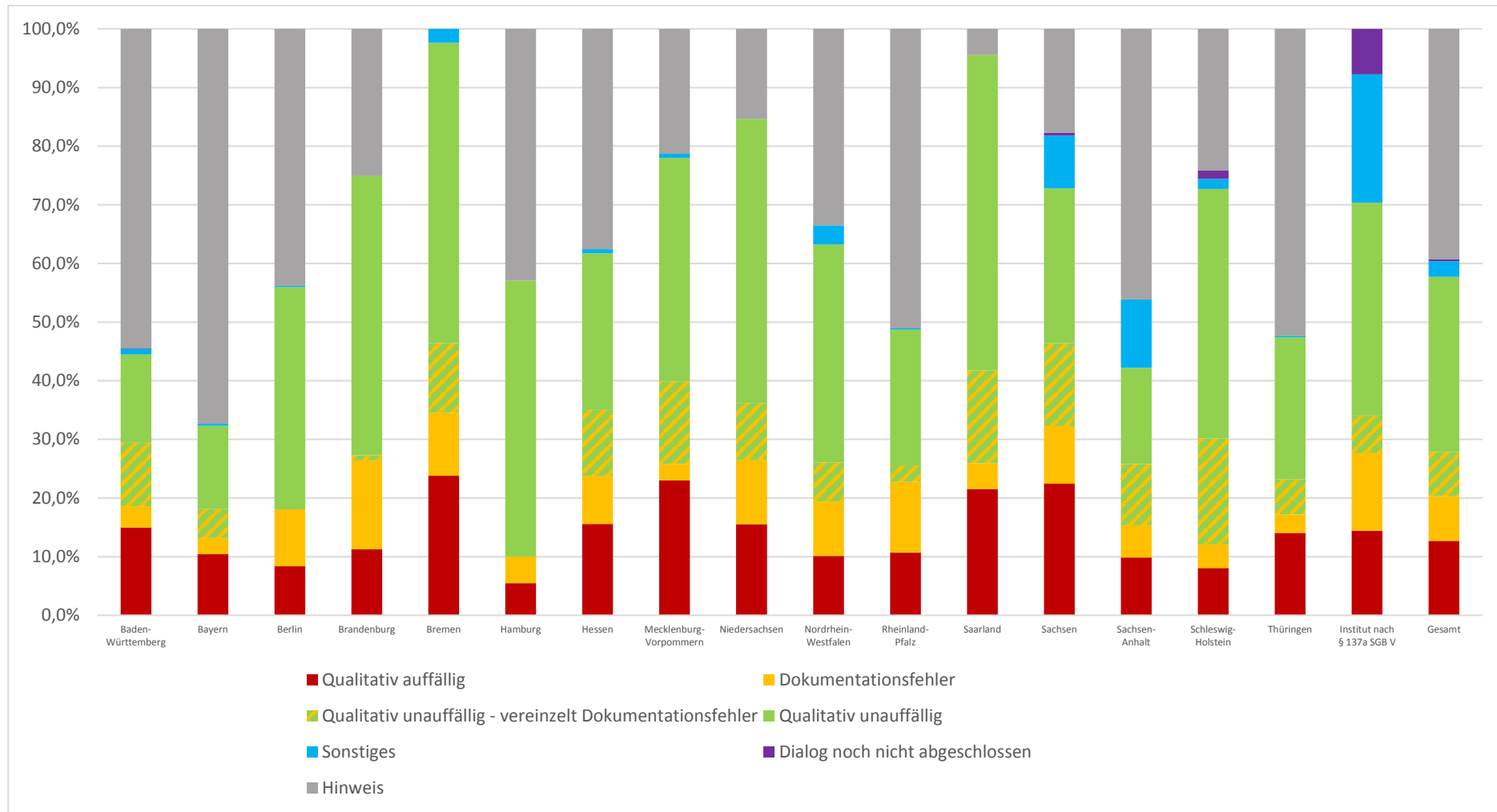


Abbildung 8: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse aller QS-Verfahren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland

Tabelle 6: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig		Qualitativ unauffällig		Fehlerhafte Dokumentation		Sonstiges		Hinweis	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	1243	186	15,0	322	25,9	45	3,6	13	1,0	677	54,5
Bayern	2108	220	10,4	403	19,1	58	2,8	8	0,4	1419	67,3
Berlin	443	37	8,4	168	37,9	43	9,7	1	0,2	194	43,8
Brandenburg	454	51	11,2	220	48,5	69	15,2	0	0,0	114	25,1
Bremen	84	20	23,8	53	63,1	9	10,7	2	2,4	0	0,0
Hamburg	219	12	5,5	103	47,0	10	4,6	0	0,0	94	42,9
Hessen	719	112	15,6	273	38,0	59	8,2	5	0,7	270	37,6
Mecklenburg-Vorpommern	291	67	23,0	152	52,2	8	2,7	2	0,7	62	21,3
Niedersachsen	1127	175	15,5	655	58,1	124	11,0	0	0,0	173	15,4
Nordrhein-Westfalen	2637	267	10,1	1155	43,8	245	9,3	87	3,3	883	33,5
Rheinland-Pfalz	918	98	10,7	238	25,9	111	12,1	2	0,2	469	51,1
Saarland	158	34	21,5	110	69,6	7	4,4	0	0,0	7	4,4
Sachsen	610	137	22,5	247	40,5	60	9,8	58	9,5	108	17,7
Sachsen-Anhalt	488	48	9,8	131	26,8	27	5,5	57	11,7	225	46,1
Schleswig-Holstein	348	28	8,0	211	60,6	14	4,0	11	3,2	84	24,1

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig		Qualitativ unauffällig		Fehlerhafte Dokumentation		Sonstiges		Hinweis	
		n	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Thüringen	384	54	14,1	116	30,2	12	3,1	1	0,3	201	52,3
Institut nach § 137a SGB V	452	65	14,4	193	42,7	60	13,3	134	29,6	0	0,0
Gesamt	12683	1611	12,7	4750	37,5	961	7,6	381	3,0	4980	39,3

Tabelle 7: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro QS-Verfahren

QS-Verfahren	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	268	27	10,1	143	53,4	12	4,5	0	0,0	86	32,1
Ambulant erworbene Pneumonie	1461	296	20,3	399	27,3	142	9,7	34	2,3	590	40,4
Herzschrittmacher-Implantation	1534	184	12,0	402	26,2	97	6,3	37	2,4	814	53,1
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	240	39	16,3	82	34,2	14	5,8	5	2,1	100	41,7

QS-Verfahren	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
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/ -Explantation	146	13	8,9	56	38,4	0	0,0	4	2,7	73	50,0
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	523	77	14,7	148	28,3	20	3,8	15	2,9	263	50,3
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	133	12	9,0	42	31,6	5	3,8	2	1,5	72	54,1
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation	282	19	6,7	121	42,9	0	0,0	6	2,1	136	48,2
Koronarchirurgie, isoliert	21	4	19,0	12	57,1	0	0,0	5	23,8	0	0,0
Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	18	3	16,7	12	66,7	0	0,0	3	16,7	0	0,0
Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	39	4	10,3	29	74,4	2	5,1	4	10,3	0	0,0
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	19	6	31,6	8	42,1	1	5,3	4	21,1	0	0,0
Herztransplantation	73	4	5,5	24	32,9	0	0,0	45	61,6	0	0,0
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	67	14	20,9	26	38,8	19	28,4	8	11,9	0	0,0
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	48	4	8,3	19	39,6	2	4,2	23	47,9	0	0,0
Lebertransplantation	35	4	11,4	12	34,3	4	11,4	15	42,9	0	0,0
Leberlebendspende	15	2	13,3	8	53,3	1	6,7	4	26,7	0	0,0

QS-Verfahren	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
Nierentransplantation	39	5	12,8	16	41,0	12	30,8	6	15,4	0	0,0
Nierenlebendspende	30	2	6,7	14	46,7	12	40,0	2	6,7	0	0,0
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation*	48	13	27,1	13	27,1	7	14,6	15	31,3	0	0,0
Geburtshilfe	444	60	13,5	205	46,2	52	11,7	9	2,0	118	26,6
Neonatalogie	265	29	10,9	103	38,9	20	7,5	3	1,1	110	41,5
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	941	56	6,0	466	49,5	75	8,0	17	1,8	327	34,8
Mammachirurgie	706	141	20,0	231	32,7	58	8,2	6	0,8	270	38,2
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	1357	192	14,1	597	44,0	35	2,6	32	2,4	501	36,9
Hüftendoprothesenversorgung	2268	221	9,7	892	39,3	184	8,1	45	2,0	926	40,8
Knieendoprothesenversorgung	1019	33	3,2	357	35,0	95	9,3	11	1,1	523	51,3
Pflege: Dekubitusprophylaxe	644	147	22,8	313	48,6	92	14,3	21	3,3	71	11,0
Gesamt	12683	1611	12,7	4750	37,5	961	7,6	381	3,0	4980	39,3

* Der Strukturierte Dialog wird über zwei Erfassungsjahre geführt und erfolgte im Jahr 2017 zu den Erfassungsjahren 2015/2016.

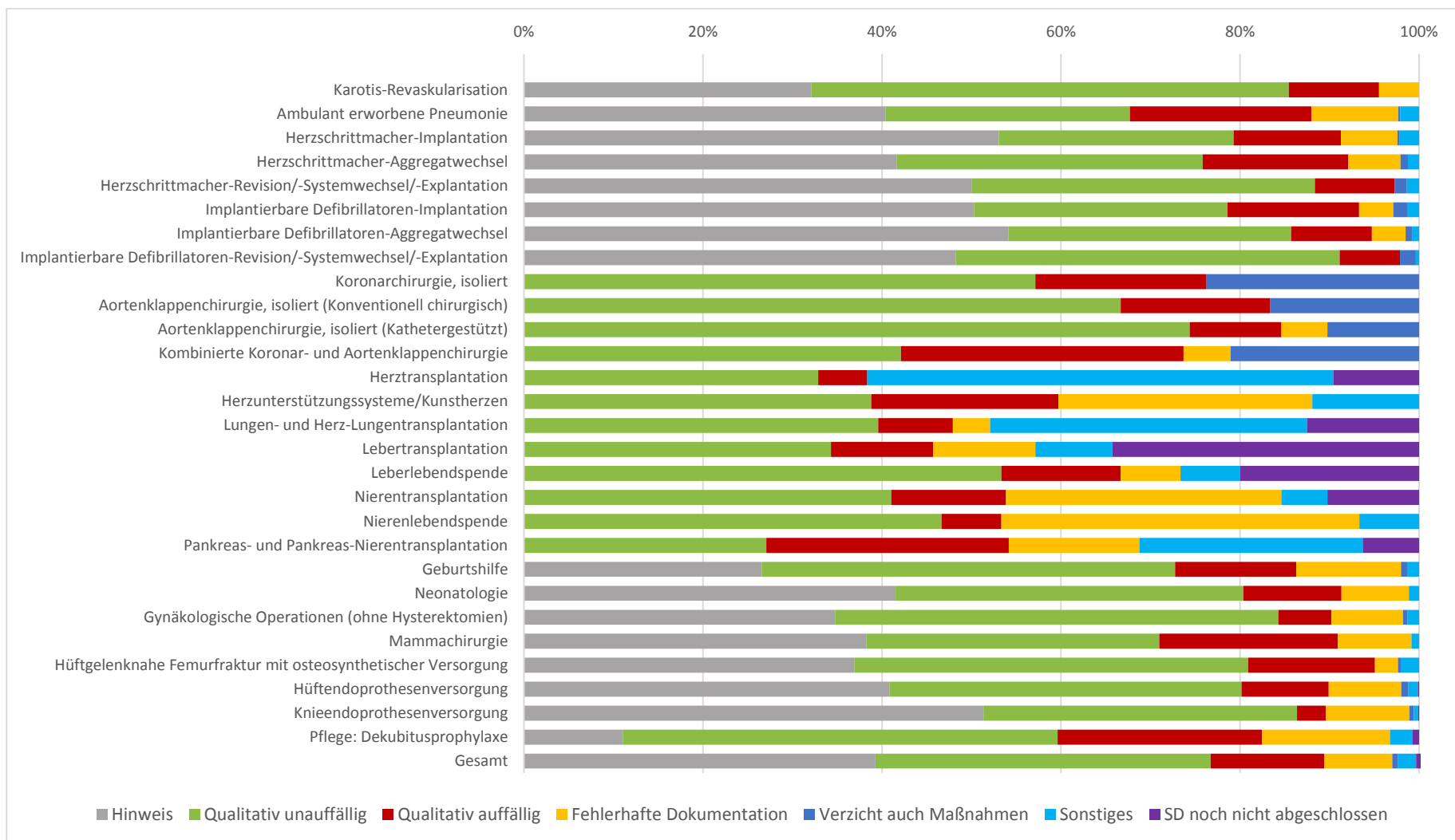


Abbildung 9: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro QS-Verfahren

4.2 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.³ Die jeweiligen Diagramme zeigen die Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte und heben qualitativ auffällige Ergebnisse im Versorgungsbereich hervor.

Im Anhang zu diesem Bericht sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs detailliert pro Qualitätsindikator für jedes QS-Verfahren in einer Tabelle dargestellt. Dort finden sich auch wiederholte Auffälligkeiten im Vergleich der Erfassungsjahre 2014 und 2015. Weiterhin enthält der Anhang für jedes QS-Verfahren eine Darstellung der durchgeführten Maßnahmen pro Qualitätsindikator und pro Bundesland sowie der Ergebnisse pro Bundesland.

4.2.1 Gefäßchirurgie

Dr. Fenne große Deters, Dr. Georg Heinze

▪ QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation

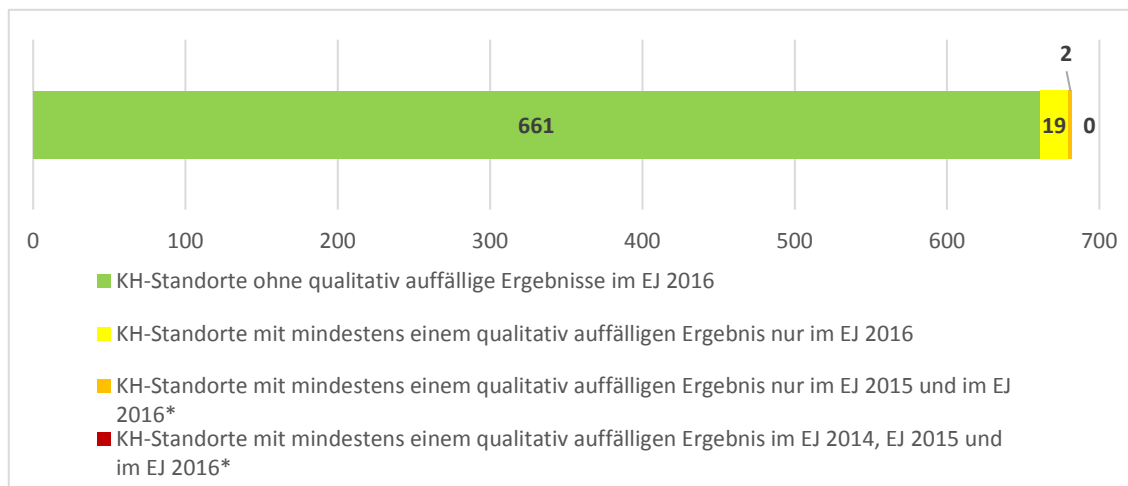


Abbildung 10: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 9 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Karotis-Revaskularisation betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014, 2015 und 2016 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs über die Daten des Erfassungsjahres 2016 zeigt sich im QS-Verfahren *Karotis-Revaskularisation* ein insgesamt sehr erfreuliches Bild. Bei den Krankenhausstandorten mit qualitativen Auffälligkeiten gab es keinen Krankenhausstandort, bei dem in mehreren Bereichen wie beispielsweise bei der Indikationsstellung und der Vermeidung unerwünschter Komplikationen Qualitätsdefizite offenbar wurden. Bei lediglich zwei Standorten

³ Die Zuordnung der QS-Verfahren zu den einzelnen Versorgungsbereichen ist der Tabelle auf Seite 11 zu entnehmen.

zeigten sich bereits im Vorjahr Qualitätsmängel – allerdings jeweils auch in dem gleichen Qualitätsindikator wie im EJ 2015. Mit einem dieser Krankenhausstandorte wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

In den 4 Qualitätsindikatoren, die eine korrekte Indikationsstellung überprüfen (QI-IDs 603, 604, 51443 und 51437), wurde lediglich bei einem Krankenhausstandort ein Mangel bei der medizinischen Qualität festgestellt. Bei der Interpretation der Ergebnisse für die Indikationsindikatoren gilt es zu beachten, dass für rund 37 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse keine Überprüfung im Rahmen des Strukturierten Dialogs erfolgte. Stattdessen erhielten die Krankenhausstandorte einen Hinweis gemäß § 11 QSKH-RL mit der Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement, die Gründe für das Abweichen der Indikatorergebnisse vom Referenzbereich intern zu analysieren. Bei Hinweisen erfolgt allerdings keine Bewertung, ob es sich um ein Qualitätsproblem handelt oder nicht. Diese Einrichtungen mit rechnerisch auffälligem Ergebnis werden mangels anderer Einstufung oft der Gruppe der qualitativ unauffälligen Einrichtungen zugerechnet, was das Gesamtbild positiver erscheinen lässt, als es wahrscheinlich ist. Bei Qualitätsindikatoren, bei denen bei rechnerischen Auffälligkeiten in 40 % und mehr der Einrichtungen nur ein Hinweis versandt wird, spielt diese Verzerrung zum Positiven durchaus eine Rolle.

Für die beiden risikoadjustierten Qualitätsindikatoren (QI-IDs 11704 und 11724), die Schlaganfälle und Todesfälle im Zusammenhang mit einem offen-chirurgisch durchgeführten Eingriff an der Karotis betrachten, wurden bei 13 (2,2 %) der Krankenhausstandorte mit Fällen in diesen Indikatoren Qualitätsmängel festgestellt. Mit drei Krankenhausstandorten wurden Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Qualität abgeschlossen. Wie auch bei den Indikationsindikatoren sollte beachtet werden, dass nicht für alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse eine Überprüfung im Rahmen des Strukturierten Dialogs stattfand. 24 Krankenhausstandorte, die in Bezug auf unerwünschte Komplikationen bei offen-chirurgischen Karotis-Eingriffen rechnerisch auffällig waren, erhielten lediglich Hinweise.

Der Sentinel-Event-Indikator 52240 betrachtet die Qualität bei Eingriffen, bei denen eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation 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, wird der Strukturierte Dialog ausgelöst. Bei rund 1,7 % (n = 2) aller Krankenhausstandorte, die 2016 für den Sentinel-Event-Indikator Daten geliefert haben (n = 118), sahen die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel.

Auch für kathetergestützte Eingriffe an der Karotis erfassen zwei risikoadjustierte Qualitätsindikatoren (QI-IDs 51873 und 51865) Schlaganfälle und Todesfälle, die im Zusammenhang mit dem Eingriff auftreten. Hier wurden bei insgesamt 7 (1,7 %) der Krankenhausstandorte, die im EJ 2016 diesen Eingriff durchführten, Mängel in der medizinischen Qualität festgestellt. Mit einem Standort wurde eine Zielvereinbarung geschlossen. 8 Krankenhausstandorte mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen in den Indikatoren zu Schlaganfällen und Todesfällen im Zusammenhang mit kathetergestützten Karotis-Eingriffen erhielten nur Hinweise. Das Ausbleiben einer Überprüfung im Rahmen des Strukturierten Dialogs bei diesen Standorten sollte bei der Einordnung der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Über alle Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren *Karotis-Revaskularisation* hinweg führten nur sehr wenige der rechnerisch auffälligen Ergebnisse zur Entdeckung eines Qualitätsdefizites. Im gesamten Verfahren wurden lediglich 27 Indikatorergebnisse als „qualitativ auffällig“ eingestuft. Das entspricht nur einem Anteil von 0,7 % an allen berechneten Indikatorergebnissen und einem Anteil von 10,1 % an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen, aber immerhin einem Anteil von 14,8 % an allen Indikatorergebnissen, für die von den Krankenhausstandorten Stellungnahmen aufgefordert wurden. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich bereits im Vorjahr. Auch Dokumentationsfehler wurden nur vereinzelt – insgesamt bei 12 Indikatorergebnissen – im Strukturierten Dialog festgestellt. Da die Anzahl von Krankenhausstandorten, die zwar als rechnerisch unauffällig eingestuft wurden, aber dennoch in Bezug auf die betrachteten Qualitätsziele Qualitätsdefizite aufweisen, unbekannt ist, lassen die vorliegenden Zahlen keine Rückschlüsse darauf zu, ob die geringe Anzahl im Strukturierten Dialog identifizierter Qualitätsmängel durch eine flächendeckend sehr gute medizinische Qualität bei Karotis-Eingriffen oder durch eine unzureichende Sensitivität (hoher Falsch-Negativ-Rate) der Qualitätsindikatoren oder des Strukturierten Dialogs begründet ist. Vor diesem Hintergrund hat das IQTIG dem G-BA eine umfassende Überarbeitung und Weiterentwicklung des QS-Verfahrens Gefäßchirurgie empfohlen.

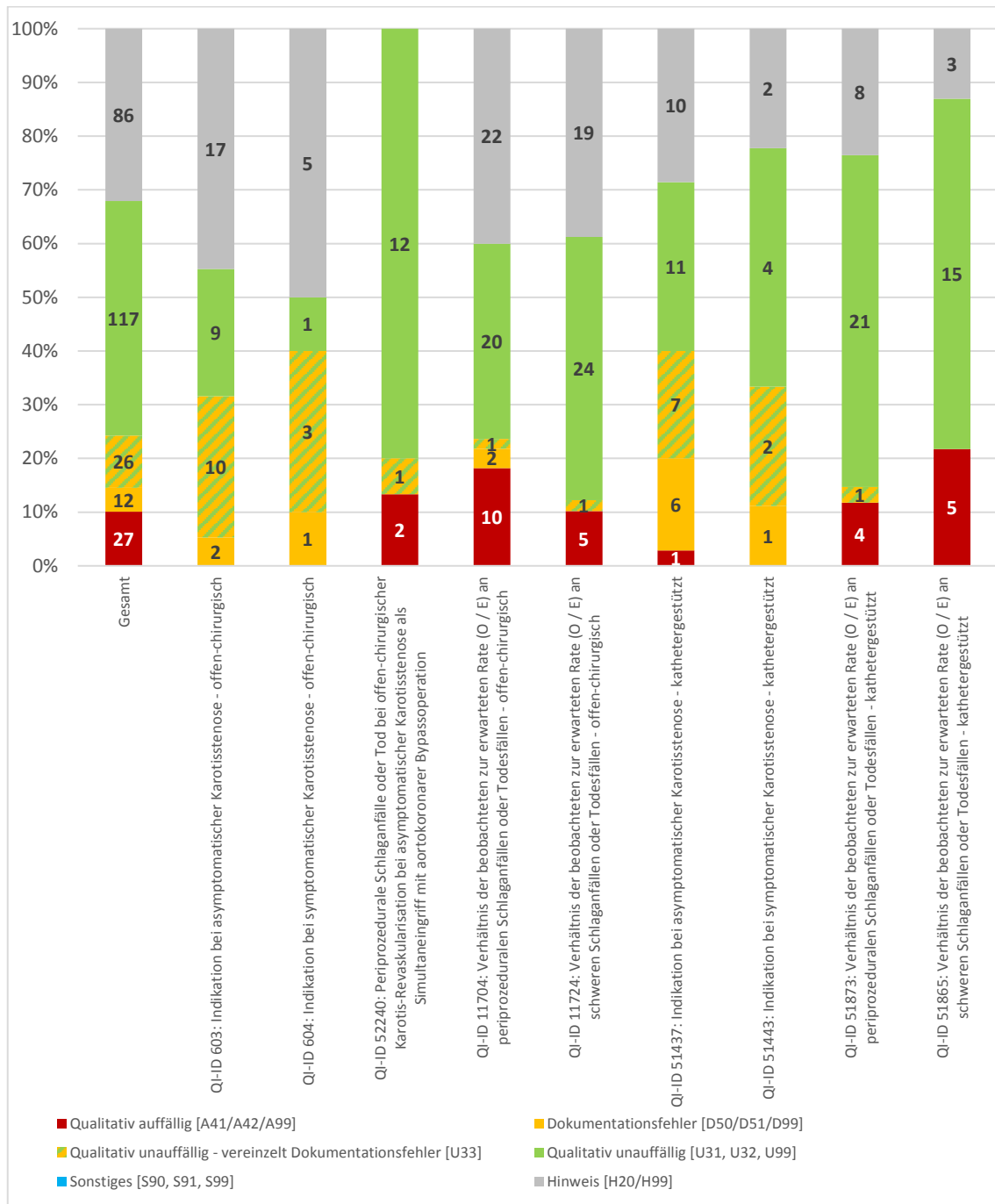


Abbildung 11: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation

4.2.2 Pneumonie

Leif Warming, Stefanie Holleck-Weithmann

▪ QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie*

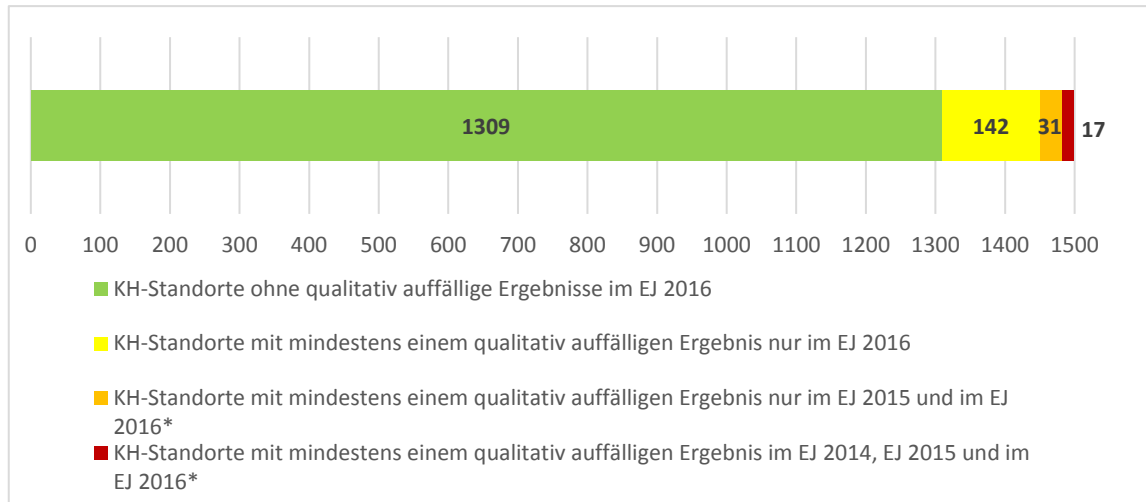


Abbildung 12: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 7 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens *Ambulant erworbene Pneumonie* betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014, 2015 und 2016 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im EJ 2016 wurden im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* von 1.450 Standorten insgesamt 271.905 QS-Datensätze geliefert.

Im Folgenden sind die Werte der Indikatoren „Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ und „Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme nicht berücksichtigt, da diese für das EJ 2016 nicht mehr ausgewertet wurden.

Die rechnerisch auffälligen Ergebnisse gingen von 1.609 im Jahr 2015 zurück auf 1.461 im Jahr 2016 (dies entspricht einem Rückgang von ca. 9 %). Im Jahr 2016 gab es mit 296 qualitativen Auffälligkeiten 12 mehr als noch im Jahr 2015.

Der Anteil der qualitativen Auffälligkeiten an den rechnerisch auffälligen Ergebnissen lag im Jahr 2015 somit bei 17,7 % und im Jahr 2016 bei 20,3 %. Es ergaben sich also bei weniger rechnerisch auffälligen Ergebnissen relativ mehr qualitative Auffälligkeiten, wenn man rechnerische Auffälligkeiten, denen nur ein Hinweis folgte, automatisch als qualitativ unauffällig ansieht.

Der Abbildung 12 ist zu entnehmen, dass 190 Standorte 2016 mindestens eine qualitative Auffälligkeit aufwiesen, gegenüber 95 Standorten im Jahr 2015. Bei insgesamt 296 qualitativen Auffälligkeiten bedeutet dies, dass jeder dieser 190 Standorte im Durchschnitt in ca. 1,6 Indikatoren qualitativ auffällig wurde (2015 waren es noch ca. 2,9 Indikatoren). Von diesen 190 Standorten wies etwa ein Viertel schon im Vorjahr mindestens eine qualitative Auffälligkeit auf. Ca. 9 % der Standorte waren drei Jahre in Folge in mindestens einem Indikator qualitativ auffällig.

In 192 Fällen war im Jahr 2015 aufgrund von Dokumentationsproblemen keine Bewertung möglich (11,9 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse). 2016 waren es 142 Fälle (9,7 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse). Somit ergaben sich etwas weniger Probleme bei der Dokumentation. 90,3 % hatten eine ausreichende Dokumentation und konnten daher hinsichtlich ihrer Versorgungsqualität bewertet werden.

2016 wurden 590 Hinweise verschickt. 2015 waren es noch 652. Der Anteil verschickter Hinweise an rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist somit mit 40,5 % 2015 und 40,4 % 2016 konstant hoch.

Bundesweit führten im Jahr 2016 112 Indikatoregebnisse zum Abschluss von Zielvereinbarungen (2015: 168), in 32 Fällen wurden kollegiale Gespräche durchgeführt (2015: 57). Mit 2 Fällen wurde das Instrument der Begehungen für das EJ 2015 wie im davorliegenden Jahr nur selten genutzt (EJ 2014 n = 4).

Von den insgesamt 296 als „qualitativ auffällig“ bewerteten rechnerisch auffälligen Ergebnissen gehen 2016 knapp 74 % (n = 219) auf 3 Indikatoren zurück:

- QI-ID 2013: „Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB65SCORE = 1 oder 2)“ (n = 41)
- QI-ID 2028: „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ (n = 89)
- QI-ID 50722: „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ (n = 89)

Auf die restlichen 4 Indikatoren entfallen entsprechend 77 qualitative Auffälligkeiten:

- QI-ID 2005: „Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme“ (n = 18)
- QI-ID 2009: „Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus“ (n = 35)
- QI-ID 2012: „Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB65SCORE = 0)“ (n = 15)
- QI-ID 50778: „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen“ (n = 9)

Der Anteil qualitativer Auffälligkeiten an allen Standorten mit mindestens einem Fall im jeweiligen Indikator im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* reicht von 0,6 % (QI-ID 50778: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen) bis 6,3 % (QI-ID 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung).

Hinsichtlich dieses Anteils haben sich die Ergebnisse der Indikatoren zur Frühmobilisierung (QI-ID 2012 und 2013), sowie die Indikatoren zur vollständigen Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien leicht verschlechtert. Der deutlichste Unterschied zum Vorjahr zeigt sich beim Indikator zur Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (QI-ID 2013). Hier liegt der Anteil qualitativ auffälliger Standorte bei 2,9 % gegenüber 2,0 % im Vorjahr. Absolut waren 41 Standorte qualitativ auffällig, 13 mehr als noch im Vorjahr.

Die zwei Ergebnisse der Indikatoren mit den meisten qualitativen Auffälligkeiten liegen in diesem näher beieinander als noch in den Vorjahren. Beim Ergebnis des Indikators zur Bestimmung

der Atemfrequenz bei Aufnahme zeigte sich wiederholt eine Verbesserung von 6,8 % im Jahr 2015 (n = 99) auf 6,2 % im Jahr 2016 (n = 89). 2014 waren in diesem QI noch 11,2 % (n = 163) aller teilnehmenden Standorte qualitativ auffällig. Das Ergebnis des Indikators „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ (QI-ID 2028) verschlechterte sich hingegen etwas; von 5,9 % (n = 84) auf 6,3 % (n = 89).

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

2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

Von einigen Landesgeschäftsstellen werden personelle Engpässe in den Krankenhäusern als Gründe für unzureichende Qualität genannt. In einem Fall führten Umbaumaßnahmen zur Verlegung auf Stationen, in denen das Personal nicht mit dem Krankheitsbild und der Dokumentation vertraut war. Weiterhin genannt wurden unzureichende Prozesse und Konzepte, mangelnde Ausstattung mit Geräten, sowie Weiterbildungsbedarf beim Personal.

50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

Auch zu diesem Indikator wurden für die Bewertung als qualitativ auffällig ähnliche Gründe genannt, nämlich strukturelle Defizite, fehlende geeignete Verfahrensabläufe in der Aufnahme, Personalmangel, insbesondere an Wochenenden sowie eine verzögerte Diagnosestellung. Als besonderes Problem wurde von einer Landesgeschäftsstelle herausgestellt, dass die Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung von Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie, die nicht in internistischen Fachabteilungen untergebracht wurden, oftmals eine Herausforderung ist.

Die durch den G-BA beauftragte Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs wird die kontinuierliche methodische Verbesserung des QS-Verfahrens vereinfachen, unter anderem durch optimierte, standardisierte Rückmeldung von Informationen bezüglich möglicher Gründe für qualitative Defizite sowie die konsekutiven Verbesserungsmaßnahmen.

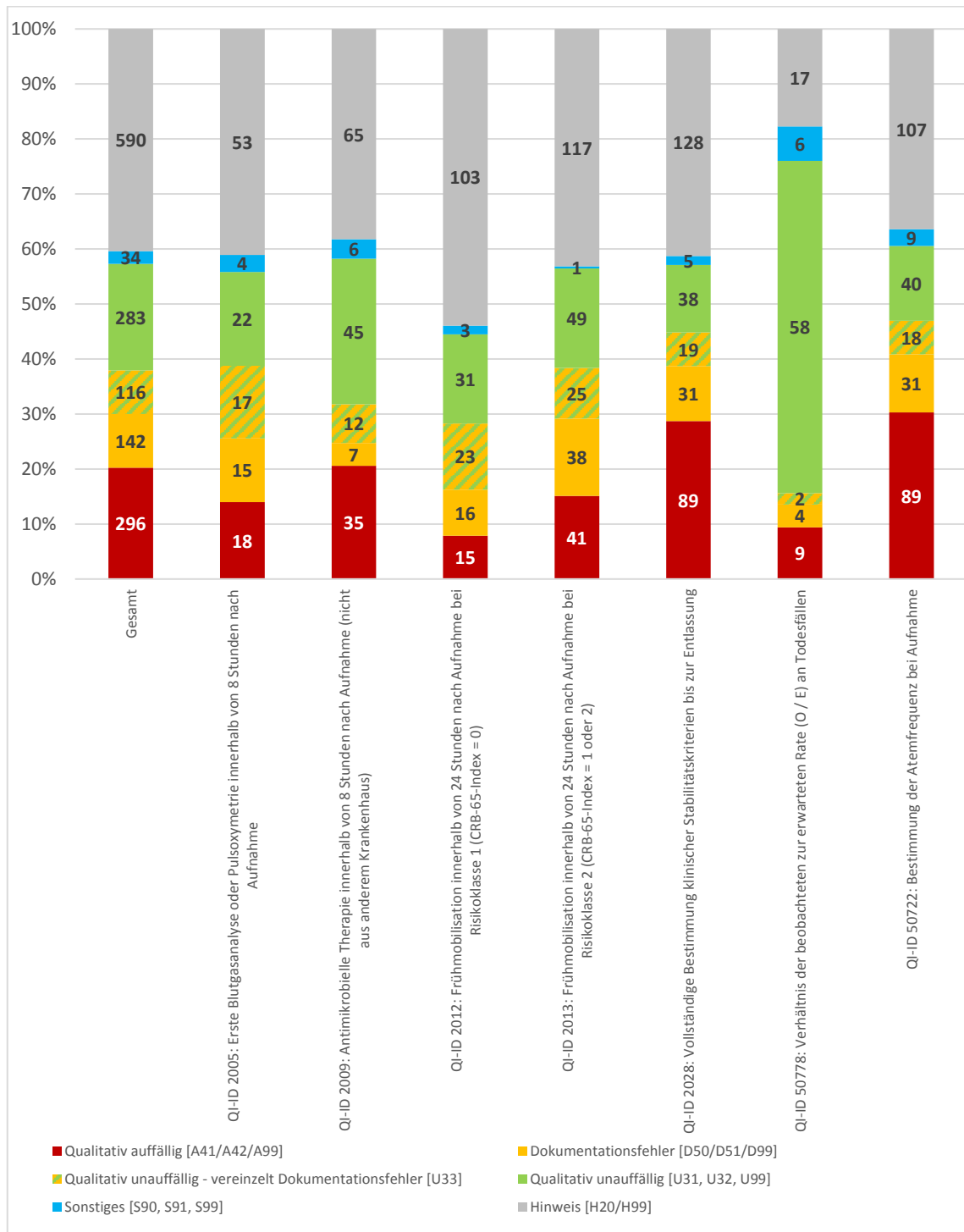


Abbildung 13: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie

4.2.3 Herzschrittmarker und Defibrillatoren

Florian Rüppel, Alina Wolfschütz, Stefanie Holleck-Weithmann, Theresa Schröder

- QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodule⁴ 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*

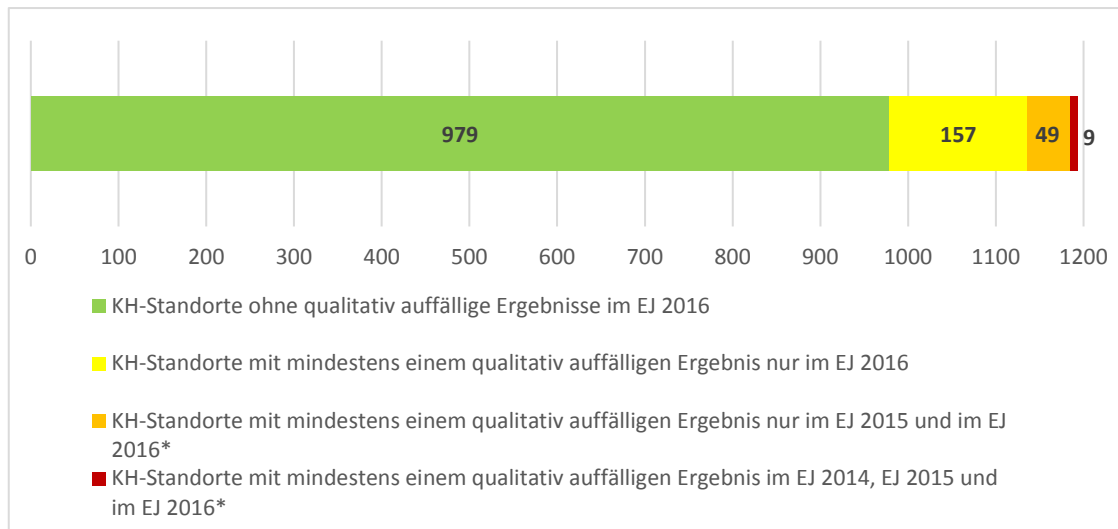


Abbildung 14: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 38 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Herzschrittmarker und Defibrillatoren betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014, 2015 und 2016 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Von den 1.194 Krankenhausstandorten, in denen im EJ 2016 mindestens ein QS-dokumentationspflichtiger Schrittmacher- oder Defibrillatoreingriff durchgeführt wurde, haben 979 (82 %) nach dem Strukturierten Dialog (SD) in keinem QI ein qualitativ auffälliges Ergebnis erzielt. 215 (18 %) Krankenhausstandorte wurden in mindestens einem der 38 Qualitätsindikatoren (QI) als qualitativ auffällig bewertet. Im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2015) ist der Anteil der qualitativ auffälligen Krankenhausstandorte von 19,3 % auf 18 % leicht gesunken.

Zu beachten ist allerdings, dass in einem erheblichen Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten von den Landesgeschäftsstellen nur Hinweise versandt wurden, sodass bei einem großen Teil der Einrichtungen darauf verzichtet wurde zu analysieren, ob es sich um ein Qualitätsproblem

⁴ Die dokumentierten Fälle werden aufgeteilt nach drei Bereichen ausgewertet. In der Bundesauswertung werden sie getrennt dargestellt. Auf technischer Ebene werden diese Auswertungsmodul in der Qualitätsindikatorendatenbank sowie in der Auswertungsdatenbank einzeln spezifiziert und repräsentiert.

handelt (siehe Abbildung 15). Dies lässt das Gesamtbild positiver erscheinen, als es wahrscheinlich ist.

Von den 215 als qualitativ auffällig bewerteten Krankenhausstandorten wiesen 49 (22,8 %) sowohl im EJ 2016, als auch im EJ 2015 bei mindestens einem QI ein qualitativ auffälliges Ergebnis vor. 9 Krankenhausstandorte (4,2 %) wurden bereits zum dritten Mal in Folge (EJ 2014, EJ 2015 und EJ 2016) bei mindestens einem QI als qualitativ auffällig bewertet. Bezogen auf alle Krankenhausstandorte ist festzustellen, dass 4,1 % der Krankenhausstandorte (49 von 1.194) sowohl im EJ 2016 als auch im EJ 2015 bzw. 0,75 % (9 von 1194) darüber hinaus ebenfalls im EJ 2014 als qualitativ auffällig bewertet wurden. Demzufolge sind fast 5 % der Krankenhausstandorte wiederholt in mindestens einem QI als qualitativ auffällig bewertet worden.

Wie in beiden Vorjahren lagen jedoch bei erneut ca. vier Fünftel aller Krankenhausstandorte in keinem Bereich der Herzschrittmacher- bzw. Defibrillatorversorgung Qualitätsdefizite vor. Eine deutliche Mehrheit der Standorte ist somit in der Lage, alle Qualitätsziele zu erreichen. Allerdings wies erneut eine nicht zu vernachlässigende Anzahl an Standorten (n = 215) im SD zum EJ 2016 ein qualitatives Verbesserungspotenzial auf.

Rechnerisch und qualitativ auffällige Ergebnisse

In den QS-Verfahren der Herzschrittmacher- und Defibrillatorversorgung sind im EJ 2016 zu 38 QI insgesamt 2.858 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt worden. Im Bereich der Herzschrittmacherversorgung hat sich die Anzahl der rechnerisch auffälligen Standorte im Vergleich von 1.791 im EJ 2015 auf 1.920 im EJ 2016 leicht erhöht, im Bereich der Defibrillatorversorgung ist sie nahezu gleichgeblieben (2015 = 944; 2016 = 938).

Die erhöhte Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* ist vor allem auf den QI „Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ (QI-ID 54139) des Auswertungsmoduls *Herzschrittmacher-Implantation* zurückzuführen. Dort stieg die Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse von 104 im EJ 2015 auf 498 im EJ 2016. Bezüglich des QI mit den im EJ 2016 zweitmeisten rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorten, „Sondendislokation oder -dysfunktion“ (QI-ID 52311), ist jedoch festzustellen, dass sich die Anzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte im Vergleich zum Vorjahr von 229 auf 197 leicht verringert hat. Auf diese beiden QI, zu denen im EJ 2016 auch die meisten Stellungnahmen angefordert wurden, wird im Verlauf des Berichts differenziert eingegangen.

Bei bestimmten QI sind einige Leistungserbringer bereits mehrere Jahre in Folge rechnerisch auffällig. Das betrifft vor allem den QI „Sondendislokation oder -dysfunktion“ (QI-ID 52311; Herzschrittmacher – Implantation), bei dem beispielsweise von 197 der im EJ 2016 rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte 80 ebenfalls im EJ 2015 und 40 davon zusätzlich im EJ 2014 rechnerisch auffällig waren. Ähnliches betrifft den QI „Chirurgische Komplikationen“ (QI-ID 1103; Herzschrittmacher – Implantation). Von 150 Krankenhausstandorten, die im EJ 2016 rechnerisch auffällig waren, sind 46 bereits im EJ 2015 und davon nochmals 20 zusätzlich im EJ 2014 rechnerisch auffällig gewesen. Bei den QI „Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer

Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (QI-ID 52307; Herzschrittmacher – Aggregatwechsel) und „Leitlinienkonforme Indikation“ (QI-ID 5004 im QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation*) waren ebenfalls relativ viele Leistungserbringer wiederholt rechnerisch auffällig.

Nach Abschluss des SD wurden im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* 236 der 1.920 (12,3 %) rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet und in den QS-Verfahren zur Defibrillatorversorgung 108 von 938 (11,5 %). Im Vorjahr betraf dies im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* 247 der 1791 (13,8 %) rechnerisch auffälligen Ergebnisse und in den QS-Verfahren zur Defibrillatorversorgung 94 von 944 (10 %). Dabei ist jedoch zu beachten, dass sich diese Angaben nicht auf Krankenhausstandorte, sondern auf QI-Ergebnisse beziehen; ein Krankenhausstandort kann daher theoretisch bei mehreren QI als qualitativ auffällig bewertet werden. Die meisten qualitativ auffälligen Ergebnisse betrafen den QI „Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ (QI-ID 54139; n = 43) und „Sondendislokation oder -dysfunktion“ (QI-ID 52311; n = 41) im QS Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Implantation).

Vorgehen der Bundesländer im Strukturierten Dialog

Insgesamt wurden zu den 2.858 rechnerisch auffälligen Ergebnissen 1.463 Hinweise (51 %) verschickt, davon 992 zur Herzschrittmacher- und 471 zur Defibrillatorversorgung. Bis auf das Bundesland Bremen haben alle Bundesländer in unterschiedlichem Ausmaß Hinweise verschickt. Anhand dieser Zahlen wird deutlich, dass in 50 % aller Fälle von rechnerisch auffälligen Ergebnissen nur Hinweise verschickt wurden, sodass die Ursachen dieser Ergebnisse nicht ermittelt und demzufolge auch keine Aussagen über mögliche Qualitätsdefizite der entsprechenden Leistungserbringer bei diesen QI getroffen werden können.

Den Berichten der Bundesländer ist jedoch zu entnehmen, dass dieses Vorgehen beispielsweise gewählt wurde, wenn das Ergebnis des Leistungserbringers nur minimal (z. B. mit einem Fall) vom Referenzwert abgewichen ist. Einige Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) verschickten ebenfalls nur Hinweise, wenn bereits im Vorjahr ein umfangreicher SD zum selben QI mit den Leistungserbringern geführt wurde und die ergriffenen Maßnahmen erwartungsgemäß noch keine starke Veränderung des Ergebnisses zur Folge hatten. Bei wie vielen rechnerisch auffälligen Ergebnissen dieses Vorgehen angewendet wurde, kann jedoch anhand der zur Verfügung gestellten Informationen nicht beurteilt werden. Das Vorgehen führt zu einem positiven Gesamtbild der Ergebnisse, als dies wahrscheinlich tatsächlich vorliegt.

Zu 12 der 38 QI wurden besonders viele Hinweise (in mehr als 60 % der Fälle) verschickt. Dies betraf mit insgesamt 6 QI in besonderem Maße das Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Implantation und dort vor allem die vier Follow-up-Qualitätsindikatoren, bei denen zwischen 97,1 % und 100 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringer einen Hinweis zu ihrem Ergebnis erhielten. Auf die Ursache dafür wird im weiteren Verlauf des Berichts ausführlicher eingegangen.

Im QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel* wurden ebenfalls sehr häufig Hinweise verschickt. Bei drei der vier QI lag der Anteil verschickter Hinweise zwischen 60,6 % (QI-ID 52321) und 76,4 % (QI-ID 50030). In diesem Verfahren liegen andererseits im Vergleich zu den anderen fünf QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen die geringste Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse (n = 133) vor.

Stellungnahmen wurden zu insgesamt 1.373 rechnerisch auffälligen Ergebnissen angefordert, davon 920 zur Herzschrittmacher- und 453 zur Defibrillatorversorgung. Die meisten betrafen die QI „Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ (QI-ID 54139, n = 279) und „Sondendislokation oder -dysfunktion“ (QI-ID 52311, n = 113) des Auswertungsmoduls *Herzschrittmacher-Implantation* (09/1) und „Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (QI-ID 52307, n = 83) des Auswertungsmoduls *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* (09/2).

Zu 22 Ergebnissen (acht in der Herzschrittmacher- und 14 in der Defibrillatorversorgung) wurden keine Maßnahmen eingeleitet, da der entsprechende Krankenhausstandort geschlossen wurde.

Im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* fanden 34 Besprechungen statt, Zielvereinbarungen wurden 143 Mal getroffen. Beides betraf vor allem das Auswertungsmodul *Herzschrittmacher-Implantation* (28 Besprechungen; 136 Zielvereinbarungen). In den QS-Verfahren der Implantierbaren Defibrillatoren wurden 22 Besprechungen durchgeführt und 41 Zielvereinbarungen getroffen. Begehungen fanden im EJ 2016 in den Bereichen der Herzschrittmacher- und Defibrillatorversorgung nicht statt.

Schwerpunkte des SD

Dosis-Flächen-Produkt

Ein Schwerpunkt des SD zum EJ 2016 bildeten die in diesem Jahr erstmalig erhobenen QI „Dosis-Flächen-Produkt“ im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul *Herzschrittmacher-Implantation*; QI-ID 10017) und im QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* (QI-ID 10179). Im EJ 2015 wurden die Angaben zum Dosis-Flächen-Produkt in den Basisauswertungen der Bundesauswertungen des Auswertungsmoduls *Herzschrittmacher-Implantation* und des QS-Verfahrens *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* dargestellt. Bis zum EJ 2014 ist der Qualitätsaspekt der Strahlenbelastung anhand der QI zur Durchleuchtungszeit (QI-ID 10223 und 10249 in *Herzschrittmacher-Implantation*; QI-ID 20010, 50011 und 50012 in *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation*) erfasst worden.

Bei dem QI „Dosis-Flächen-Produkt“ (QI-ID 10117) im Auswertungsmodul *Herzschrittmacher-Implantation* waren im EJ 2016 insgesamt 96 der 1104 Krankenhausstandorte (8,7 %) rechnerisch auffällig. Davon haben 40 einen Hinweis erhalten und 56 sind um eine Stellungnahme gebeten worden. Als weiterführende Maßnahmen wurden drei Besprechungen geführt und neun Zielvereinbarungen geschlossen. In diesem QI als qualitativ auffällig beurteilt wurden 28 Leistungserbringer wegen „Hinweisen auf Struktur- oder Prozessmängel“ (A41) und zwei, weil sie „keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ haben

(A42). Zehn erhielten aus verschiedenen Gründen die Einstufung „qualitativ unauffällig“. Dokumentationsprobleme lagen bei 14 Leistungserbringern vor. Die Bewertung „Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ (S99) wurden zweimal getroffen.

Bei dem QI „Dosis-Flächen-Produkt“ (QI-ID 10179) im QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)* waren insgesamt 71 von 769 Krankenhausstandorten (9,2 %) rechnerisch auffällig. Davon erhielten 26 einen Hinweis, 44 wurden um eine Stellungnahme gebeten und bei einem Leistungserbringer wurden keine Maßnahmen ergriffen. Als weiterführende Maßnahmen wurden sechs Besprechungen geführt und zehn Zielvereinbarungen geschlossen. In diesem QI als qualitativ auffällig beurteilt wurden 21 Leistungserbringer wegen „Hinweisen auf Struktur- oder Prozessmängel“ (A41) und zwei, weil „keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ wurden (A42) oder „Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ (A99) vorlag. Sieben erhielten aus verschiedenen Gründen die Einstufung „qualitativ unauffällig“. Dokumentationsprobleme lagen bei 13 Leistungserbringern vor. Zwei Krankenhausstandorte erhielten die Bewertung „Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ (S99).

Das IQTIG hat die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) in den Hinweisen zum SD im Juni 2017 gebeten, dem IQTIG und der Bundesfachgruppe mitzuteilen, aus welchen Gründen die Einstufung „qualitativ auffällig“ erfolgt ist. Viele Bundesländer haben sich in den Rückmeldeberichten zum SD teilweise recht ausführlich zu diesen Gründen geäußert.

Beispielsweise sind teilweise veraltete Geräte (z. B. C-Bögen) verwendet worden, die eine höhere Strahlenbelastung verursachten oder durch die die Ermittlung des Dosis-Flächen-Produkts nicht möglich war. In beiden Fällen haben die betroffenen Krankenhausstandorte neue Geräte angeschafft, um die Defizite zu beheben. Eine LQS hat zurückgemeldet, dass es bei einem Leistungserbringer zu systematischen Umrechnungsfehlern kam, da die Angaben nicht in $\text{cGy} \times \text{cm}^2$ umgerechnet wurden, sondern in $\text{mGy} \times \text{cm}^2$. Andere LQS berichteten davon, dass rechnerisch auffällige Leistungserbringer die Möglichkeiten zur Dosisersparung an den Geräten nicht optimal genutzt haben.

Ein anderer Leistungserbringer ging davon aus, dass sich die Übergangsregel der Röntgenverordnung (RöV) für Geräte mit Inbetriebnahme vor 2002 ebenfalls auf Geräte bezieht, die bei Herzschrittmacher-Implantationen verwendet werden. Dies ist jedoch falsch, da die Übergangsregel nur für Geräte gilt, die ausschließlich in der konventionellen Projektionsradiographie, nicht jedoch bei interventionellen Eingriffen wie die Herzschrittmacher-Implantation eingesetzt werden. Die entsprechende Fachgruppe auf Landesebene hat den Leistungserbringer auf diesen Fehler aufmerksam gemacht und eine Nachrüstung empfohlen.

Eine LQS wies darauf hin, dass das Dosis-Flächen-Produkt als Parameter bei vielen Anwendern noch nicht so etabliert ist wie die Durchleuchtungszeit, die weniger gut als Maß für die Strahlenbelastung nutzbar ist. Die Qualitätssicherung sollte ihrer Meinung nach für das Dosis-Flächen-Produkt sensibilisieren und auf den flächendeckenden Einsatz mobiler Durchleuchtungseinheiten hinwirken.

Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen

Ein weiterer Schwerpunkt des SD zum EJ 2016 betraf den QI „Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ (QI-ID 54139) im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Implantation). Von allen 38 QI im Bereich der Herzschrittmacher- und Defibrillatorversorgung waren bei diesem QI wie bereits beschrieben mit Abstand die meisten rechnerisch auffälligen Ergebnisse erzielt worden (498 von 2.858). Im EJ 2015 sind im Gegensatz dazu bei diesem QI nur 104 rechnerisch auffällige Ergebnisse aufgetreten. Ursache für diesen starken Anstieg ist eine Rechenregelanpassung ab dem EJ 2016, um die Leitlinie der European Society of Cardiology (ESC) zur Herzschrittmachertherapie aus dem Jahr 2013 besser abbilden zu können. Sie umfasste Änderungen, wodurch stärker als bisher ein nachweislicher Zusammenhang zwischen Symptomen und EKG-Befunden bei Patienten mit Sinusknotensyndrom gefordert wird.

Fast die Hälfte der bei diesem QI dokumentationspflichtigen 1.108 Krankenhausstandorte (n = 498; 45 %) erzielten bei diesem QI ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. 219 davon (44 %) erhielten einen Hinweis und 279 (56 %) wurden um eine Stellungnahme gebeten. Als weiterführende Maßnahmen wurden 6 Besprechungen durchgeführt und 71 Zielvereinbarungen geschlossen. 23 Leistungserbringer wurden mit „Hinweisen auf Struktur- oder Prozessmängel“ (A41) als qualitativ auffällig beurteilt; neun mit A42, weil sie „keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ haben und 11 wegen „Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ (A99). 152 erhielten aus verschiedenen Gründen die Einstufung „qualitativ unauffällig“. Bei 74 Leistungserbringern lagen unvollständige oder falsche Dokumentationen (D50) vor. Aus verschiedenen Gründen wurde elfmal die Bewertung „Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ (S99) getroffen.

Da der Bundesschnitt bei diesem QI im EJ 2016 erstmals seit Beginn des Verfahrens unterhalb des Referenzbereichs von $\geq 90,0\%$ lag, sind die LQS auch bezüglich dieses QI gebeten worden, mitzuteilen, aus welchen Gründen jeweils die qualitativen Einstufungen im Strukturierten Dialog erfolgten.

Viele Bundesländer kamen der Bitte nach und haben die von den Leistungserbringern genannten Gründe in ihren Berichten zum SD aufgeführt. Besonders oft wurde das Auftreten von Dokumentationsproblemen angeführt, wobei die betroffenen Krankenhausstandorte jedoch meist als qualitativ unauffällig bewertet wurden. Zwei Bundesländer haben die Ursachen für das Auftreten von Dokumentationsproblemen etwas genauer beschrieben. Bei mehreren Leistungserbringern wurde beispielsweise der in der Patientenakte dokumentierte Zusammenhang zwischen Symptomatik und EKG-Befund nicht in die QS-Dokumentation übernommen und bei einem anderen Krankenhausstandort ist vermutlich das Aufnahme-EKG und nicht das indikationsführende EKG in der QS-Dokumentation herangezogen worden.

Zwei andere Leistungserbringer wurden aufgrund von Dokumentationsproblemen nach dem SD als qualitativ auffällig mit A99 „Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ bewertet. Bei einem wurde diese Bewertung aufgrund der Summe mehrerer Probleme (Dokumentationsfehler, Struktur-

oder Prozessprobleme und begründete Einzelfälle) vorgenommen. Bei dem anderen Leistungserbringer war die medizinische Indikation oftmals zwar korrekt, sie ist aber nicht konsistent bzw. fehlerhaft in die QS-Dokumentation übernommen worden.

23 Leistungserbringer wurden aufgrund von Struktur- oder Prozessproblemen als qualitativ auffällig bewertet. Die Ursachen dieser Probleme waren den Berichten der Bundesländer nicht zu entnehmen. Eine LQS berichtete, dass ein als qualitativ auffällig bewerteter Krankenhausstandort ab dem EJ 2018 alle QS-Daten und Arztbriefe monatlich an die zuständige Arbeitsgruppe (AG) auf Landesebene übermitteln wird, um die Indikationsstellung zeitnah im unterjährigen SD durch die AG überprüfen lassen zu können.

Anhand der Berichte einiger Bundesländer ist ersichtlich, dass zum Teil sehr ausführliche Einzelfallanalysen durchgeführt worden sind, um die Ursachen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse zu ergründen. Andere Bundesländer haben Krankenhausstandorten mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hingegen vor allem Hinweise geschickt; eines tat dies ihrer Aussage nach aufgrund der Rechenregelanpassung sogar ausschließlich. Diese Hinweise beinhalteten unter anderem die Information zur Anpassung der Rechenregel an die aktuelle ESC-Leitlinie zur Herzschrittmacher-Implantation und die Wichtigkeit der korrekten Umsetzung dieser Leitlinie. Eine LQS hat allen Leistungserbringern des Bundeslandes, unabhängig vom jeweiligen QI-Ergebnis, ein Informationsschreiben zum Inhalt der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher-Implantation zur Verfügung gestellt und die Änderungen der Rechenregel bei diesem QI umfangreich beschrieben.

Die der Leitlinie entsprechende engere Indikationsstellung bei Sinusknotensyndrom wird von einem Bundesland explizit unterstützt, ein anderes Bundesland sieht diese Rechenregeländerung hingegen kritisch und hat das IQTIG und die Bundesfachgruppe darüber informiert. In enger Abstimmung mit der Bundesfachgruppe wurde daraufhin dem entsprechenden Fachausschuss in einem Schreiben vom Januar 2018 erläutert, dass die derzeitigen Rechenregeln so gut wie möglich die aktuelle Leitlinie wiedergeben und dass die diskussionswürdige Verschärfung der Leitlinie in dem Sinne, dass bei Patienten mit vermutetem Zusammenhang zwischen Symptomatik und dokumentierten asymptomatischen Sinusarresten und SA-Blockierungen eine gravierende Klinik (Synkopen) gefordert wird, nur eine kleine Patientengruppe betreffen, die in der Regel nicht zur rechnerischen Auffälligkeit einer Einrichtung führen sollte.

Follow-up-Indikatoren

Seit 2016 können erstmals Follow-up-Indikatoren erhoben und ausgewertet werden. Anhand des Follow-up-Indikators „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ (QI-ID 2194) im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Implantation) besteht die Möglichkeit, bestimmte aufgetretene prozedurassoziierte Probleme längsschnittlich, d. h. über den Krankenhausaufenthalt hinaus, bis zu einem Jahr postoperativ hinweg beobachten zu können. Er ersetzt den bis dahin existieren-

den querschnittlich ausgelegten QI „Prozedurassoziertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff“ (QI-51988) im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation).

Bei diesem Follow-up-Indikator waren im EJ 2016 insgesamt 44 der 1.179 Krankenhausstandorte (3,7 %) rechnerisch auffällig. Davon erhielten 43 einen Hinweis und ein Krankenhausstandort wurde um eine Stellungnahme gebeten. Weiterführende Maßnahmen fanden nicht statt. Beim Leistungserbringer, der um eine Stellungnahme gebeten wurde, lagen Dokumentationsprobleme vor, was eine Bewertung mit D50 zur Folge hatte.

Aufgrund zu vieler rechnerisch auffälliger Ergebnisse bei dem Follow-up-Indikator im EJ 2016 und der zahlreichen, als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse des bis zum EJ 2015 querschnittlich berechneten Indikators (QI-ID 51988; n = 51) des Auswertungsmoduls Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3) wurde im Frühjahr 2017 für diesen QI ein besonderer Handlungsbedarf festgelegt. Da die Informationen zum Folgeeingriff den Leistungserbringern, die die Implantation durchgeführt hatten, aus datenschutzrechtlichen Gründen zum damaligen Zeitpunkt nicht zur Verfügung gestellt werden durften, wurde in vielen Rückmeldeberichten der Bundesländer darauf hingewiesen, dass der SD nicht wie gewohnt fallbezogen durchgeführt werden konnte. Daher erhielten die meisten rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte lediglich einen Hinweis zu ihrem QI-Ergebnis. Dasselbe Vorgehen wurde von den meisten Bundesländern ebenfalls für die anderen drei Follow-up-Indikatoren (QI-ID 2190, 2191 und 2195) gewählt.

Ab dem SD zum EJ 2017 wird die Möglichkeit bestehen, den rechnerisch auffälligen Leistungserbringern im SD mitzuteilen, aus welchen Gründen es bei den von ihnen durchgeführten Herzschrittmacher-Implantationen zu einem frühzeitigen Wechsel kam. Dadurch wird eine Analyse der Einzelfälle im SD auch bei den Follow-up-Indikatoren zukünftig möglich sein.

Sondendislokation

Für den QI „Sondendislokation oder -dysfunktion“ (QI-ID 52311) im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Implantation) hat das IQTIG für das EJ 2016 aufgrund der hohen Anzahl an rechnerisch und qualitativ auffälliger Ergebnisse ebenfalls einen besonderen Handlungsbedarf festgelegt.

Im EJ 2016 waren bei diesem QI insgesamt 197 von 1.109 Krankenhausstandorte rechnerisch auffällig (17,7 %). Damit hat sich der Anteil rechnerischer Auffälligkeiten im Vergleich zum EJ 2015 (20,4 %; n = 229) leicht verringert. Von den 197 rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorten haben 82 einen Hinweis erhalten, 113 wurden um eine Stellungnahme gebeten und zweimal wurden keine Maßnahmen durchgeführt. Als weiterführende Maßnahmen sind 9 Besprechungen geführt und 24 Zielvereinbarungen geschlossen worden. Als qualitativ auffällig beurteilt wurden 38 Leistungserbringer aufgrund von „Hinweisen auf Struktur- oder Prozessmängel“ (A41) und 2, weil sie „keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ haben (A42). Ein Krankenhausstandort ist mit „Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ (A99) bewertet worden, da der SD aufgrund eines noch ausstehenden kollegialen

Gesprächs zum damaligen Zeitpunkt nicht abgeschlossen werden konnte. 64 erhielten vor allem aufgrund des Abweichens durch Einzelfälle die Einstufung „qualitativ unauffällig“. Dokumentationsprobleme lagen bei 2 Leistungserbringern vor. Die Bewertung „Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ (S99) ist 6 Mal getroffen worden. 2 Mal wurde auf Maßnahmen im SD verzichtet (S90), da die Abweichungen durch Einzelfälle bedingt waren.

Auch bei diesem QI sind die Bundesländer in den Hinweisen zum SD gebeten worden, bei rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorten zu prüfen, welche unterstützenden Maßnahmen in Frage kommen und dies an das IQTIG zurückzumelden.

Bei einem Leistungserbringer kam es zu 2 intraoperativen Dislokationen, die von der AG auf Landesebene als besondere Einzelfälle gewertet wurden. Ein anderer Leistungserbringer hat eine Mikrodisklokation direkt nach Wundverschluss bemerkt und die Sonde unmittelbar darauf neu platziert; bei einem weiteren Leistungserbringer fand eine Fehldokumentation statt. Ein vierter Krankenhausstandort, der im Rahmen der Kontrolluntersuchungen erhöhte Werte festgestellt und daraufhin Revisionen durchgeführt hat, konnte die Gründe für die erhöhten Werte nicht herausfinden. Alle 4 Leistungserbringer wurden nach dem SD als qualitativ unauffällig bewertet.

Nähere Informationen zu den Struktur- und Prozessmängeln, die zur Einstufung als „qualitativ auffällig“ führten, konnten den Rückmeldeberichten nicht entnommen werden. Eine LQS berichtete aber, dass ein betroffener Krankenhausstandort geeignete Maßnahmen ergriffen hat und die weitere Entwicklung zukünftig von der Fachgruppe auf Landesebene beobachtet werden wird. Eine andere LQS hat einem Leistungserbringer geraten, zukünftig Schraubsonden zu verwenden, um Vorhofdislokationen zu reduzieren. Die Erläuterungen eines Krankenhausstandorts konnten von der zuständigen AG auf Landesebene nicht nachvollzogen werden, sodass sie eine Einstufung als „qualitativ auffällig“ vornahm und empfahl, bei der internen Aufarbeitung zu ergründen, inwieweit hausintern etwas am Implantationsmanagement geändert wurde und ob es einen Personalwechsel gab. Einem anderen Leistungserbringer wurde aufgrund der geringen Fallzahlen empfohlen zu prüfen, ob die Herzschrittmacher-Eingriffe zukünftig als Verbringungsleistungen in einem Zentrum erfolgen können.

Eine LQS berichtete, dass sich die QI-Ergebnisse der Krankenhausstandorte in diesem Bundesland aufgrund umfangreicher Aktivitäten der AG auf Landesebene in den letzten Jahren deutlich verbessert haben. So wurde beispielsweise ein Online-Lernprogramm entwickelt, das das technische Vorgehen und die Materialverwendung thematisiert und Empfehlungen zu Hospitationen und Coaching gibt.

Prozedurassoziierte Probleme

Neben dem QI „Sondendislokation oder -dysfunktion“ (QI-ID 52311) und dem Follow-up-Indikator zu prozedurassoziierten Problemen (QI-ID 2194) bei Herzschrittmacher-Implantation wurde auch für den QI „Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff“ (QI-ID 52001) im QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Sys-*

temwechsel/Explantation vom IQTIG und der Bundesfachgruppe ein besonderer Handlungsbedarf gesehen. Bei diesem QI waren für das EJ 2016 zwar leichte, aber keine substantiellen Verbesserungen zu erkennen.

104 der 792 Krankenhausstandorte (13,1 %) waren im EJ 2016 rechnerisch auffällig, im EJ 2015 traf dies noch auf 126 der 778 Krankenhausstandorte (16,2 %) zu. 46 der 104 im EJ 2016 rechnerisch auffälligen Leistungserbringer erhielten einen Hinweis und 56 sind um eine Stellungnahme gebeten worden. Als weiterführende Maßnahmen wurden 2 Besprechungen geführt und 6 Zielvereinbarungen geschlossen. Als qualitativ auffällig beurteilt wurden 12 Leistungserbringer wegen „Hinweisen auf Struktur- oder Prozessmängel“ (A41) und 3, weil sie „keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ haben (A42). 40 erhielten vor allem aufgrund der Abweichung durch Einzelfälle (U32) die Einstufung „qualitativ unauffällig“. Dokumentationsprobleme lagen bei keinem Leistungserbringer vor. Sonstige Maßnahmen (S99) wurden einmal getroffen, da die durchgeführten Änderungen aufgrund eines kollegialen Gesprächs im letzten Jahr laut Aussage der LQS noch zu keinen Veränderungen führen konnten. Zweimal wurde die Bewertung „Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ (S90) vorgenommen, da die Ergebnisabweichung der Leistungserbringer einzelfallbedingt war.

Die Anzahl an rechnerisch und qualitativ auffälligen Krankenhausstandorten ist bei diesem QI nach wie vor hoch, sodass weiterhin insgesamt nicht zufriedenstellende Ergebnisse vorliegen. Daher wurden die LQS vom IQTIG in den Hinweisen zum SD ebenfalls gebeten, bei Krankenhausstandorten mit rechnerisch auffälligem Ergebnis zu prüfen, welche unterstützenden Maßnahmen in Frage kommen.

Als qualitativ unauffällig bewertet wurden beispielsweise Krankenhausstandorte mit medizinisch nachvollziehbaren Einzelfällen. Ein Leistungserbringer, der viele Patienten mit besonderem Risikoprofil (z. B. erhebliche Fibrose des rechten Vorhofs) behandelt, wird das Sondenmanagement ändern und – trotz des höheren Risikos für Gewebsperforationen – steife Elektroden verwenden, um Dislokationen zu vermeiden, sowie sukzessive auf quadropolare Elektroden umsteigen.

Die Gründe, warum rechnerisch auffällige Leistungserbringer als „qualitativ auffällig“ wegen „Struktur- oder Prozessproblemen“ (A41) bewertet wurden, sind anhand der Berichte der Bundesländer nicht sichtbar geworden. Zwei Krankenhausstandorte werden trotz des Ergreifens geeigneter Maßnahmen, weiterhin fokussiert von der Fachgruppe auf Landesebene beobachtet. Einem Leistungserbringer hat die AG auf Landesebene geraten, die Aggregate zu fixieren, um ein Twiddlersyndrom zu vermeiden und ein weiterer wurde von einer anderen AG auf Landesebene dringlich gebeten, sowohl die Organisation und die Abläufe möglichst sorgfältig zu überprüfen, als auch Veränderungspotentiale zu identifizieren, um in der nächsten Jahresauswertung eine signifikante Verbesserung des Ergebnisses zu erzielen.

Zwei Bundesländer berichten von rückläufigen Raten, die sie darauf zurückführen, dass die AGs diese Problematik in den letzten Jahren sehr intensiv mit den Leistungserbringern thematisiert haben.

Sonstiges

Zum QI „Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Amplituden“ im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel) gab es nur vereinzelte Rückmeldungen, obwohl es im EJ 2016 erneut zu einer relativ hohen Anzahl rechnerisch ($n = 158$) und qualitativ auffälliger Ergebnisse ($n = 39$) gekommen ist. Von den 39 als qualitativ auffällig bewerteten Krankenhausstandorten waren 11 bereits im EJ 2015 qualitativ auffällig.

Eine LQS hat sich jedoch ausführlicher zu einem kollegialen Gespräch mit einem in diesem QI rechnerisch auffälligen Leistungserbringer geäußert. Demnach wurde dabei von Seiten der LQS die Wichtigkeit der intraoperativen Messung verdeutlicht und rückblickend die Hoffnung geäußert, die Mitarbeiter des Krankenhausstandorts von der Sinnhaftigkeit dieser Maßnahmen überzeugt zu haben; sie schließt jedoch nicht aus, dass der Leistungserbringer prä- oder postoperativ ermittelte Werte als intraoperativ ermittelte Sondenparameter eingeben wird, um der Dokumentationsverpflichtung zu genügen.

Die QI zur Sterblichkeit im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (QI-ID 51398; Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel) und im QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel* (QI-ID 50031) wurden ebenfalls von einigen Bundesländern in ihren Rückmeldeberichten thematisiert. Anhand der Einzelfallanalysen konnten jedoch bei keinem der rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte qualitative Versorgungsdefizite festgestellt werden. Es handelte sich meist um medizinisch nachvollziehbare Fallkonstruktionen, die in keinem kausalen Zusammenhang mit den durchgeführten Eingriffen standen.

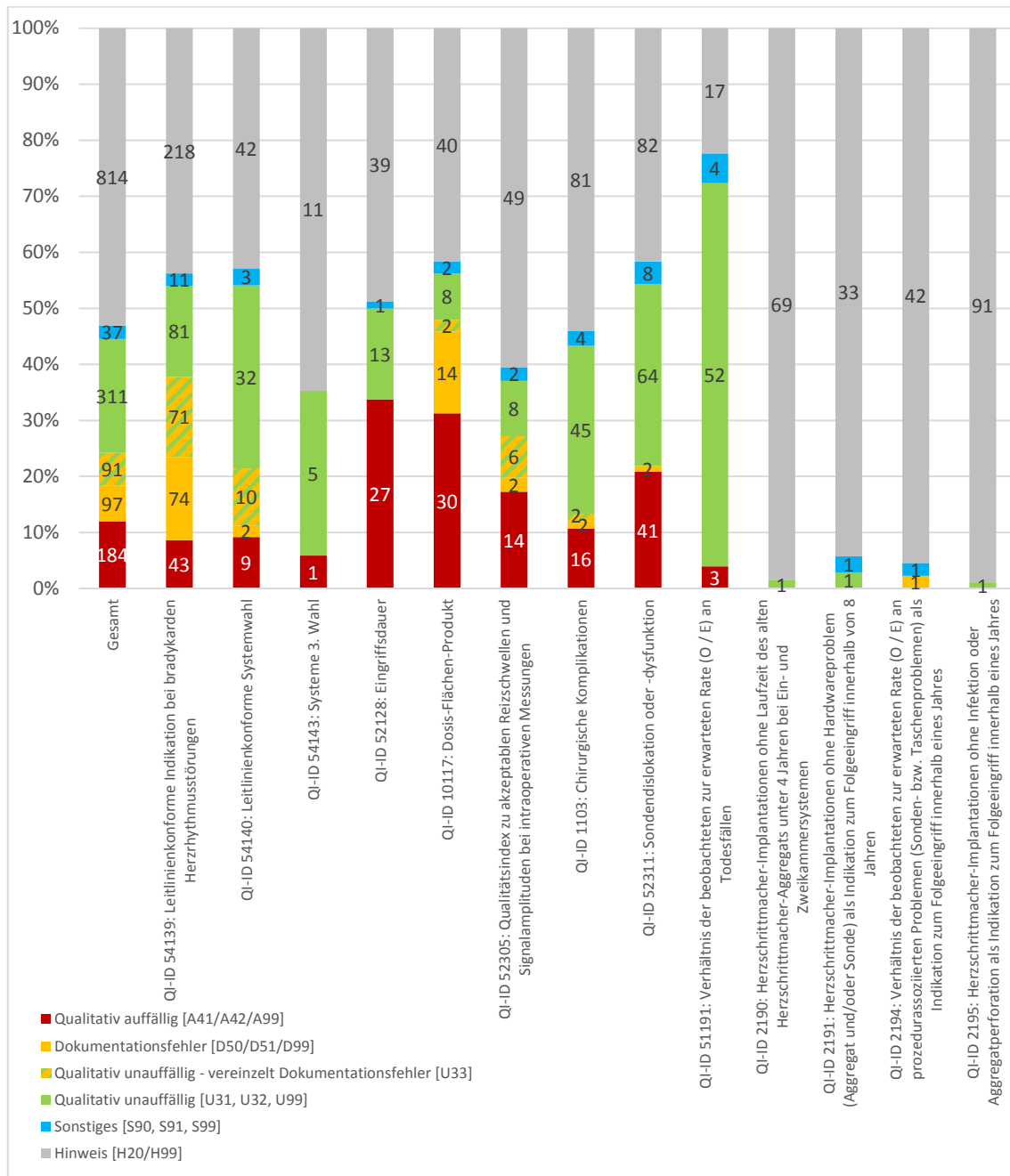


Abbildung 15: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacher-Implantation

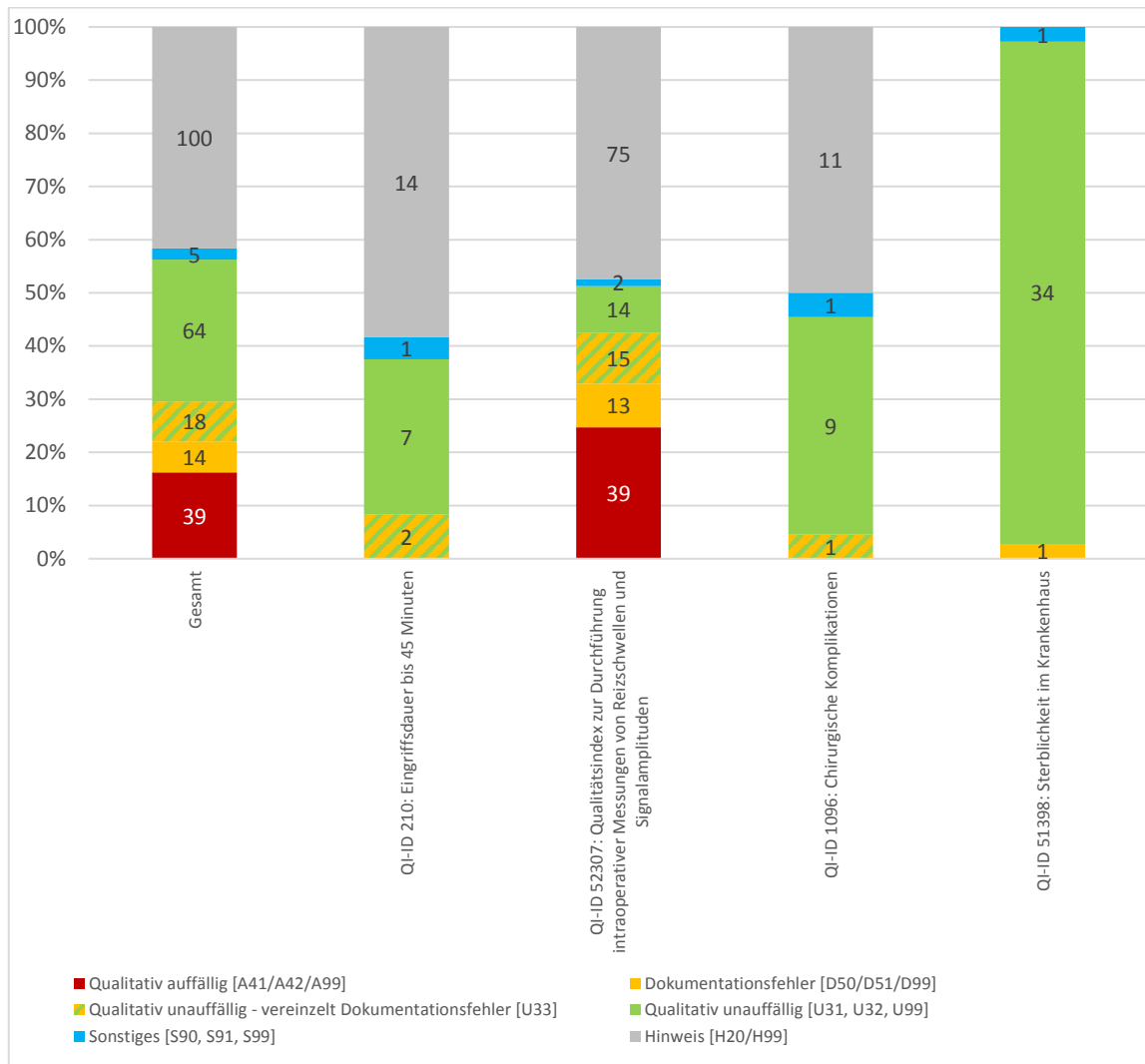


Abbildung 16: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

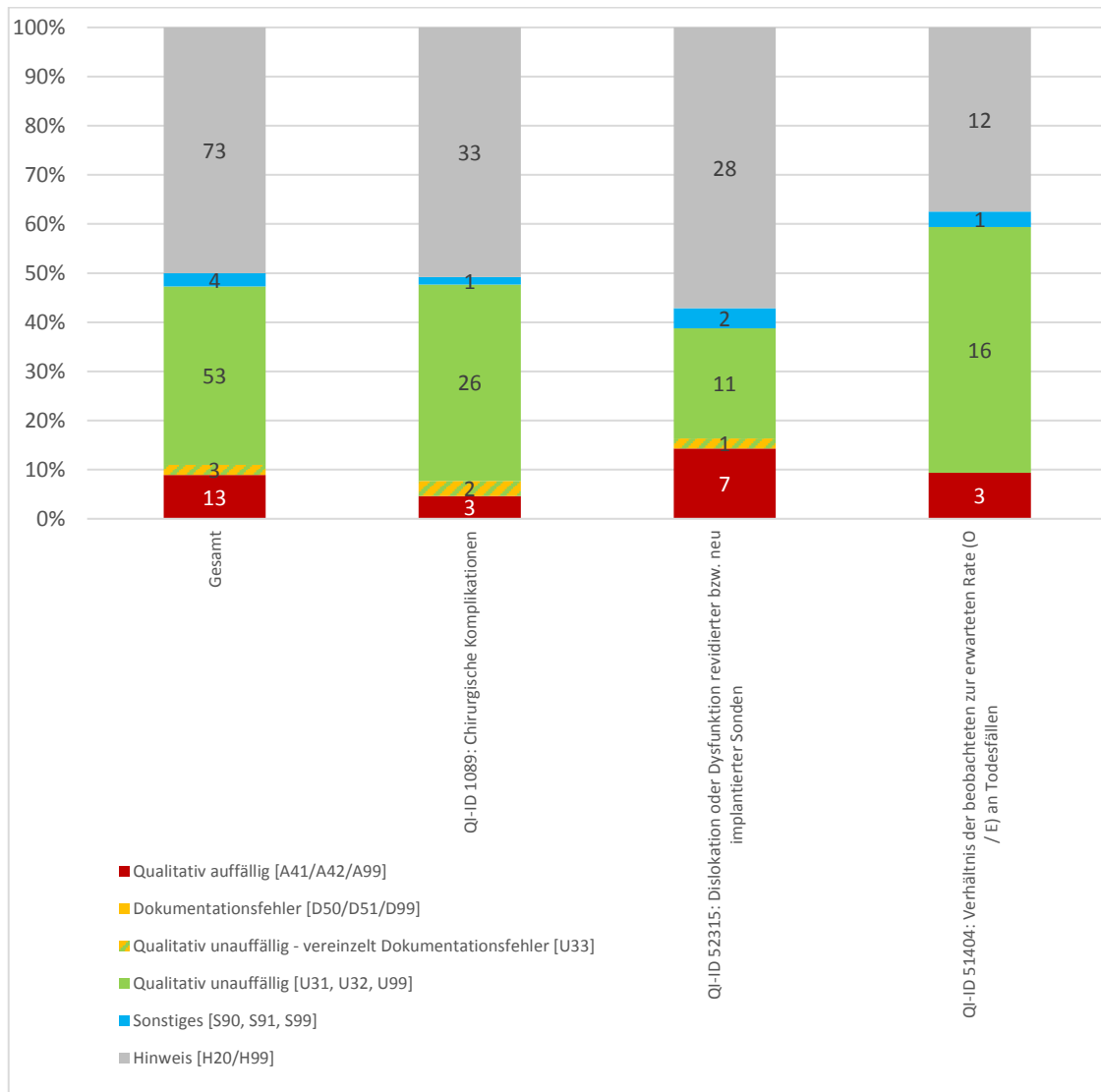


Abbildung 17: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

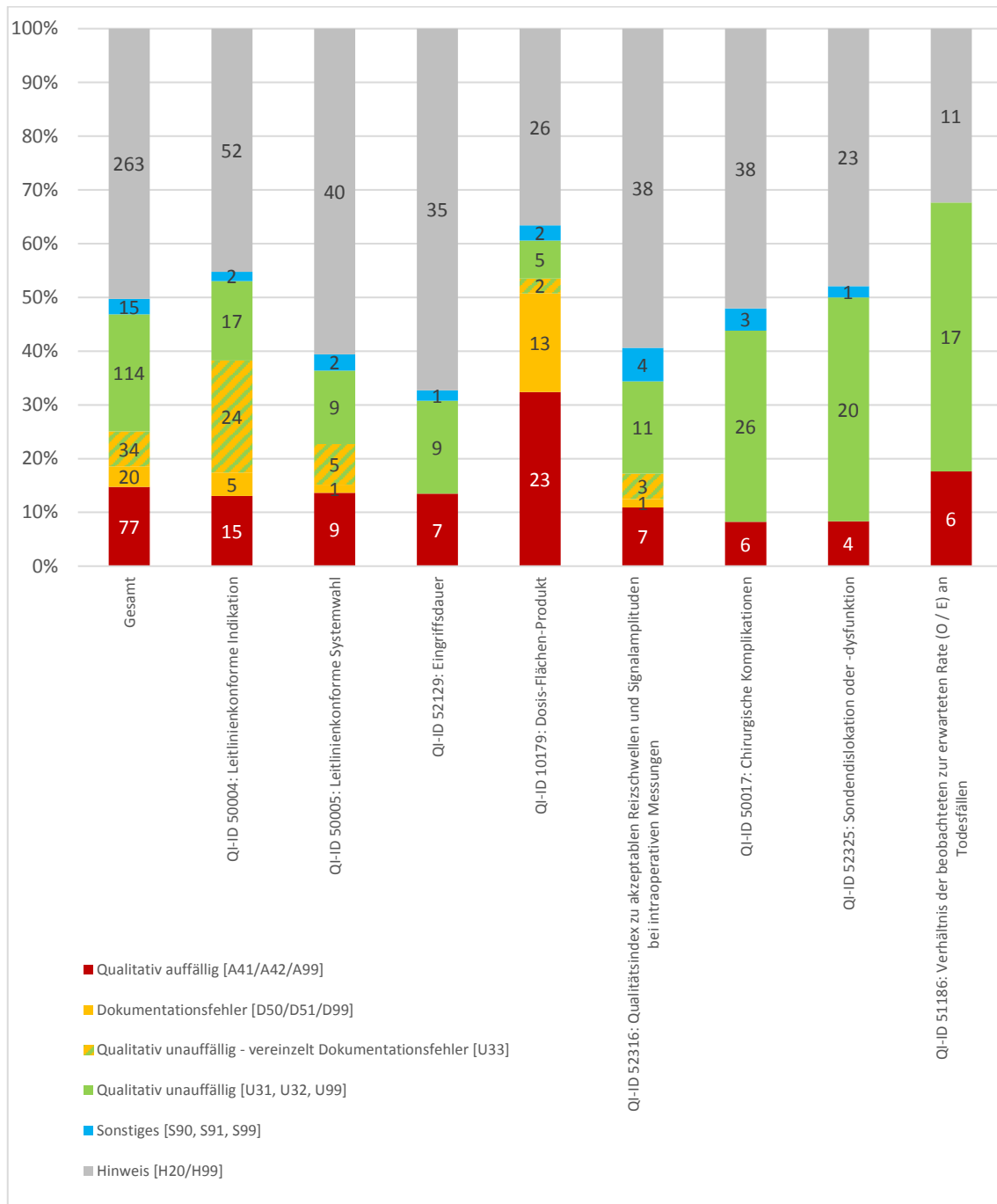


Abbildung 18: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

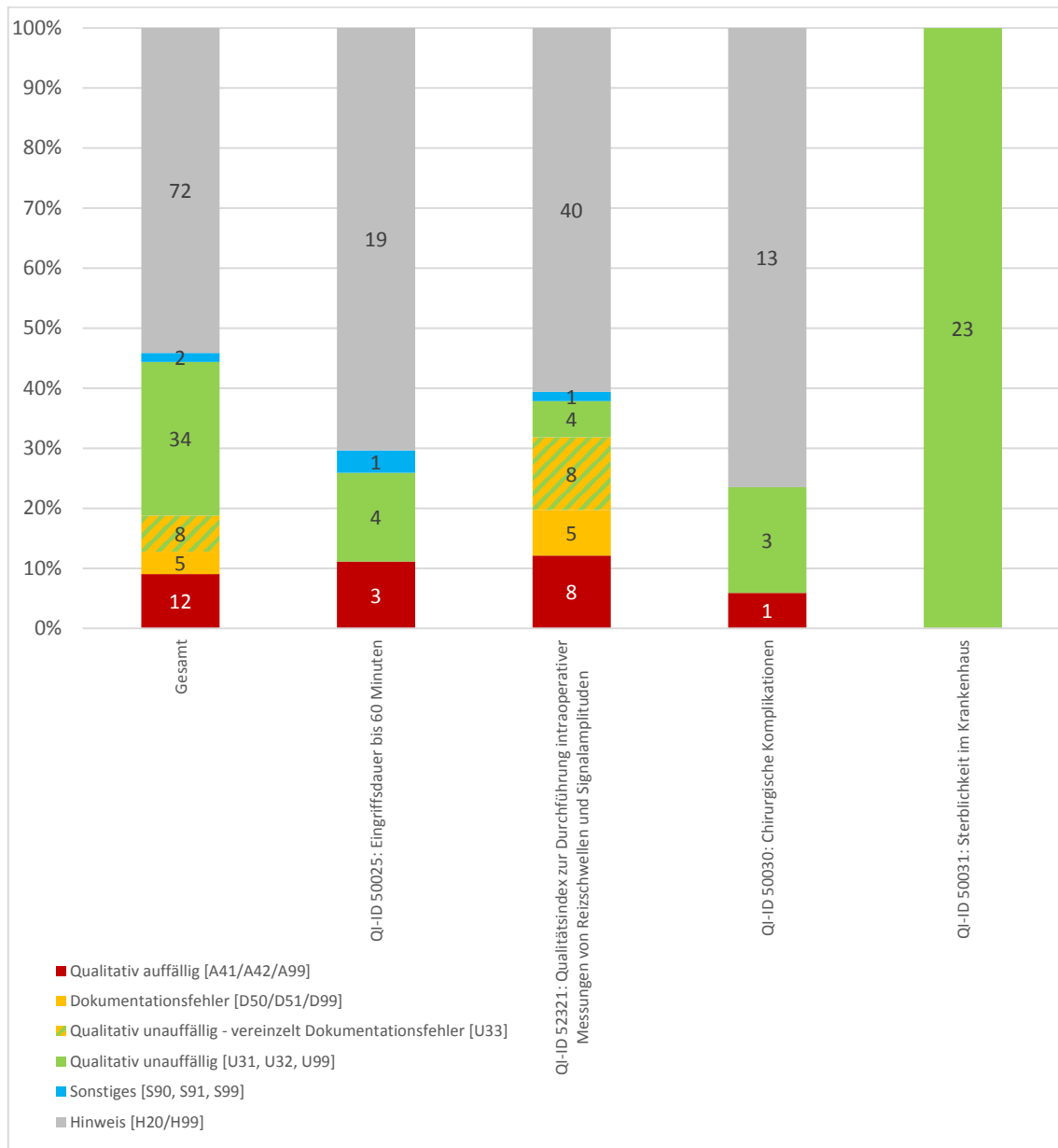


Abbildung 19: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel

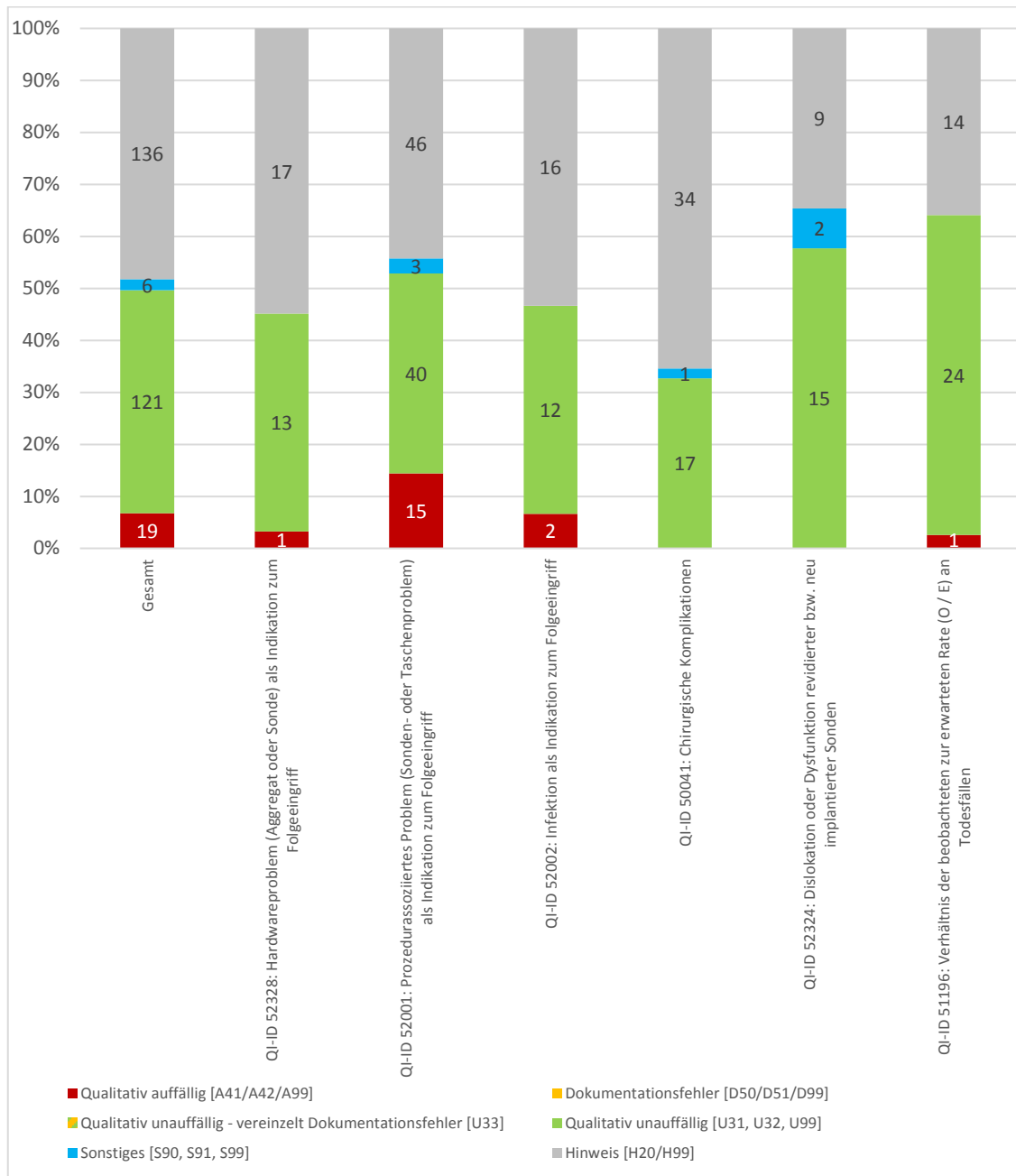


Abbildung 20: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

4.2.4 Herzchirurgie

Dr. Georg Heinze, Martina Dost

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

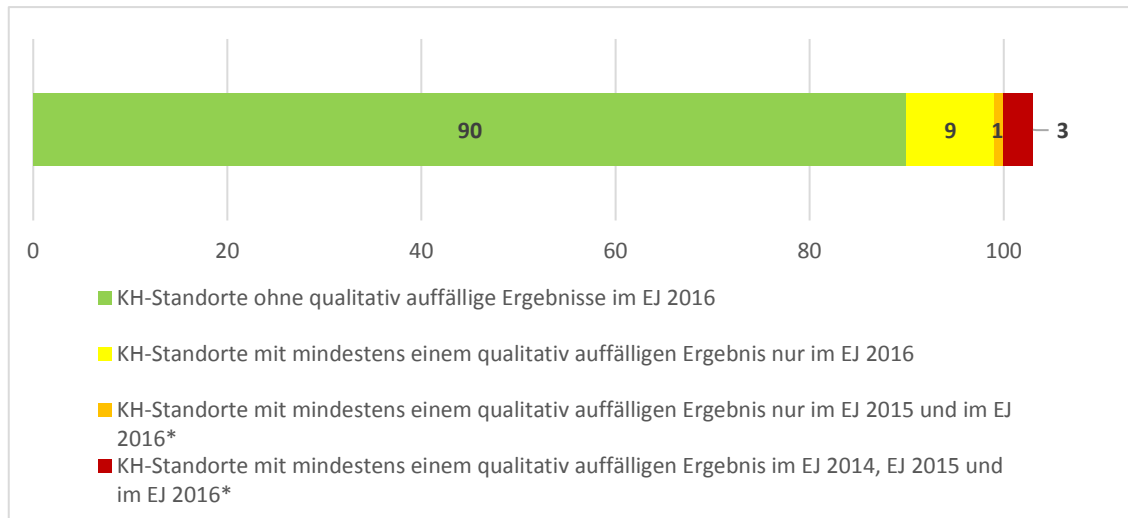


Abbildung 21: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 16 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Herzchirurgie betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014, 2015 und 2016 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein. Das IQTIG versendet keine Hinweise, sondern analysiert alle rechnerischen Auffälligkeiten im Strukturierten Dialog.

Im Rahmen der statistischen Auswertung aller gelieferten herzmedizinischen Datensätze wurden insgesamt 1.428 Qualitätsindikatorergebnisse berechnet. Im Resultat zeigten sich 97 (6,8 %) rechnerische Abweichungen vom jeweiligen Referenzbereich (bzw. Indexereignisse bei Sentinel-Event-Indikatoren), die – im Sinne eines Aufgreifkriteriums für potentielle Qualitätsdefizite – zum Strukturierten Dialog mit 50 von 103 (also 48,5 %) Krankenhausstandorten führten. Im Vorjahr betrug diese Rate noch 64,7 % (75 von 116 Standorten).

Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs konnten 78 (80,4 %) der 97 rechnerisch auffälligen Ergebnisse qualitativ bewertet werden im Sinne eines Defizitnachweises (positiv, qualitativ auffällig) oder eines Verdachtsdementis (negativ, qualitativ unauffällig). Erfreulicherweise sind schwere Dokumentationsfehler, die eine qualitative Bewertung der Ergebnisse von Qualitätsindikatoren verhindern, nur in drei Fällen aufgetreten. Die Besonderheit der 16 Bewertungen der Kategorie „Sonstiges“, die vollständig auf die Subkategorie S90 („Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog“) entfallen, erklärt sich durch folgenden Sachverhalt:

Die Qualitätsindikatoren „Neurologische Komplikationen bei elektiv/dringlicher Operation“, die analog in allen 4 herzmedizinischen QS-Verfahren bestehen, wurden im Jahr 2017 umfassend methodisch überarbeitet. Einzelheiten zu den Ursachen, Ergebnissen sowie zur Vorgehensweise

können den entsprechenden herzmedizinischen Kapiteln der Qualitätsreporte 2017 und 2018 entnommen werden. Alle 16 Bewertungen der Kategorie „Sonstiges“ sind ausschließlich als Bewertung der überarbeiteten Qualitätsindikatoren zu neurologischen Komplikationen, die sich im Erprobungsstatus befinden, vergeben worden.

Abbildung 21 stellt die longitudinale Betrachtung der Krankenhausstandortergebnisse entlang der Zeitachse über mehrere Erfassungsjahre dar. In diesem Jahr erreicht der Betrachtungszeitraum erstmalig den grundsätzlich anvisierten Zeitraum von 3 Erfassungsjahren. Bei den 10 Krankenhausstandorten die gelb, orange und rot dargestellt sind hat die Überprüfung mindestens eines rechnerisch auffälligen Ergebnisses im Strukturierten Dialog mindestens ein Qualitätsdefizit ergeben.

Der auffällige Anstieg von Zielvereinbarungen im QS-Verfahren *Aortenklappenchirurgie, isoliert* (kathetergestützt) im Vorjahr (EJ 2015, n = 18), der ausschließlich auf den Qualitätsindikator „Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem euroSCORE I“ (QI-ID 51914) zurückzuführen war und hier vor allem auf Mängel in der Dokumentationsqualität basierte, hat sich im EJ 2016 nicht fortgesetzt. Erfreulicherweise konnten die Zielvereinbarungen dazu beitragen, dass im EJ 2016 im entsprechenden QS-Verfahren lediglich eine Zielvereinbarung geschlossen wurde.

Mit Vertretern zweier Krankenhausstandorte wurden kollegiale Gespräche aufgrund rechnerisch auffälliger Ergebnisse geführt, da auf Basis der von den zuständigen Verantwortlichen erarbeiteten Stellungnahmen keine abschließende Beurteilung der Qualität erfolgen konnte. Die Gespräche verliefen kooperativ und konstruktiv. Die Ergebnisse und erforderlichen Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung wurden mit beiden Krankenhausstandorten in Zielvereinbarungen festgehalten. Die in den Zielvereinbarungen vereinbarten Maßnahmen wurden fristgerecht umgesetzt.

Begehungen waren in den herzmedizinischen QS-Verfahren im Jahr 2017 bei keinem der beteiligten Leistungserbringer erforderlich, um die Qualität abschließend beurteilen zu können.

Koronarchirurgie, isoliert

Die eingereichten Stellungnahmen im QS-Verfahren *Koronarchirurgie, isoliert* konnten in 75 % der Fälle entlastende Gründe liefern, die den Verdacht qualitativer Defizite entkräften konnten. Die Bewertung A41 „Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ wurde bei 4 Krankenhausstandorten vergeben. Vertreter dreier dieser Standorte wurden jeweils im Rahmen eines kollegialen Gesprächs von den Bundesfachgruppenmitgliedern befragt. Die Gespräche verliefen konstruktiv. Qualitätsdefizite konnten identifiziert werden. Verbesserungsmaßnahmen wurden eingeleitet und jeweils in Zielvereinbarungen festgehalten, die die Krankenhäuser fristgerecht inhaltlich und formal eingehalten haben.

Einer der o. g. 4 Krankenhausstandorte war wiederholt auffällig. Es handelt sich dabei um einen Außenstandort eines herzchirurgischen Zentrums. Bereits im letzten Jahr war an diesem Standort in der Folge eines kollegialen Gesprächs eine Begehung mit Beteiligung einiger Bundesfachgruppenmitglieder durchgeführt worden. Die im Strukturierten Dialog 2017 zu evaluierenden

Auffälligkeiten lagen zeitlich allerdings vor der o. g. genannten Vor-Ort-Visite, die erst im November 2016 (also gegen Ende des Erfassungsjahres) stattgefunden hatte. Darüber hinaus konnten die in der konsekutiv zu diesem kollegialen Gespräch geschlossenen Zielvereinbarung vereinbarten Maßnahmen als umgesetzt gewertet werden. Daher sprach sich die Bundesfachgruppe dafür aus, die Bewertung A41 „Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ zu vergeben und im Weiteren zunächst den Abschluss des laufenden Erfassungsjahres 2017 abzuwarten. Sollte die entsprechende Auswertung der externen Qualitätssicherungsdaten des Krankenhausstandorts im Frühjahr 2018 rechnerische Abweichungen in den Qualitätsindikatoren ergeben, ist zeitnah eine erneute Begehung durch das IQTIG in Zusammenarbeit mit Mitgliedern der Bundesfachgruppe Herzchirurgie am Standort nötig. Das Vorgehen ist in engem Kontakt mit den Klinikvertretern im Sinne eines Qualitätsmonitorings differenziert besprochen und vereinbart worden.

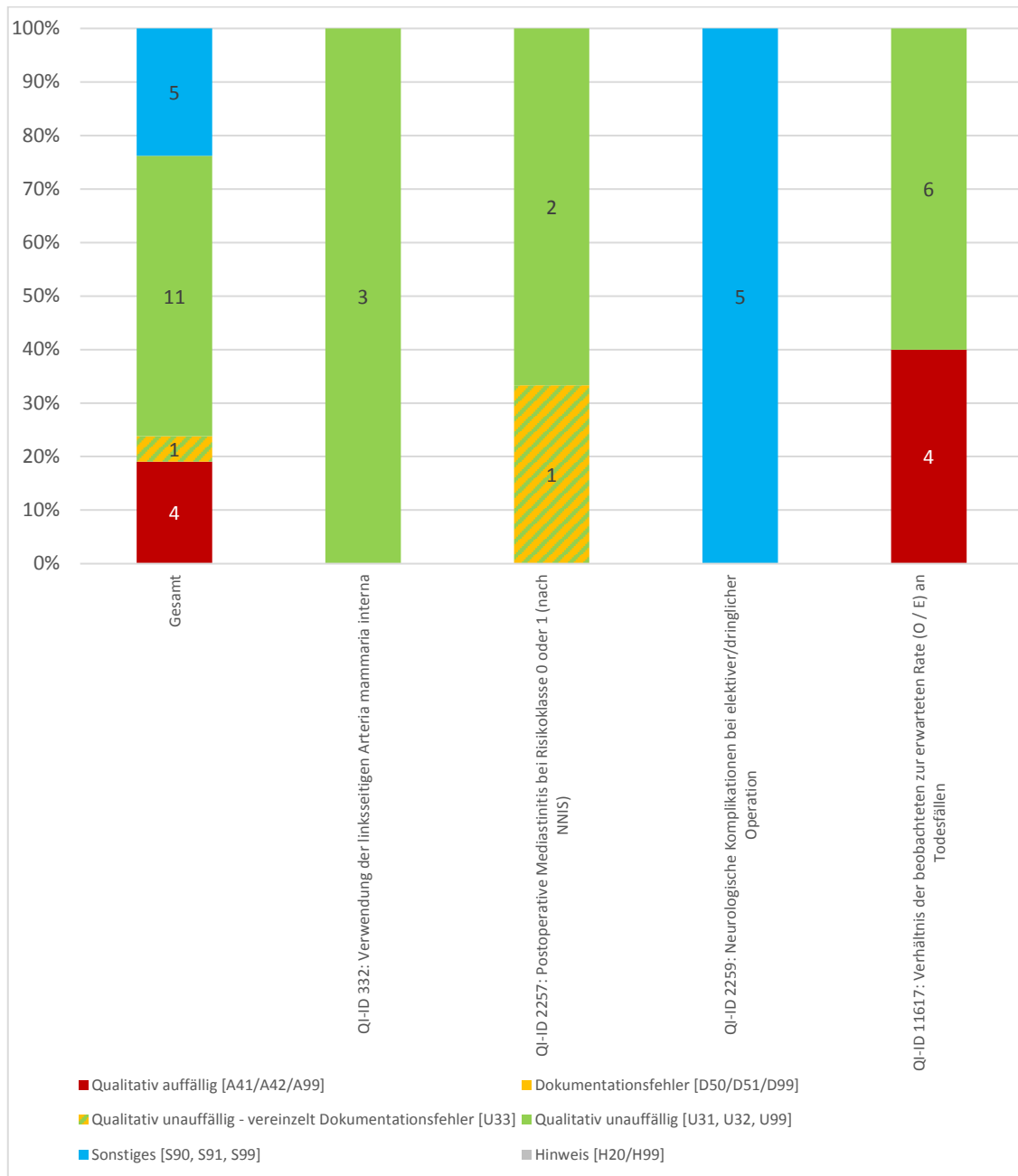


Abbildung 22: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Koronarchirurgie, isoliert

Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

Im QS-Verfahren konnten bei insgesamt 3 Krankenhausstandorten erstmalig Qualitätsdefizite festgestellt werden. Wiederholte Auffälligkeiten traten nicht auf. Über 2 dieser Krankenhausstandorte wurde bereits in Abschnitt Koronarchirurgie berichtet, da diese Indikatoren ebenfalls qualitativ auffällige Ergebnisse im koronarchirurgischen QS-Verfahren aufwiesen. Die Stellungnahme des dritten auffälligen Standorts hatte mögliche Mängel sowie konsekutive Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität bereits umfassend und glaubwürdig reflektiert, sodass auf Empfehlung der Bundesfachgruppe die Betrachtung der Ergebnisse der aktuellen Auswertung abge-

wartet werden kann; dieser Krankenhausstandort bleibt darüber hinaus unter besonderer Beobachtung, da parallel eine Zielvereinbarung im QS-Verfahren *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* geschlossen wurde.

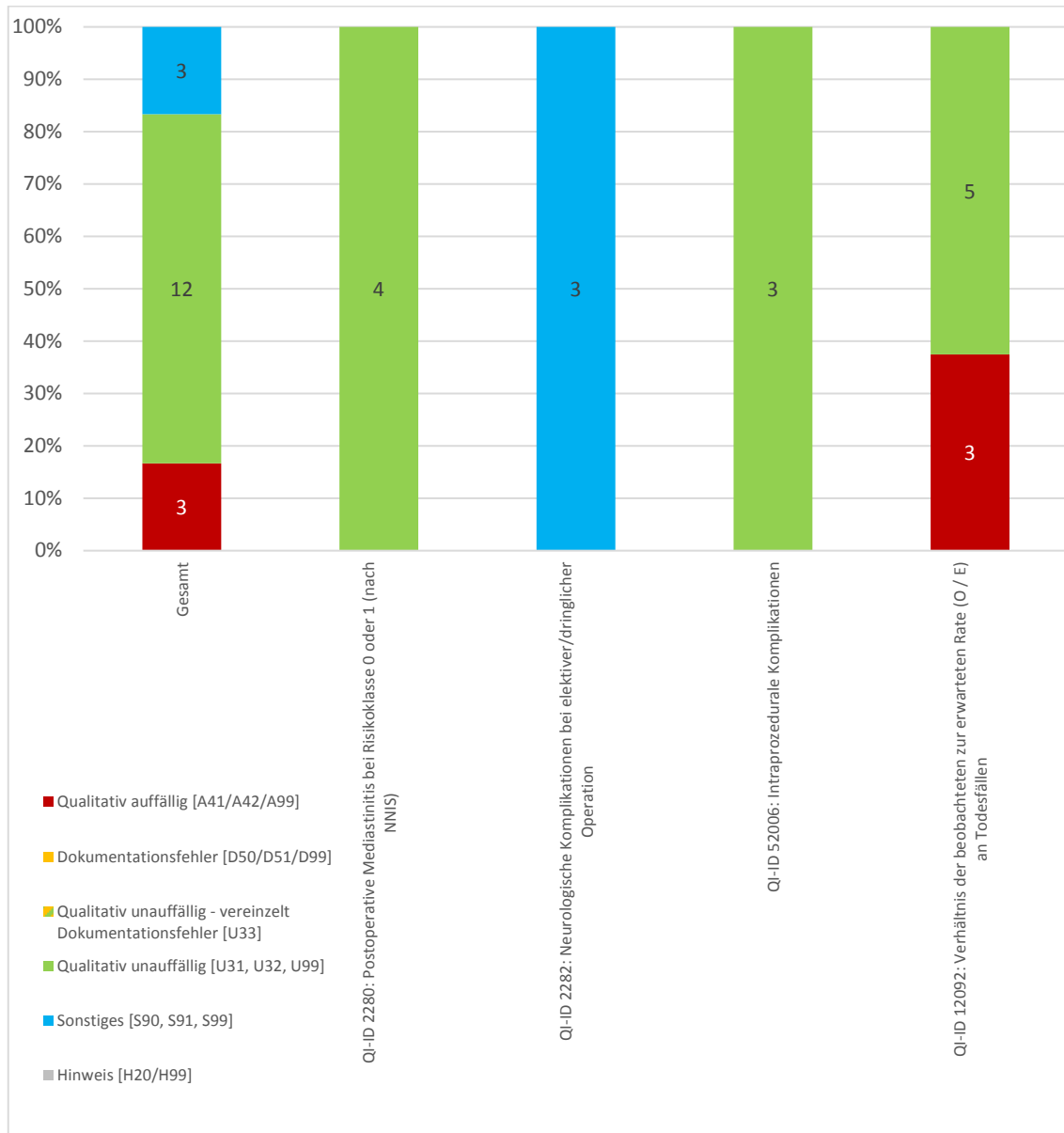


Abbildung 23: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Im QS-Verfahren *Aortenklappenchirurgie, isoliert* (kathetergestützt) hat sich im Erfassungsjahr 2017 eine Besonderheit ergeben, die die Ergebnisbewertung im Indikator 51914 „Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem euroSCORE I“ beeinflusst hat: Mit Inkrafttreten der neuen europäischen Leitlinie zum Management von Herzklappenerkrankungen sind die Vorgaben/Voraussetzungen zur Indikationsstellung zum kathetergestützten Aortenklappenersatz (TAVI) deutlich gelockert worden, sodass TAVIs nicht mehr nur bei inoperablen

oder multimorbiden Patienten mit einer Aortenklappenstenose indiziert sind (vgl. Baumgartner et al. (2017)). Durch diese umfassende Erweiterung verringert sich die Bedeutung der Prüfung der korrekt gestellten Indikation im Kontext der externen vergleichenden Qualitätssicherung.

Mit Ausnahme eines einzigen Krankenhausstandorts, dessen Vertreter wegen Auffälligkeiten in allen herzmedizinischen QS-Verfahren zu einem kollegialen Gespräch in den Räumen des IQTIG eingeladen wurden, wurden die Indikatorergebnisse daher als qualitativ unauffällig gewertet. In dem kollegialen Gespräch offenbarten sich auch Dokumentationsprobleme, die die wiederholte Auffälligkeit im Indikationsindikator erklären konnten; bei den entsprechenden Patienten lag keine falsche Indikationsstellung vor, sondern vielmehr eine unzureichende Dokumentation der indikationsrechtfertigenden Kriterien. Das gleiche Krankenhaus erhielt auch im Sterblichkeitsindikator eine auffällige Bewertung mit A41 „Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“, da die Probleme in diesem Krankenhausstandort übergeordnete Prozesse und Strukturabläufe betreffen. Die Auffälligkeiten im QS-Verfahren *Aortenklappenchirurgie, isoliert* (kathetergestützt) sind auch Bestandteil der mit dem Krankenhaus abgeschlossenen, differenzierten Zielvereinbarung.

Ein weiterer Krankenhausstandort erhielt eine auffällige Bewertung mit A41 „Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ im Sterblichkeitsindikator. Der Krankenhausstandort berichtete plausibel und glaubhaft über bereits implementierte Verbesserungsmaßnahmen und lieferte die interne Mortalitätsstatistik der ersten beiden Quartale des laufenden Erfassungsjahres 2017, die auf eine erfolgreiche Behebung der Qualitätsdefizite hinweist.

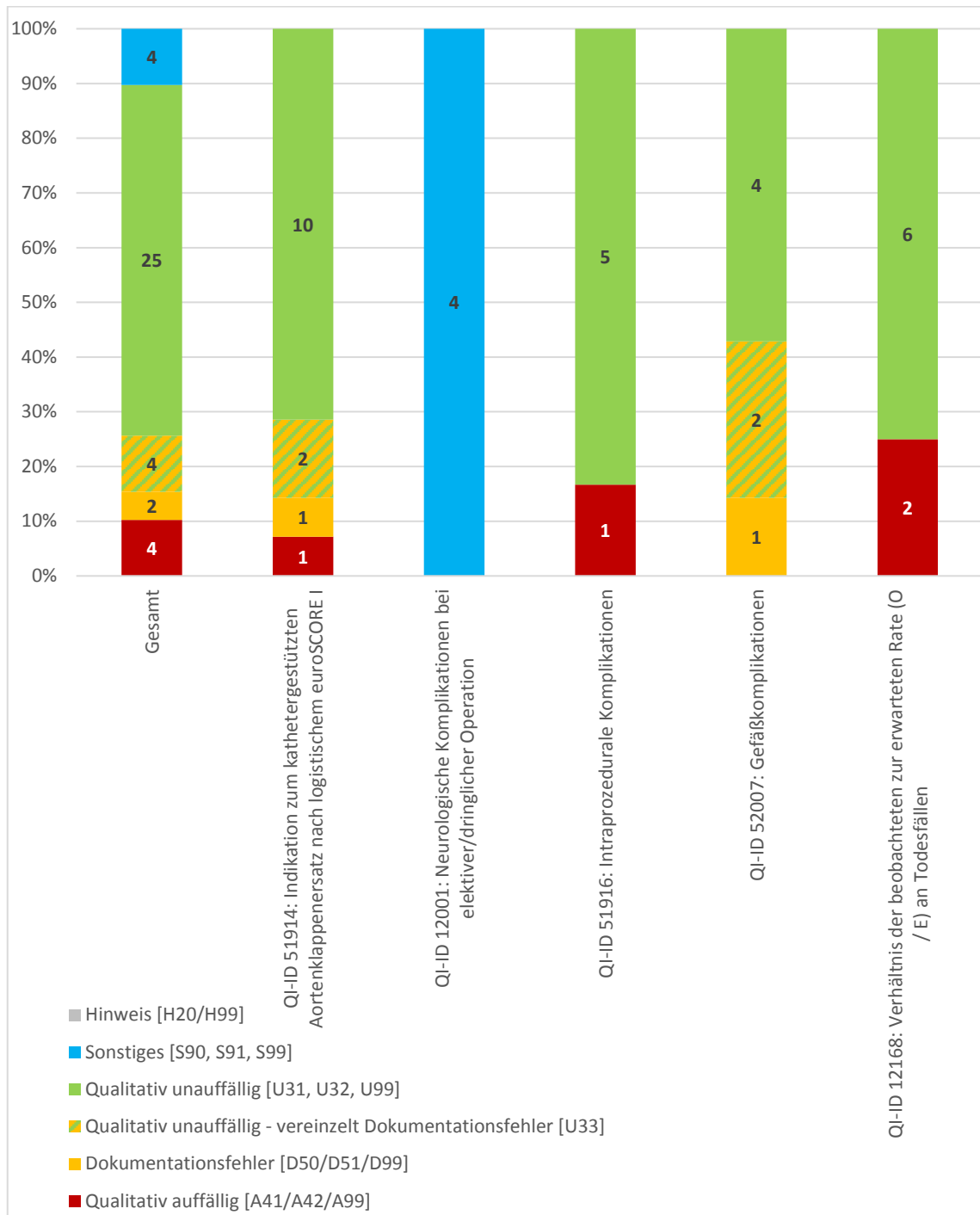


Abbildung 24: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Im QS-Verfahren *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* wurden insgesamt 6 Krankenhausstandorte mit Qualitätsdefiziten identifiziert. Vertreter zweier dieser Krankenhäuser wurden wegen multipler Auffälligkeiten über mehrere herzmedizinische QS-Verfahren zum kollegialen Gespräch geladen. Die Gespräche verliefen konstruktiv. Qualitätsdefizite konnten iden-

tifiziert werden. Verbesserungsmaßnahmen wurden eingeleitet und jeweils in Zielvereinbarungen festgehalten, die die Krankenhäuser fristgerecht inhaltlich und formal eingehalten haben.

Mit einem weiteren Krankenhaus wurde ebenfalls eine QS-verfahrensübergreifende Zielvereinbarung wegen gehäufter Auffälligkeiten geschlossen. Bei den übrigen auffälligen Standorten handelte es sich um erstmalige, isolierte, punktuelle Abweichungen in der Mortalitätsrate, die bei geringen Fallzahlen für das Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs verantwortlich waren. Die eingesandten Stellungnahmen haben die Ursachen und Verbesserungsmaßnahmen aus Sicht der Bundesfachgruppe ausreichend reflektiert, sodass neben der auffälligen Bewertung zunächst auf den Abschluss von Zielvereinbarungen verzichtet wurde.

Das mit A99 bewertete Krankenhaus war lediglich der patientenentlassende Standort; die Operationen wurden am Hauptstandort durchgeführt. Im IQTIG wurden die Mortalitätszahlen für beide Standorte dann zusammengerechnet und es resultierte eine Abweichung im risikoadjustierten Sterblichkeitsindikator. Richtliniengemäß musste nun der entlassende Krankenhausstandort betrachtet werden, was zu der o. g. Bewertung führte.

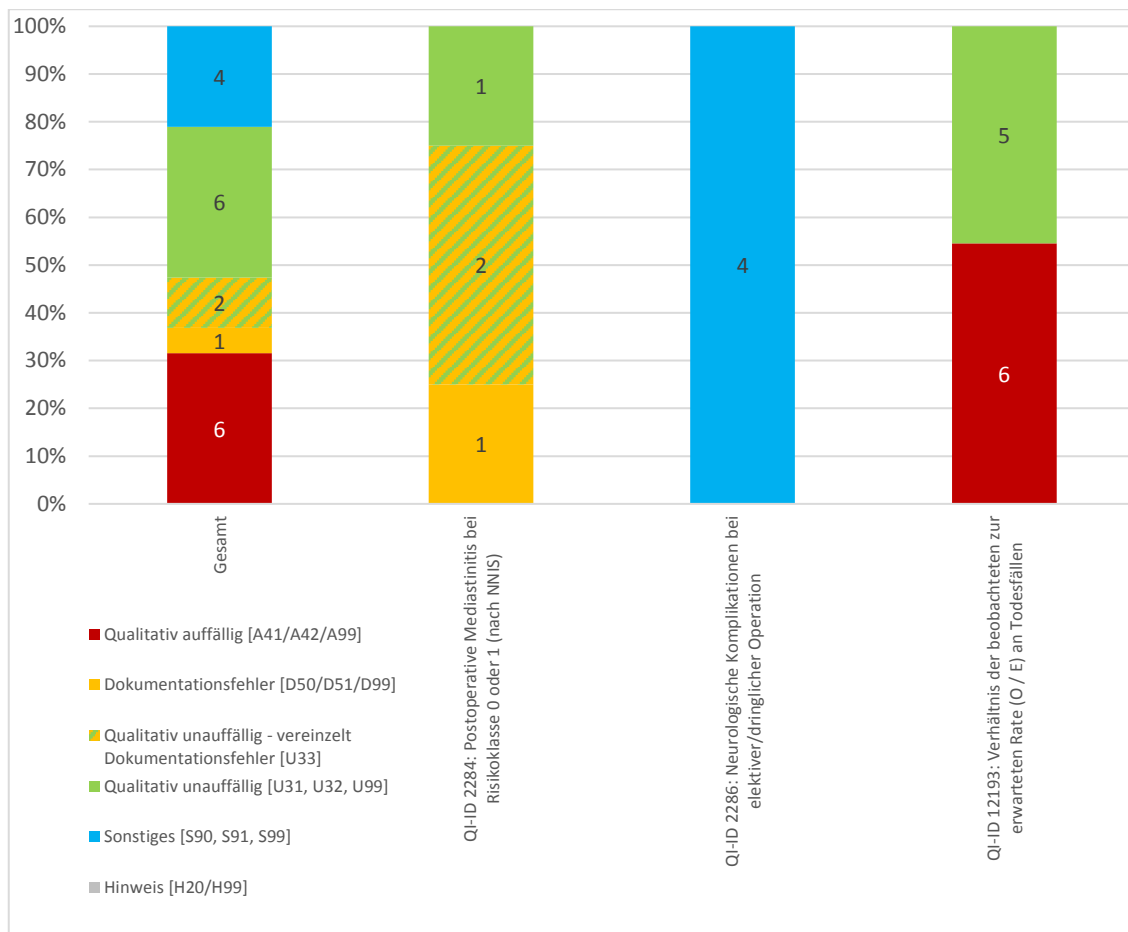


Abbildung 25: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

4.2.5 Transplantationsmedizin

Nadja Komm, Kathrin Rickert

- 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*

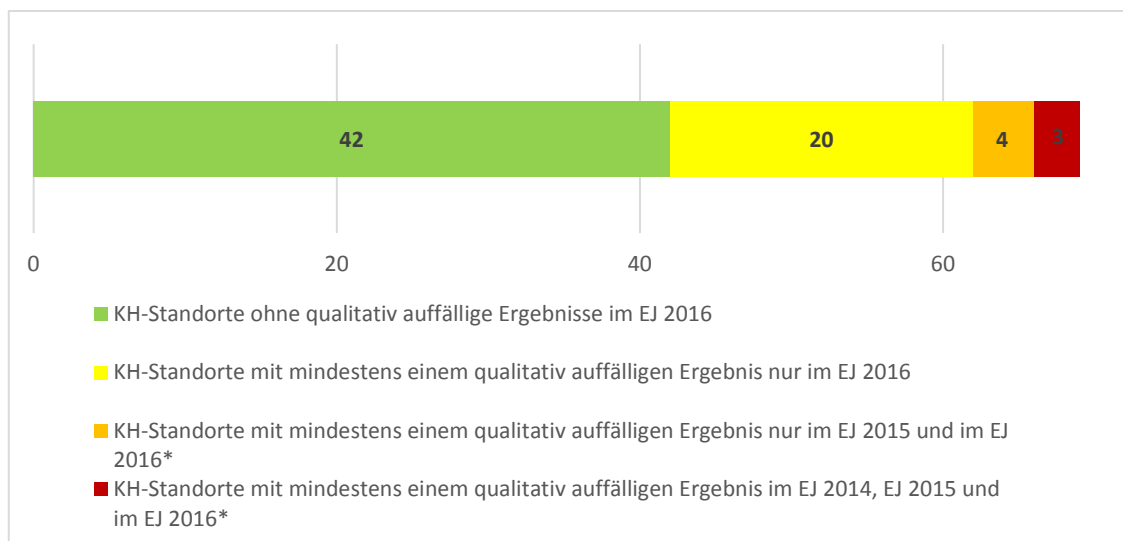


Abbildung 26: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 80 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Transplantationsmedizin betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014, 2015 und 2016 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein. Das IQTIG versendet keine Hinweise, sondern analysiert alle rechnerischen Auffälligkeiten im Strukturierten Dialog.

Im EJ 2016 waren im Bereich der Transplantationsmedizin 69 entlassende Krankenhausstandorte verpflichtet, Daten für die externe Qualitätssicherung nach § 136 ff. SGB V zu übermitteln. Je nach QS-Verfahren betraf diese Dokumentationspflicht zwischen 13 (Leberlebendspende) und 51 Standorte (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen).

Über alle QS-Verfahren und entlassenden Krankenhausstandorte der Transplantationsmedizin hinweg wurden für das EJ 2016 2.157 Ergebnisse⁵ zu Qualitätsindikatoren berechnet, von denen 355 Ergebnisse rechnerisch auffällig waren. Für diese wurden zu Beginn des Strukturierten Dialogs Stellungnahmen angefordert. Da die eingereichten Stellungnahmen für eine abschließende

⁵ Die errechneten 2.157 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 und Auffälligkeitskriterien.

Bewertung der Versorgungsqualität nicht in jedem Fall ausreichen, wurden als weiterführende Maßnahmen mit 4 Krankenhausstandorten zu insgesamt 15 auffälligen Qualitätsindikatorergebnissen kollegiale Gespräche geführt (EJ 2015: Gespräche mit 2 Krankenhausstandorten zu 5 auffälligen Ergebnissen). Bei 3 Standorten wurde aufgrund von 14 auffälligen Qualitätsindikatorergebnissen eine Begehung als weiterführende Maßnahme durchgeführt. Eine zusätzliche Begehung wurde auf Grundlage eines G-BA-Auftrags zur Überprüfung der Datenvalidität durchgeführt, da eine entsprechende Zielvereinbarung im Bereich der Follow-up-Verfahren *Leberlebenspende* und *Nierenlebenspende* im Jahr 2015 zwischen dem G-BA und dem Krankenhaus vereinbart worden war.

Für 48 rechnerisch auffällige Qualitätsindikatorergebnisse (13,5 %), die sich auf 31 Krankenhausstandorte verteilten, wurde zum Stichtag 30. Oktober 2017 die Bewertung „qualitativ auffällig“ vorgenommen. Berücksichtigt man zusätzlich auch die Vorgänge, die erst nach dem 30. Oktober 2017 abgeschlossen werden konnten, so liegt die tatsächliche Anzahl der qualitativ auffälligen Krankenhausstandorte höher. So erhielten 14 Qualitätsindikatorergebnisse, für die zunächst die Bewertung „Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen“ (S91) vergeben wurde, am Ende eine Bewertung als qualitativ auffällig. Für weitere 15 Qualitätsindikatorergebnisse mit zunächst noch nicht abgeschlossenen Strukturierten Dialogen befindet sich die abschließende Bewertung nach wie vor in Klärung. 6 Qualitätsindikatorergebnisse mit der Bewertung „Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen“ (S91) wurden am Ende als qualitativ unauffällig bewertet. Mit 4 Standorten, die letztlich als qualitativ auffällig in einem oder mehreren Qualitätsindikatoren bewertet wurden, wurde eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

Festzustellen ist, dass insbesondere in den Verfahren *Leberlebenspende* und *Nierenlebenspende* nur sehr wenige Krankenhausstandorte rechnerisch und in der Folge qualitativ auffällig werden (jeweils 2 qualitativ auffällige Krankenhausstandorte von 47 Standorten insgesamt). Eine weitere Betrachtung dieser Indikatoren wird dennoch als notwendig angesehen, da es sich um einen Eingriff bei gesunden Patienten handelt und somit eine qualitative Auffälligkeit bei der Behandlung von besonderer Bedeutung ist. Für 57 Ergebnisse (16,1 % aller Qualitätsindikatorergebnisse) konnten Dokumentationsfehler als Hauptursache der rechnerischen Auffälligkeit festgestellt werden, eine Bewertung der Versorgungsqualität konnte aus diesem Grund nicht erfolgen. Im Vorjahr lag der Anteil bei 22,3 %.

83 weitere Qualitätsindikatorergebnisse wurden mit „Sonstiges“ (S99) bewertet. Dies ist in vielen Fällen dadurch begründet, dass auffällige Ergebnisse in Follow-up-Indikatoren bereits im Strukturierten Dialog des Vorjahres bzw. der Vorjahre bewertet wurden, sodass eine erneute Bewertung wenig sinnvoll erschien. Wenn allerdings im Vergleich zum Vorjahr Fälle hinzukamen, wurde eine erneute Evaluation aller Fälle vorgenommen, um keine durch die zusätzlichen Informationen sichtbar gewordenen Ursachen möglicher qualitativer Mängel zu übersehen.

Insgesamt ist darauf hinzuweisen, dass die Qualität der Stellungnahmen trotz dezidierter formaler Anforderungen sowohl in formaler Hinsicht als auch bezüglich der spezifisch-fachlichen Genauigkeit stark zwischen den einzelnen Krankenhausstandorten und Fachabteilungen variiert.

Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme sowie Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Herztransplantation

Im Auswertungsmodul Herztransplantation zeigten sich für insgesamt 73 Qualitätsindikatorergebnisse rechnerische Auffälligkeiten, für die zu Beginn des Strukturierten Dialogs eine Stellungnahme angefordert wurde. Nach Durchsicht und Diskussion der Stellungnahmen mit der Bundesfachgruppe wurde ein Krankenhaus mit auffälligem Ergebnis im Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (QI-ID 2157) zu einem kollegialen Gespräch eingeladen, da die aus den Stellungnahmen gewonnenen Informationen nicht für eine abschließende Bewertung der Behandlungsqualität ausreichten. Zudem wurde dieses Krankenhaus bereits in den Erfassungsjahren 2013 und 2014 als qualitativ auffällig bezüglich dieses Indikators bewertet. Im kollegialen Gespräch konnten bereits eingeleitete Maßnahmen identifiziert werden. Es wurden jedoch weitere Verbesserungspotenziale bezüglich struktureller und medizinisch fachlicher Aspekte erkannt, sodass im Anschluss eine unterstützende schriftliche Zielvereinbarung getroffen wurde. Die Zielvereinbarung beinhaltet zum einen die Einhaltung des Referenzbereichs bezüglich des Indikators „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (QI-ID 2157) für das EJ 2018 und zum anderen verschiedene Maßnahmen, deren schriftliche Nachweise zu jeweils festgelegten Terminen zu erbringen sind. Da ein Abschluss des Strukturierten Dialogs mit diesem Haus nicht fristgerecht möglich war, wurde zunächst eine Bewertung mit „Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen“ (S91) vorgenommen.

Weitere 4 Qualitätsindikatorergebnisse bei 4 Krankenhausstandorten wurden als qualitativ auffällig bewertet. Dies betrifft die Indikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (QI-ID 2157), für den in einem Standort Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel gesehen wurden, sowie die Indikatoren „1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)“ (QI-ID 12253), „2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)“ (QI-ID 51631) und „3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)“ (QI-ID 51633), für die in den jeweiligen Stellungnahmen keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerisch auffälligen Ergebnisse benannt wurden.

38 Qualitätsindikatorergebnisse (15 Krankenhausstandorte) wurden mit „Sonstiges“ (S99) bewertet. Für 14 Standorte betraf dies die Follow-up-Indikatoren, deren Fälle bereits vollständig im Strukturierten Dialog des Vorjahres geprüft wurden und daher im aktuellen Strukturierten Dialog nicht erneut diskutiert werden mussten. Ein Krankenhaus beendete nach eigenen schriftlichen Angaben im Jahr 2017 sein Herztransplantationsprogramm, sodass von einer Diskussion der wenigen Einzelfälle im Follow-up abgesehen wurde.

Die Ergebnisse von insgesamt 24 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurden am Ende des Strukturierten Dialogs als unauffällig bewertet. Dies gilt auch für 3 Krankenhausstandorte, deren Ergebnis bereits in den Erfassungsjahren 2014 und 2015 rechnerisch auffällige Ergebnisse zeigten. In den meisten Fällen konnte das abweichende Ergebnis durch Einzelfälle erklärt werden (n = 20), in einem Fall konnte kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität festgestellt werden. In weiteren 3 Fällen wurde eine Bewertung mit „Bewertung im Strukturierten Dialog

als unauffällig – Sonstiges“ (U99) vorgenommen, da – trotz zum Teil vorliegender hoher, patientenseitiger Risiken – keine systematischen Auffälligkeiten festgestellt werden konnten und einige Standorte zudem bereits Maßnahmen eingeleitet hatten.

Eine fehlerhafte Dokumentation wurde in keinem der festgestellten auffälligen Fälle als Ursache erkannt.

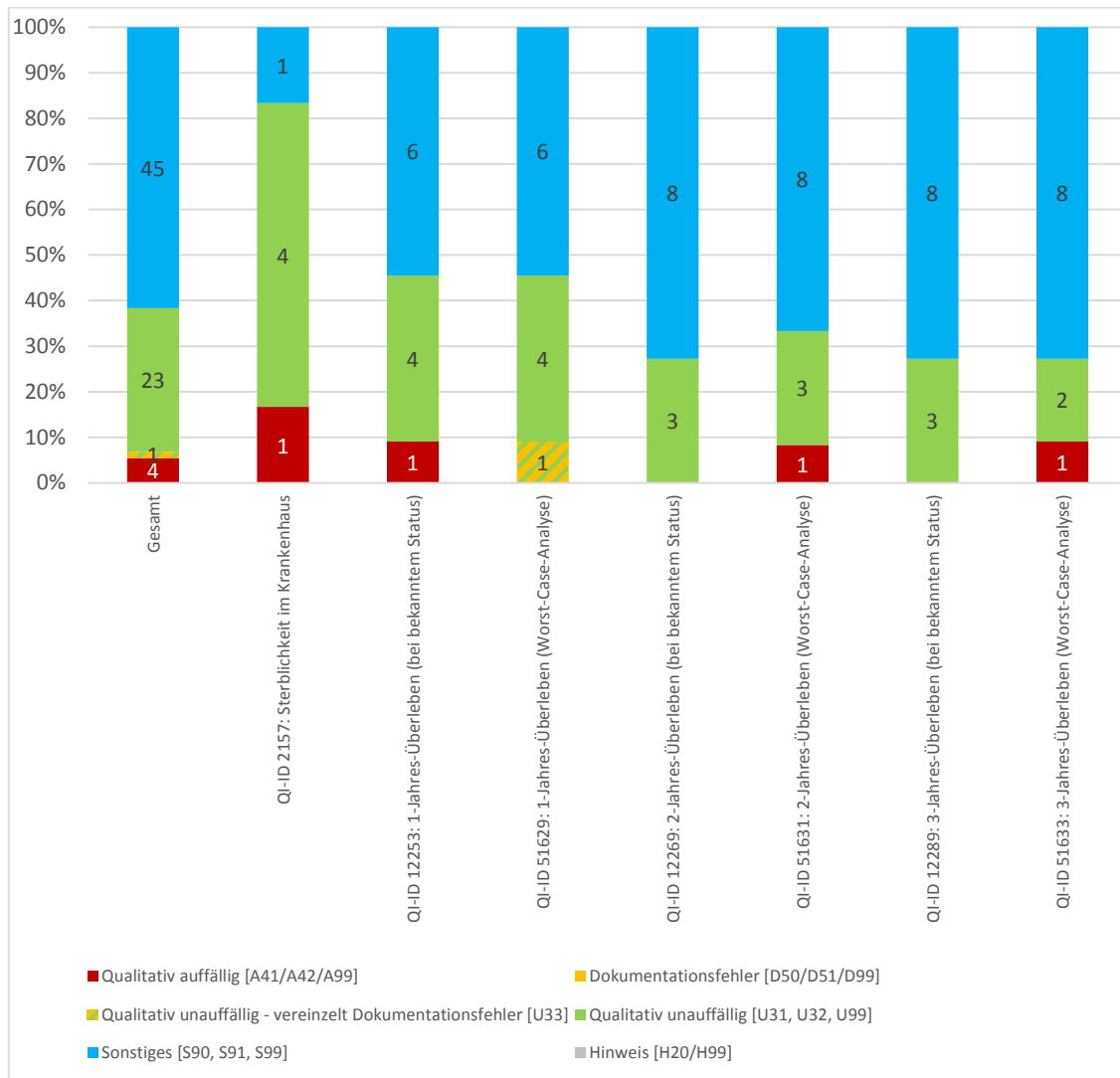


Abbildung 27: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herztransplantation.

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

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

51 Krankenhausstandorte waren im EJ 2016 zur Datenlieferung im Auswertungsmodul Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen verpflichtet. Nach der Auswertung der Indikatoren zeigten sich insgesamt 67 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 42 Krankenhausstandorte ver-

teilen. Mit 36 auffälligen Qualitätsindikatorergebnissen zeigten sich mehr als die Hälfte der Auffälligkeiten im Indikator „Indikation zur Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunsthertzens“ (QI-ID 52381). Dies entspricht der Anzahl auffälliger Indikatorergebnisse des Erfassungsjahres 2015. Damals zeigte sich, dass erhebliche Dokumentationsmissverständnisse vorlagen, zudem befand sich das Verfahren im ersten Anwendungsjahr. Aus diesem Grund wurden die auffälligen Ergebnisse für das EJ 2015 mit „Sonstiges“ (S99) bewertet. Für das EJ 2016 erwartete das IQTIG eine erhebliche Verbesserung der Ergebnisse dieses Indikators, die sich anhand der Anzahl der rechnerisch auffälligen Ergebnisse jedoch nicht darstellt. Allerdings ist nicht mehr von Dokumentationsmissverständnissen auszugehen. Stattdessen zeigt sich für das EJ 2016 anhand der eingegangenen Stellungnahmen für 11 der 36 in diesem Indikator auffälligen Ergebnisse ein Dokumentationsproblem aufgrund von Fehlkodierungen der ECLS-Systeme (diese Fehlkodierungen erklären zum Großteil auch die Fälle fehlerhafter Dokumentationen in den übrigen Indikatoren). 3 Ergebnisse des Indikators „Indikation zur Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunsthertzens“ (QI-ID 52381) wurden hingegen als qualitativ auffällig bewertet, da sich anhand der Stellungnahmen entweder Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel zeigten oder keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt wurden. Die Bewertung mit „Sonstiges“ (S99) für 8 Standorte wurde aufgrund einer Implantation bei der Indikation einer „akuten Herzinsuffizienz“ vorgenommen. Bei 3 dieser 8 Standorte bestand zusätzlich ein Dokumentationsproblem.

10 weitere Krankenhausstandorte wurden in dem Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Implantation eines LVAD“ (QI-ID 52282) als qualitativ auffällig bewertet, da oftmals die Indikation zur Implantation kritisch beurteilt wurde. In 8 Fällen wurden Struktur- und Prozessmängel gesehen, in 2 Fällen waren bereits Maßnahmen erfolgt, weshalb eine Bewertung mit „Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig – Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ vorgenommen wurde.

Eine weitere qualitative Auffälligkeit wurde im Indikator „Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD“ (QI-ID 52385) gesehen. Für diesen Standort wurde das Gerinnungsmanagement kritisch diskutiert, weshalb schließlich eine Bewertung mit „Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig – Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ (A41) erfolgte.

Insgesamt wurde in diesem QS-Verfahren deutlich, dass sich schon während der Entwicklungsphase des Verfahrens die Indikationsstellung zur Implantation (Einsatz auch bei akuter Herzinsuffizienz) verändert hat. Darüber hinaus scheint die Definition von Herzunterstützungssystemen aufgrund von technischen Neu- bzw. Weiterentwicklungen nicht immer eindeutig zu sein.

Zudem unterscheiden sich die Überlebensraten je nach gestellter Indikation und verwendetem Herzunterstützungssystem deutlich. Daher wird es nötig sein, hier auch auf Indikatoren- bzw. Nebenkennzahlenebene weitere Differenzierungen in den nächsten Jahren vorzunehmen. Ebenso muss die Einführung von Follow-up-Indikatoren zeitnah diskutiert werden.

Auf Basis der frühen Erfahrungen dieses noch jungen QS-Verfahrens wird eine intensive Überarbeitung und Weiterentwicklung insbesondere der Prüfung der Indikation für Herzunterstützungssysteme im Rahmen der Verfahrenspflege durch das IQTIG angestrebt.

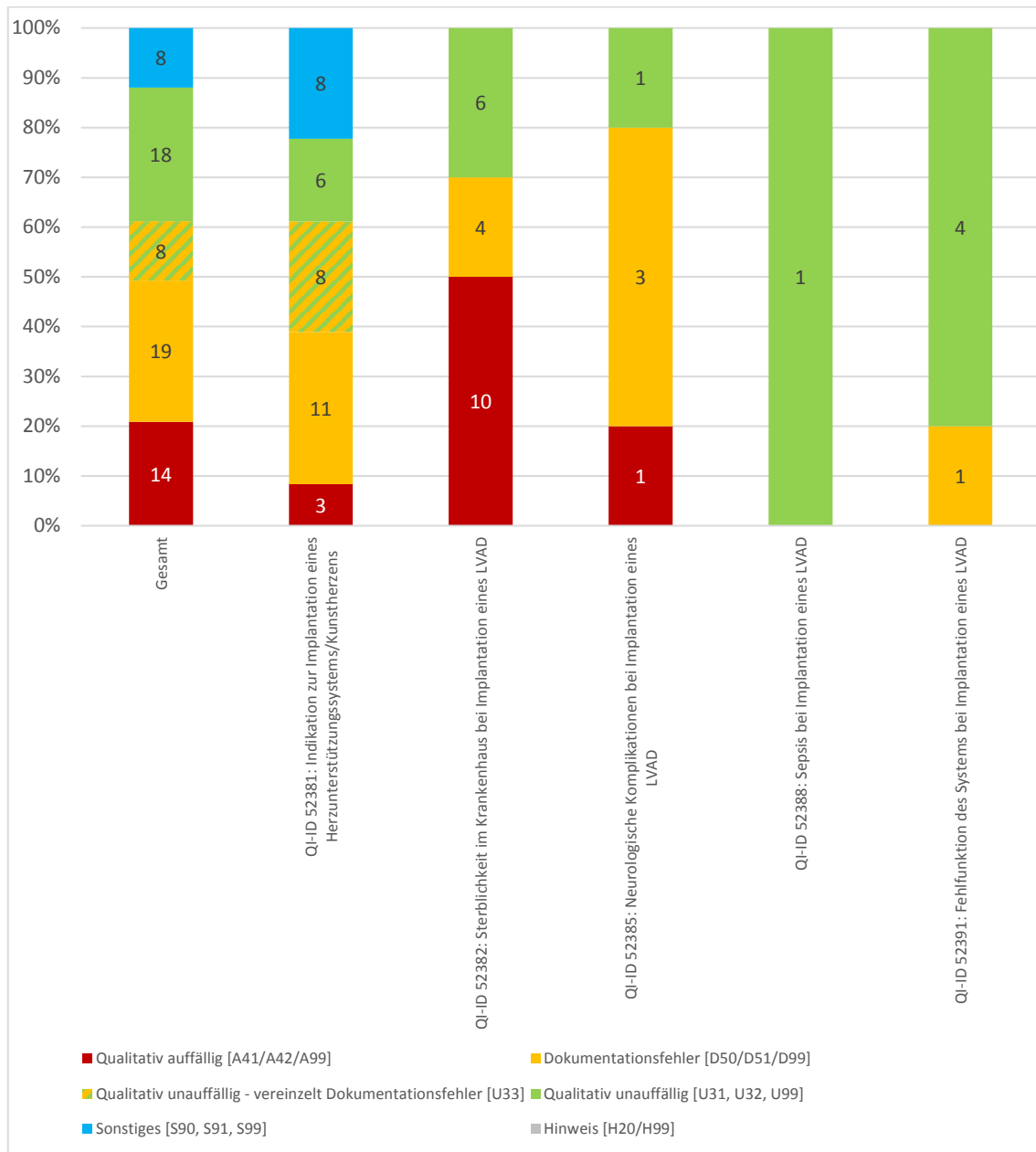


Abbildung 28: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzunterstützungssysteme

Lungen- und Herz- Lungentransplantation

Im QS-Verfahren *Lungen- und Herz-Lungentransplantation* zeigten sich bei 17 datenliefernden Standorten 48 rechnerisch auffällige Qualitätsindikatorergebnisse, zu denen von den betroffenen Standorten eine Stellungnahme eingefordert wurde. Für 4 dieser Ergebnisse bei 3 Standorten wurde anhand der jeweiligen Stellungnahme eine qualitative Auffälligkeit deutlich, die sich im prä- und postoperativen Management oder im diagnostischen Monitoring der Patienten während der Wartezeit zeigte. Zwei weitere Standorte konnten anhand der Stellungnahme nicht abschließend hinsichtlich ihrer Versorgungsqualität beurteilt werden, sodass mit dem einen Standort ein kollegiales Gespräch, und bei dem anderen Standort eine Begehung durchgeführt

wurde. Beide Standorte wurden zunächst mit „Sonstiges – Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen“ (S91) bewertet, da eine abschließende Bewertung dieser Qualitätsindikatorergebnisse erst nach dem 30. Oktober 2017 erfolgen konnte. Im Anschluss an die Begehung wurde der zweite oben angesprochene Standort mit „Bewertung nach Strukturiertem Dialog als „Qualitativ unauffällig – Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle“ (U32) bewertet, da der Eindruck bestand, dass mehrere wirksame Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung ergriffen wurden. Dies spiegelte sich u. a. in den zum Zeitpunkt der Begehung sehr guten Ergebnissen für das EJ 2017 wider. Für den ersten oben angesprochenen Standort, mit dem ein kollegiales Gespräch geführt wurde, wurde im Anschluss an die Begehung eine Bewertung als qualitativ auffällig vergeben und zusätzlich eine Zielvereinbarung abgeschlossen. Diese beinhaltet neben dem langfristigen Ziel der Einhaltung des definierten Referenzbereichs im Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (QI-ID 2155) mehrere Maßnahmen, deren Umsetzung zu festgelegten Fristen durch den Standort nachzuweisen ist.

Die Ergebnisse von 17 berechneten Indikatoren wurden abschließend mit „Sonstiges“ (S99) bewertet, da die Ergebnisse der betroffenen Follow-up-Indikatoren bereits in den Vorjahren besprochen wurden. Ein Krankenhaus, dessen Ergebnisse mit „Sonstiges“ (S99) bewertet wurden, stellte das entsprechende Transplantationsprogramm ein, sodass von einer Diskussion der auffälligen Fälle abgesehen wurde.

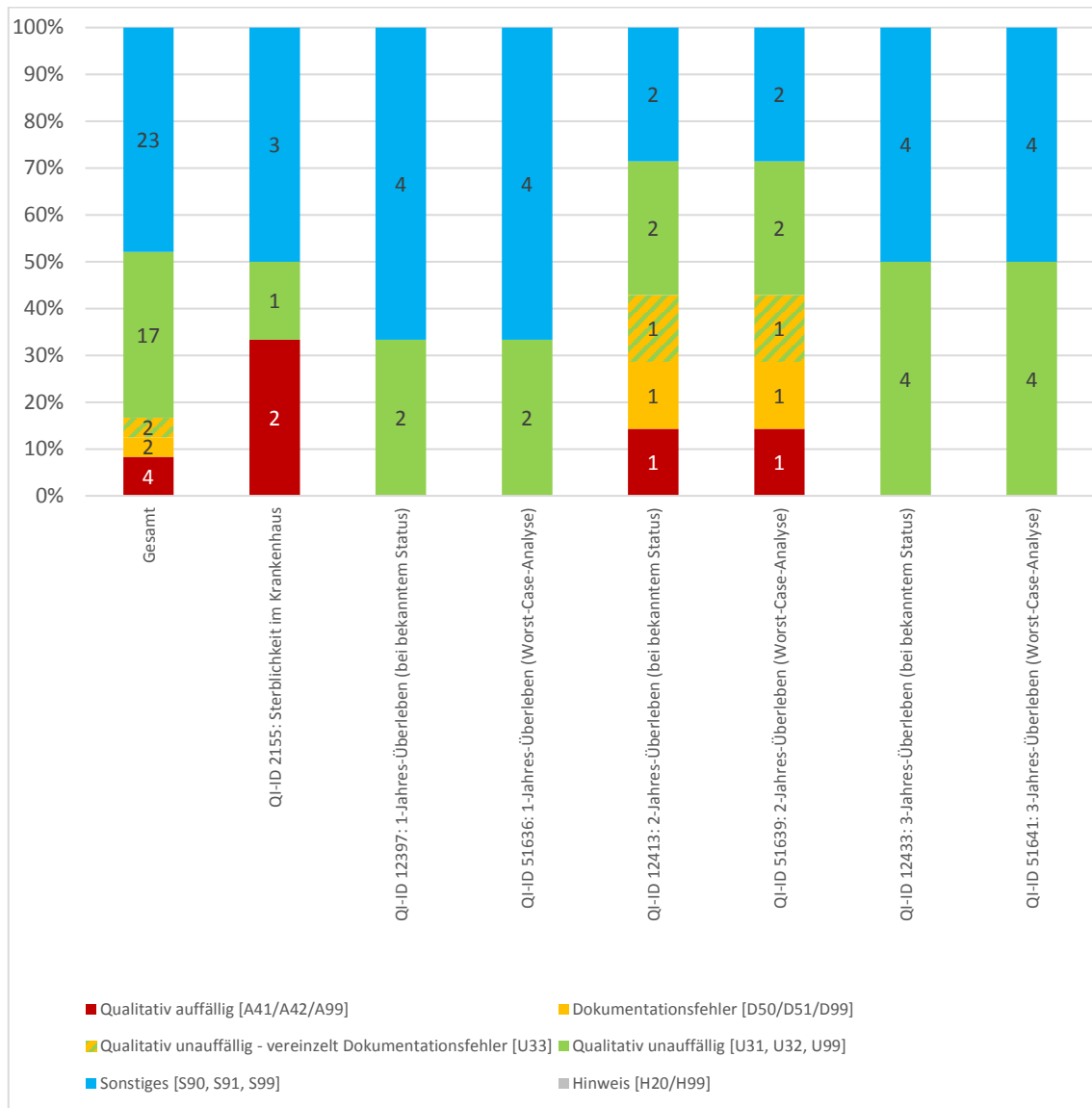


Abbildung 29: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Lebertransplantation und Leberlebendspende

Lebertransplantation

Im QS-Verfahren *Lebertransplantation* ergaben sich für das EJ 2016 35 rechnerisch auffällige Ergebnisse bei 25 Krankenhausstandorten. 4 dieser rechnerisch auffälligen Ergebnisse (16 %) wurden nach Bewertung der Stellungnahme als qualitativ auffällig aufgrund von Struktur- oder Prozessmängeln beurteilt. Für einen weiteren Krankenhausstandort wurde eine Begehung durchgeführt, da die eingereichten Stellungnahmen nicht für eine abschließende Bewertung der Versorgungsqualität ausreichten. Dieser Krankenhausstandort erhielt zunächst keine abschließende Bewertung (S91), da der Strukturierte Dialog noch nicht abgeschlossen werden konnte. Inzwischen ist jedoch der Abschluss einer Zielvereinbarung im Rahmen der rechnerischen Auffälligkeit im Indikator „Postoperative Verweildauer“ (QI-ID 2133) vorgesehen. Die gleiche Be-

wertung wurde vorgenommen für einen Standort, bei dem die Begehung noch nicht durchgeführt werden konnte, sowie für 2 Standorte, für die zwar keine Begehung vorgesehen ist, aber dennoch weiterhin Klärungsbedarf besteht.

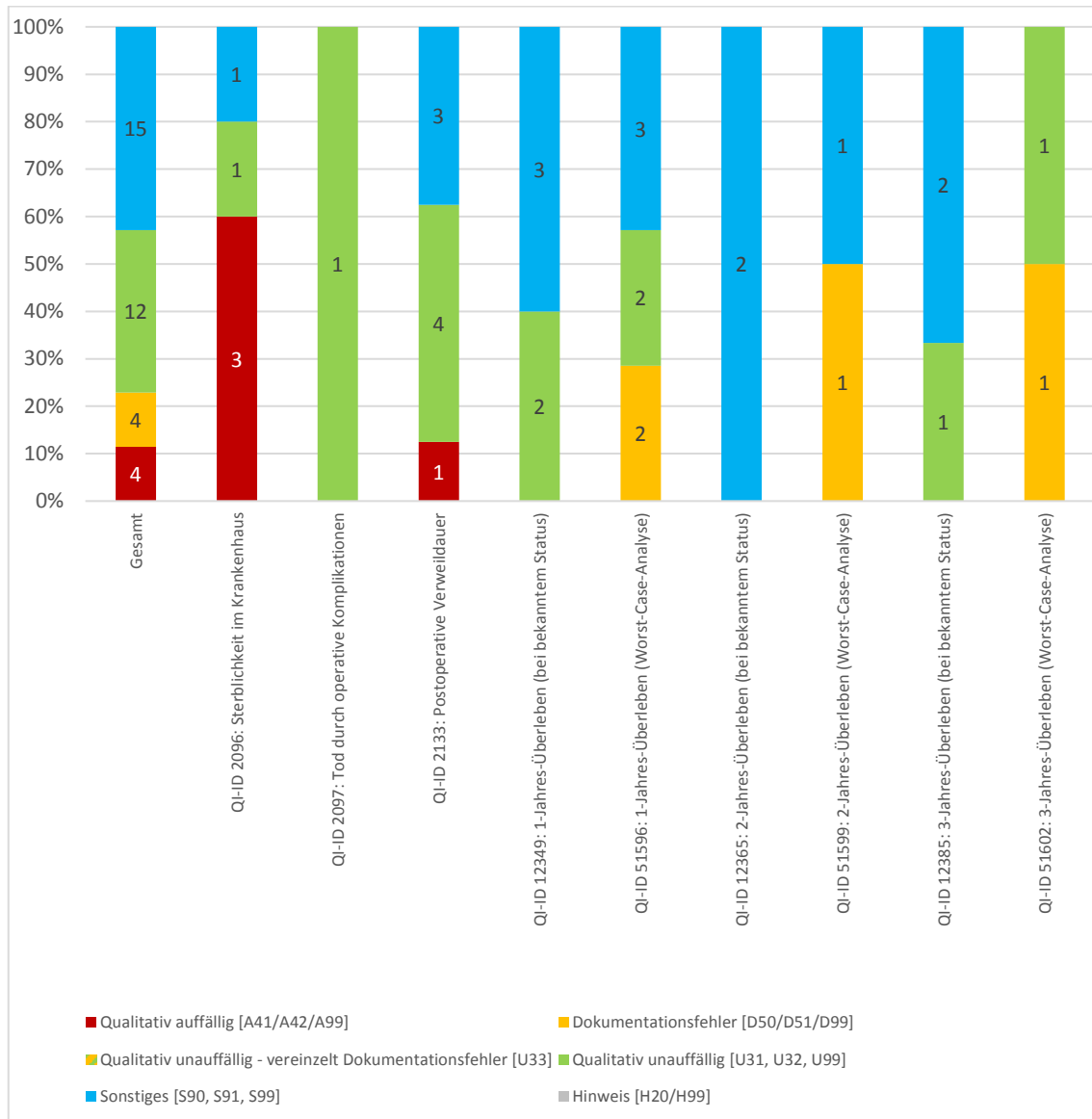


Abbildung 30: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Lebertransplantation

Leberlebenspende

13 Krankenhausstandorte lieferten für das EJ 2016 im QS-Verfahren *Leberlebenspende* Daten zur externen Qualitätssicherung. Insgesamt zeigten sich bei diesen Standorten 15 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die im darauffolgenden Strukturierten Dialog betrachtet wurden. Im Ergebnis zeigte sich bei 2 Standorten eine qualitative Auffälligkeit, da keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerisch auffälligen Ergebnisse benannt wurden (Bewertung mit A42). Für einen weiteren Standort konnte der Strukturierte Dialog nicht bis zum Stichtag 30. Oktober 2017 abgeschlossen werden, da sich das weitere Vorgehen noch in Klärung befand. Hier ist mitt-

lerweile eine Bewertung mit „Bewertung nach Strukturierten Dialog als qualitativ auffällig – Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel“ (A41) und eine Zielvereinbarung für den Indikator „Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende“ (QI-ID 51603) vorgesehen. Zwei weitere rechnerisch auffällige Ergebnisse desselben Standorts wurden mit „Sonstiges“ (S99) bewertet, da es sich um Fallkonstellationen handelt, die in den Strukturierten Dialogen der Vorjahre bereits vollständig bewertet wurden. Aus dem gleichen Grund wurde an einem weiteren Standort ebenfalls eine Bewertung mit „Sonstiges“ (S99) vorgenommen. Für einen Standort wurden Dokumentationsfehler festgestellt (Bewertung: D50), sodass eine Optimierung der QS-Dokumentation empfohlen wurde. Alle weiteren rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden mit „Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig – Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle“ (U32) bzw. mit „Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig – kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelt Dokumentationsprobleme)“ (U33) bewertet.

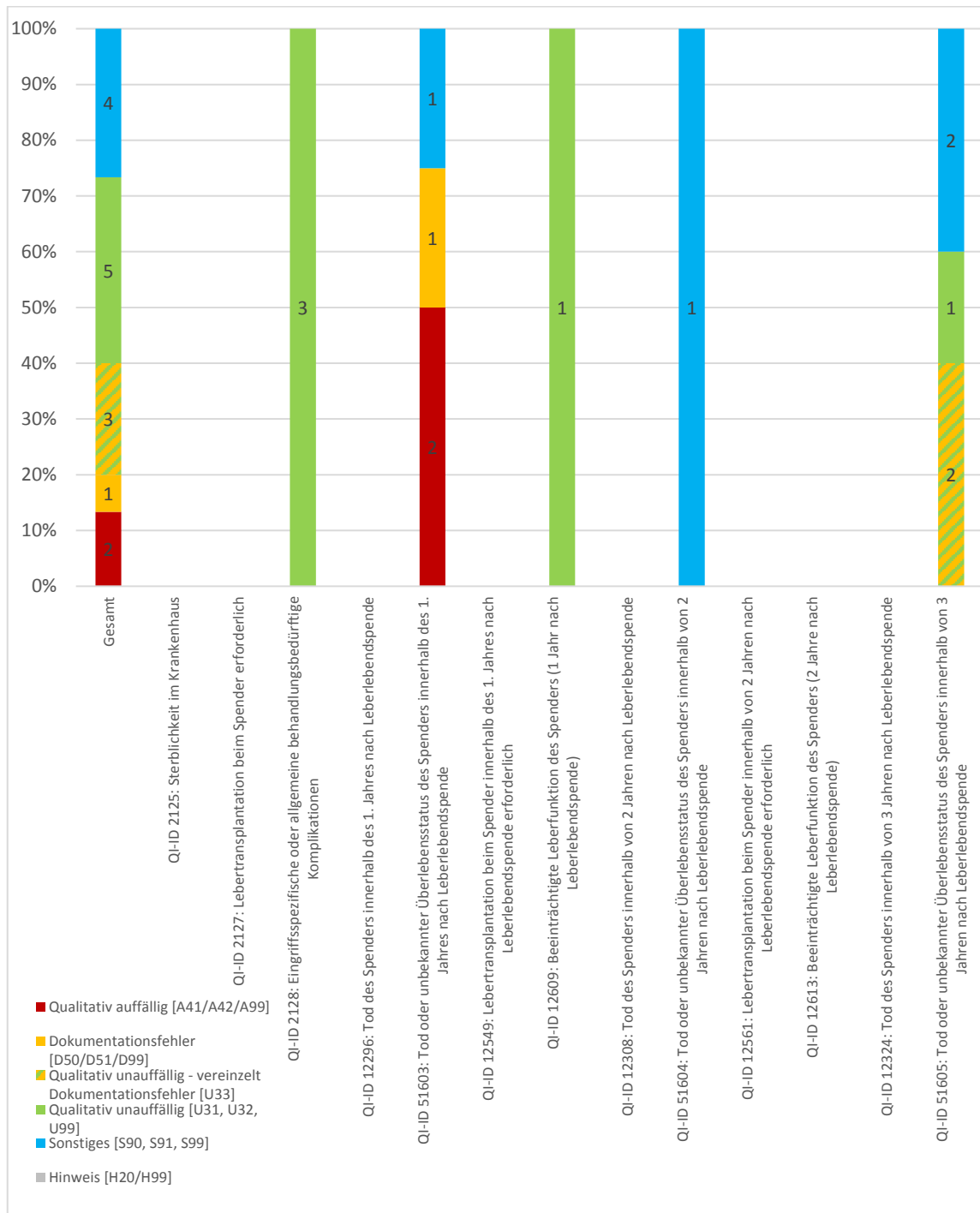


Abbildung 31: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Leberlebenspende

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

Nierentransplantation, Nierenlebendspende und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Nierentransplantation

Zu dem QS-Verfahren *Nierentransplantation* lieferten insgesamt 40 Standorte Daten. Bei 39 Qualitätsindikatorergebnissen zeigte sich eine rechnerische Auffälligkeit, von denen 5 Ergebnisse nach Betrachtung und Diskussion der angeforderten Stellungnahmen als qualitativ auffällig beurteilt wurden. Kritisch beurteilt wurde jeweils die als hoch erscheinende Anzahl an Komplikationen, die bei 2 Standorten anhand der Komplikationsrate selbst, bei 2 Standorten anhand einer erhöhten Rate an Sterbefällen und bei einem weiteren Standort anhand der erhöhten Rate an Patienten mit verspäteter Funktionsaufnahme des Transplantats deutlich wurde.

Für eine abschließende Bewertung von 2 Standorten waren die eingereichten Stellungnahmen nicht ausreichend, sodass diese zu einem kollegialen Gespräch eingeladen wurden. Da auch in diesen Gesprächen nicht plausibel dargelegt werden konnte, dass die rechnerisch auffälligen Ergebnisse nicht auf strukturellen oder prozessualen Problemen beruhen, wurden die entsprechenden Standorte als auffällig beurteilt und es wurde eine Zielvereinbarung abgeschlossen. Da dieser Prozess nicht bis zum 30. Oktober 2017 abgeschlossen werden konnte, wurde zunächst eine Bewertung mit „Sonstiges – Strukturiertes Dialog noch nicht abgeschlossen“ (S91) vergeben.

Ein Krankenhausstandort wurde in 2 Qualitätsindikatoren mit „Sonstiges“ (S99) bewertet, da die Fälle, die an dieser Stelle zu einer rechnerischen Auffälligkeit geführt haben, bereits im Strukturierten Dialog des Vorjahres besprochen wurden.

Für 12 Qualitätsindikatorergebnisse war eine Bewertung nicht möglich, da eine fehlerhafte Dokumentation die Ursache der rechnerischen Auffälligkeit war. Für eine Verbesserung erscheint bei einigen Standorten eine Schulung der Mitarbeiter für eine korrekte Dokumentation notwendig, für andere Standorte wird eine Etablierung von Prozessen für die Sicherstellung einer vollständigen und validen Dokumentation als sinnvoll erachtet.

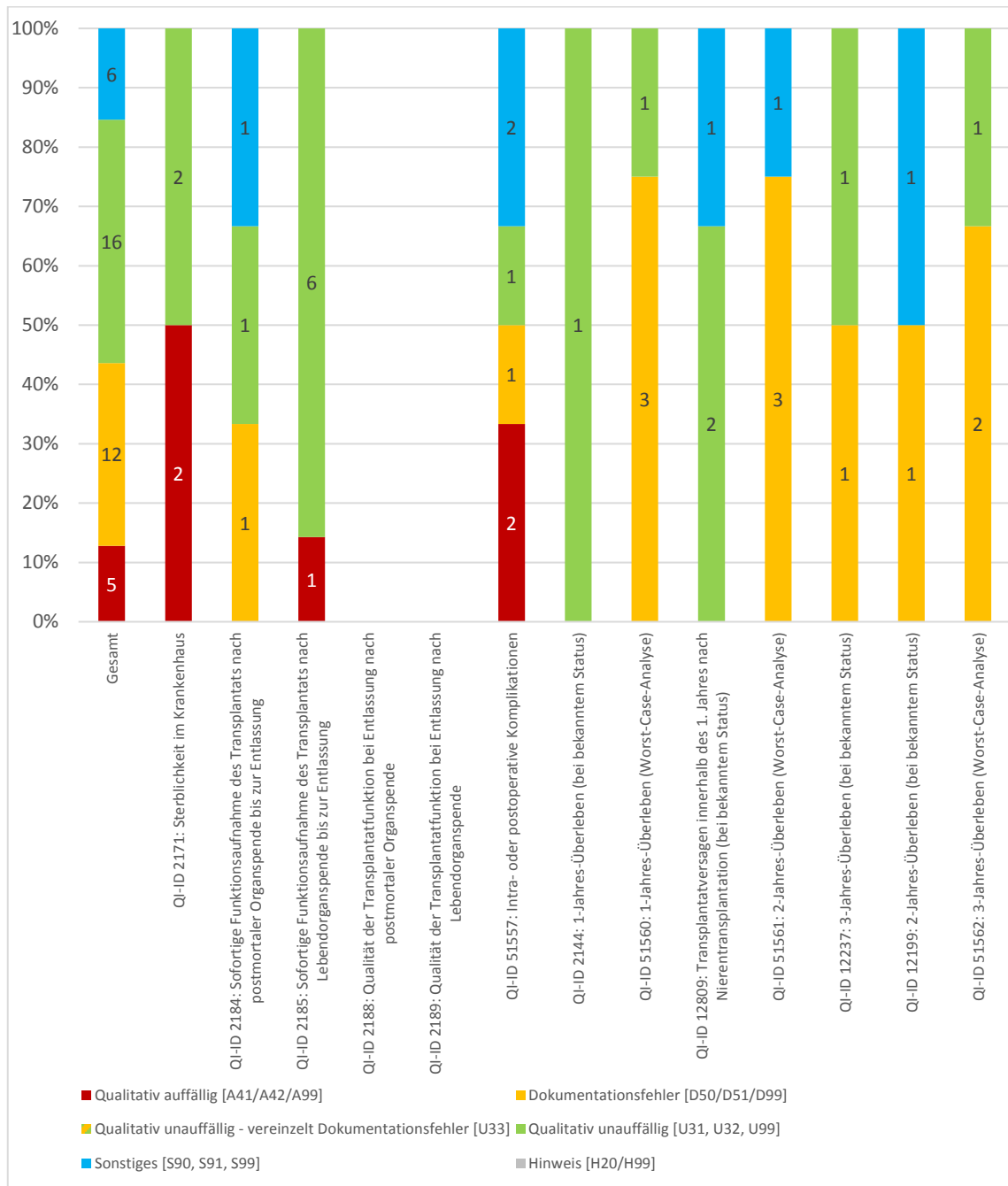


Abbildung 32: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Nierentransplantation

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

Nierenlebenspende

Im QS-Verfahren *Nierenlebenspende* wurden bei den 39 Standorten, die Daten zu diesem Verfahren geliefert haben, 30 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Nach Diskussion und Bewertung der eingereichten Stellungnahmen wurden nach Abschluss des Strukturierten Dialogs 2 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, die beide den gleichen Krankenhausstandort betrafen. Hier wurden Probleme bei der Nachsorge von ausländischen Patienten gesehen, so-

dass eine Optimierung empfohlen wird. In Zukunft sind die Ergebnisse dieses Standortes besonders kritisch zu beobachten und der Strukturierte Dialog ggf. mit einer Zielvereinbarung, einem kollegialen Gespräch oder einer Begehung zu intensivieren, da die qualitative Auffälligkeit bezüglich des Indikators „Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende“ (QI-ID 51569) im dritten Jahr in Folge besteht.

Für 12 Indikatorergebnisse war eine Bewertung der Qualität nicht möglich, da eine fehlerhafte Dokumentation als Ursache der rechnerischen Auffälligkeit festgestellt wurde. Wie auch im QS-Verfahren *Nierentransplantation* erscheint bei einigen Standorten für eine Verbesserung eine Schulung der Mitarbeiter für eine korrekte Dokumentation notwendig und für andere Standorte eine Etablierung von Prozessen für die Sicherstellung einer vollzähligen und validen Dokumentation.

Die auffälligen Fälle der 2 Standorte, die nach Abschluss des Strukturierten Dialogs mit „Sonstiges“ (S99) bewertet wurden, wurden bereits im Strukturierten Dialog des Vorjahres besprochen, sodass eine erneute Diskussion wenig sinnvoll erschien.

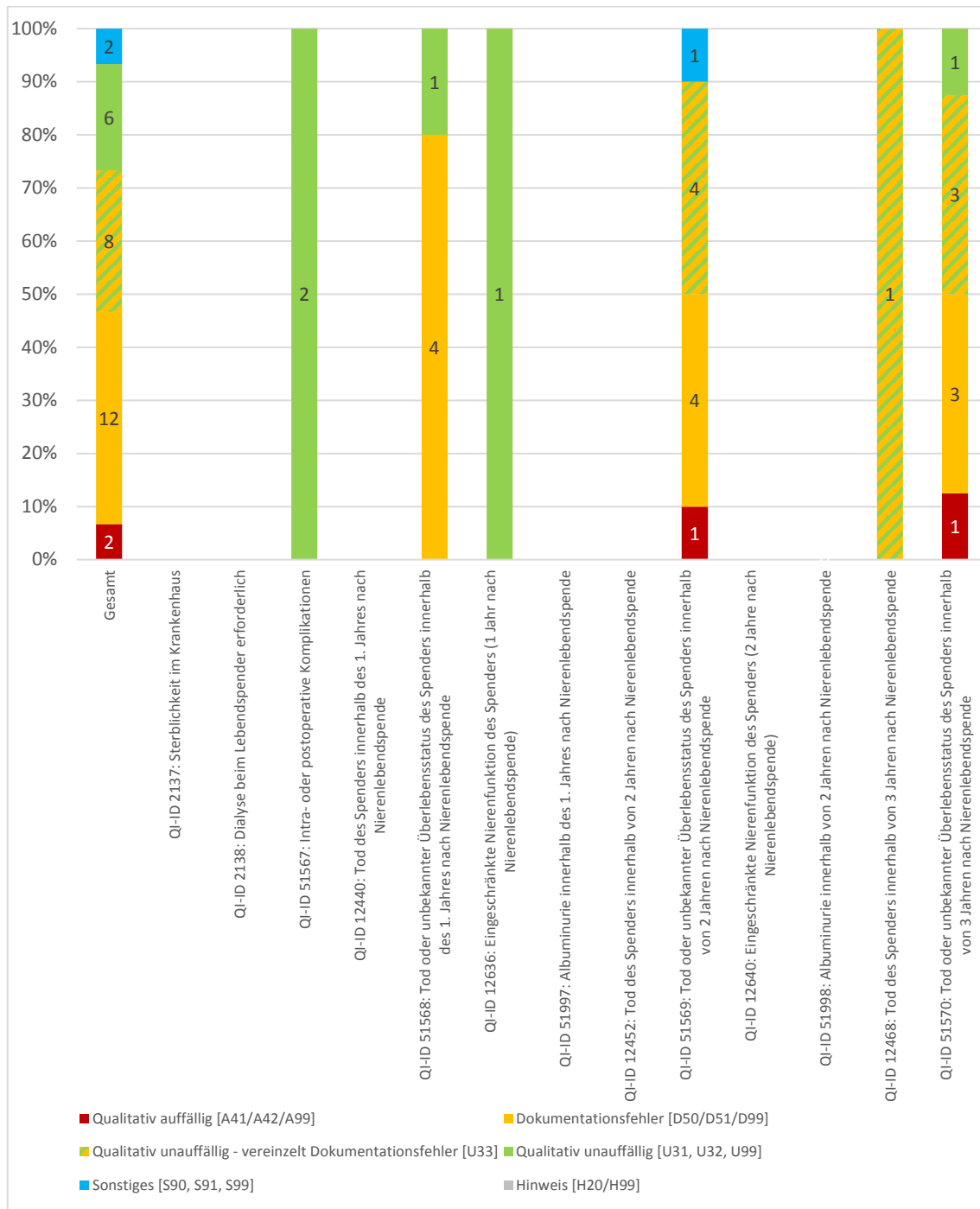


Abbildung 33: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Nierenlebenspende

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

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bei den 27 Krankenhausstandorten, die im QS-Verfahren *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* Daten geliefert haben, wurden insgesamt 48 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt, von denen zu Beginn des Strukturierten Dialogs eine Stellungnahme angefordert wurde. Die Stellungnahmen zu 3 Qualitätsindikatorergebnissen bei 2 Krankenhausstandorten wurden

als nicht ausreichend erachtet, weshalb diese Standorte zu einem kollegialen Gespräch eingeladen wurden. Einer der beiden Standorte konnte die Auffälligkeiten in dem Gespräch plausibel erklären, sodass im Anschluss eine Bewertung mit „Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig – Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle“ (U32) vorgenommen wurde. Der zweite Standort wurde mit „Sonstiges“ (S99) bewertet, da eine Bewertung als qualitativ auffällig nicht für sinnvoll erachtet wurde. Hintergrund ist, dass dieser Standort nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren *Nierentransplantation* als qualitativ auffällig bewertet wurde und eine diesbezügliche Zielvereinbarung erhielt. Diese Zielvereinbarung enthält wiederum Maßnahmen, die die relevanten Aspekte für den Bereich der Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation aufgreift, sodass der Abschluss einer zusätzlichen Zielvereinbarung im QS-Verfahren *Pankreas und Pankreas-Nierentransplantation* nicht erforderlich war. Da diese Bewertung erst nach dem Stichtag 30. Oktober 2017 erfolgte, wurde der Standort zunächst mit „Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen“ (S91) bewertet.

Für einen zweiten Standort wurde ebenfalls zunächst die Bewertung S91 vorgenommen. Hier ist bezüglich der Ergebnisse zu den Indikatoren „Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung“ (QI-ID 2145) und „Entfernung des Pankreastransplantats“ (QI-ID 2146) eine Begehung vorgesehen.

Darüber hinaus wurden weitere 13 Qualitätsindikatorergebnisse als qualitativ auffällig beurteilt. Bei 9 qualitativ auffälligen Ergebnissen betraf die Ursache Struktur- oder Prozessmängel (z. B. Mängel im postoperativen oder intensivmedizinischen Management), für 4 qualitativ auffällige Ergebnisse wurden keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt.

Die Fälle von 12 Qualitätsindikatorergebnissen wurden bereits im Strukturierten Dialog des Vorjahres beraten, sodass hier eine Bewertung mit „Sonstiges“ (S99) vorgenommen wurde.

Eine Darstellung der wiederholten qualitativen Auffälligkeiten ist in dem QS-Verfahren *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* aktuell durch den bisher nur alle 2 Jahre durchgeführten Strukturierten Dialog nicht plausibel möglich. Der Strukturierte Dialog wurde bislang angepasst an diesen aggregierten Auswertungszeitraum, ebenfalls alle zwei Jahre geführt. Das hatte jedoch zur Folge, dass der Strukturierte Dialog erst lange nach dem Auftreten eines rechnerisch auffälligen Ergebnisses begonnen wurde. Aus diesem Grund wird zukünftig zwar weiterhin eine über zwei Jahre aggregierte Auswertung vorgenommen, der Strukturierte Dialog hingegen jährlich geführt.

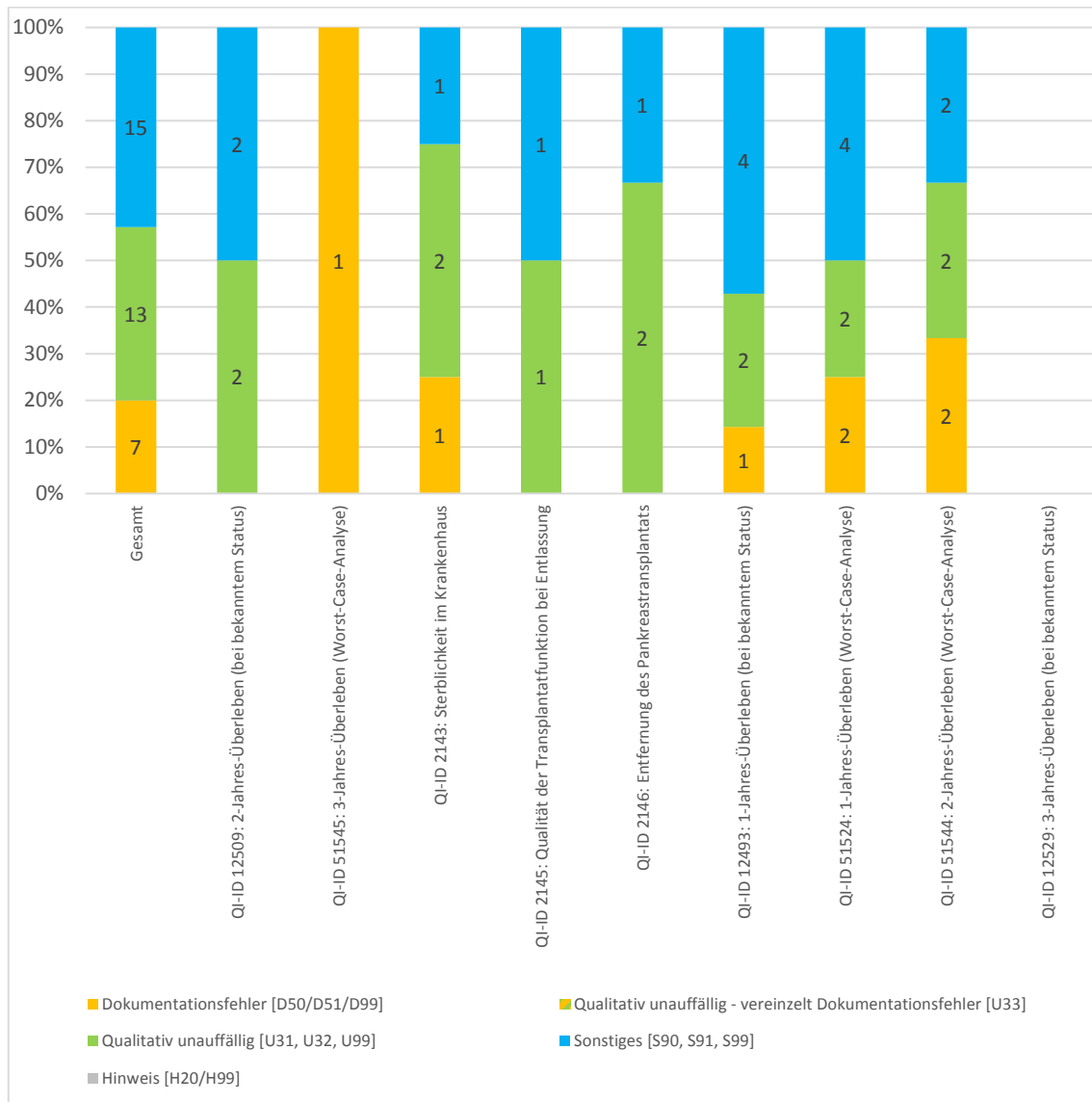


Abbildung 34: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

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

4.2.6 Gynäkologie

Lina Jürgens, Dr. Anja Katharina Dippmann

■ QS-Verfahren Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

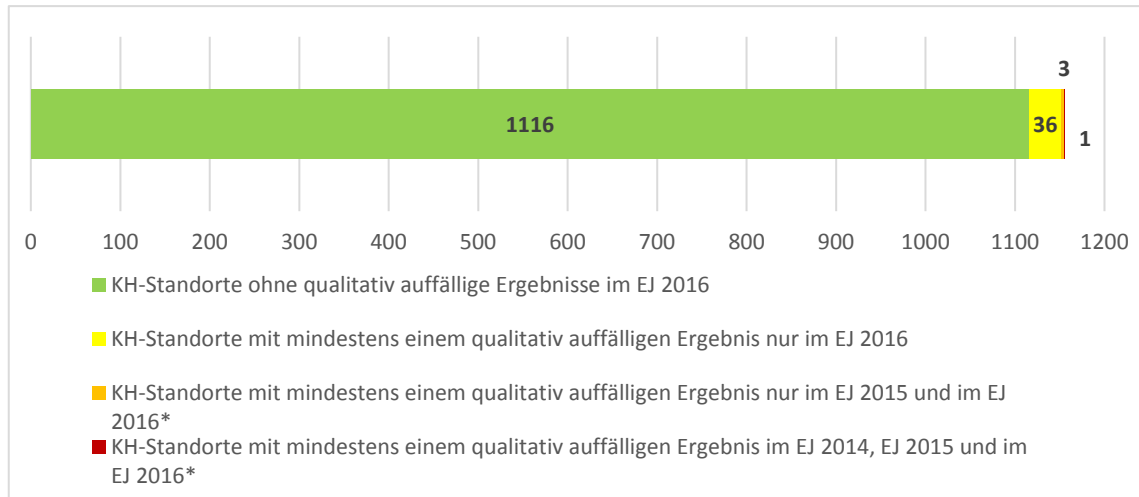


Abbildung 35: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 8 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014, 2015 und 2016 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Der Strukturierte Dialog im QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)* wurde im EJ 2016 von allen Fachgruppen abgeschlossen. Insgesamt wurden 941 rechnerisch auffällige Ergebnisse ermittelt, im Vergleich zu den Ergebnissen des Strukturieren Dialogs zum EJ 2015 (n = 985) ist die Anzahl leicht rückläufig. 256 der 941 rechnerisch auffälligen Standorte wurden bereits im Strukturieren Dialog zum EJ 2015 rechnerisch auffällig bewertet. Die Rückmeldungen aus den Stellungnahmen gaben Anlass für insgesamt 13 kollegiale Gespräche. Zudem wurden 327 Hinweise verschickt und 605 Stellungnahmen angefordert. Eine Vielzahl der Krankenhausstandorte konnte die rechnerisch auffälligen Ergebnisse in ihren Stellungnahmen nachvollziehbar erklären und darlegen. Nach Abschluss des Strukturieren Dialogs wurden somit 49,5 % (n = 466) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als „qualitativ unauffällig“ bewertet. Im Vergleich zum Vorjahr ist dieses Ergebnis gleichbleibend, damals lag der Anteil der als qualitativ auffällig bewerteten Krankenhausstandorte bei 49,6 %.

Es wurden 56 Standorte als „qualitativ auffällig“ eingestuft, 4 davon waren bereits im Strukturieren Dialog zum EJ 2015 auffällig. Eine qualitative Auffälligkeit über mehr als zwei Jahre ist bei keinem Standort aufgetreten.

Die Verteilung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse über alle Indikatoren des Verfahrens zeigt, dass 4 Indikatoren einen Großteil der Auffälligkeiten ausmachen:

- QI-ID 51418: Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation

In diesem Indikator wurde insgesamt 1.066 Mal der QS-Bogen ausgelöst. Im Strukturierten Dialog zum EJ 2016 waren 17,1 % (n = 182) der Standorte rechnerisch auffällig, somit zeigte sich keine Veränderung zum Vorjahreswert (EJ 2015: 16,9 %; n = 181). Dieser Indikator bildet den größten Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen in diesem Verfahren. Aufgrund der Vorjahresergebnisse des Strukturierten Dialogs und den gleichbleibend guten Bundesergebnissen wurde der Sentinel-Event Indikator zum EJ 2017 gestrichen. Im Strukturierten Dialog zum EJ 2016 wurden nur wenige Standorte als qualitativ auffällig eingestuft (n = 4).

- **QI- ID 52283 Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden**

In diesem Indikator wurden im Strukturierten Dialog zum EJ 2016 14,1 % (n = 157) der Standorte, die Ergebnisse in diesem Indikator geliefert haben (N = 1.111), rechnerisch auffällig, im Vergleich zum Vorjahresergebnis bleiben die Ergebnisse konstant (n = 151). Insgesamt wurden 93 Hinweise verschickt und 48 Standorte als qualitativ unauffällig bewertet. Ein Großteil der rechnerisch auffälligen Ergebnisse ließ sich durch besondere Einzelfälle erklären (n = 28). Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden 3 Standorte als qualitativ auffällig eingestuft.
- **QI-ID 10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund**

Bei diesem planungsrelevanten Qualitätsindikator, wurden insgesamt 886 Ergebnisse geliefert, hiervon wurden 17,4 % (n = 154) der Standorte rechnerisch auffällig. Es wurden 123 Stellungnahmen angefordert und 12 Zielvereinbarungen eingeleitet. Im QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)* entspricht das dem höchsten Anteil an Zielvereinbarungen und ist zum vergangenen Strukturierten Dialog um 8 Vereinbarungen gestiegen (2015: n = 4). Des Weiteren ist ein negativer Trend zu verzeichnen, da in diesem Indikator 17 Standorte als qualitativ auffällig bewertet wurden, das ergibt einen Anstieg von 283 % (EJ 2015 n = 6).
- **QI-ID 51907: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne spezifische Angabe zum Befund**

In diesem Indikator wurden im Strukturierten Dialog zum EJ 2015 19,3 % (n = 190) der 887 Indikatorergebnisse rechnerisch auffällig, im Strukturierten Dialog zum EJ 2016 waren es 14,9 % (n = 132) der Standorte. Damit ist im Vergleich zum Vorjahr ein Rückgang der rechnerisch auffälligen Ergebnisse zu beobachten. Gemäß den Ergebnissen waren 21 Mal Einzelfälle und 8 Mal eine fehlerhafte Dokumentation Gründe für die rechnerische Auffälligkeit, insgesamt wurden 80 Hinweise durch die Bundesländer verschickt. Im Rahmen der Verfahrenspflege wurde dieser Qualitätsindikator durch das Auffälligkeitskriterium „Häufige Angabe eines unspezifischen histologischen Schlüsselwertes bei Ovar- oder Adnexeingriffen“ ersetzt.
- **QI-ID 52535: Beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen bis 45 Jahre**

Dieser Sentinel-Indikator wurde für das EJ 2016 im zweiten Jahr ausgewertet, sodass erstmalig eine Bewertung im Strukturierten Dialog erfolgte. Gemessen an allen Ergebnissen dieses Indikators (n = 322) wurden 32,3 % (n = 86) rechnerisch auffällig, von denen 80,2 % (n = 69) als qualitativ unauffällig eingestuft wurden. 44 Mal handelte es sich um Einzelfälle und 14 Mal konnte kein Hinweis auf Mängel erkannt werden. Insgesamt wurden 5,8 % der rechnerisch auffälligen Standorte nach dem Strukturierten Dialog als qualitativ auffällig bewertet (n = 5).

Den Länderberichten ist zu entnehmen, dass eine Auffälligkeit besonders häufig auftritt, wenn Patienten in einer anderen Fachabteilung behandelt wurden.

Am häufigsten konnte das abweichende Ergebnis durch Einzelfälle (n = 299) erklärt werden oder es gab keine Hinweise auf Mängel der medizinischen Qualität (n = 131). Daneben waren besondere klinische Situationen (n = 31) sowie sonstige Gründe Ursachen (n = 17) für die rechnerisch auffälligen Ergebnisse.

Aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation konnten 7,9 % (n = 75) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nicht bewertet werden. Im Vergleich zum EJ 2015 ist dieser Anteil nahezu gleichbleibend (7,8 %). Grund für die fehlerhafte Dokumentation war ausschließlich eine unvollständige oder falsche Dokumentation. Softwareprobleme oder andere Gründe wurden nicht festgestellt. Vor allem bei den Indikatoren „Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation“ (QI-ID 51418), „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund“ (QI-ID 10211) und „Beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen bis 45 Jahre“ (QI-ID 52535) wurde die Bewertung „D50 – Unvollständige oder falsche Dokumentation“ vorgenommen. Den Länderberichten ist zu entnehmen, dass besonders die Angabe „das kontralaterale Ovar ist noch vorhanden“ fehlerhaft angegeben wurde. Weiter ist der Auswertung zu entnehmen, dass Standorte sowohl im QI 52535 als auch im QI 12011 auffällig bewertet wurden.

Als „qualitativ auffällig“ wurden nach Abschluss des Strukturierten Dialogs 5,9 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 56) beurteilt. Im Vergleich zu den Vorjahren ist hier erneut ein leichter Anstieg der auffälligen Ergebnisse zu verzeichnen (EJ 2015: 4,5 %; EJ 2014: 4,0 %). Besondere Gründe sind den Länderberichten hierzu nicht zu entnehmen.

Struktur- und Prozessmängel wurden vor allem bei den Indikatoren „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne spezifische Angabe zum Befund“ (QI-ID 51907) und „Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden“ (QI-ID 52283) festgestellt. Die Länderberichte geben keine weiteren Hinweise hierzu.

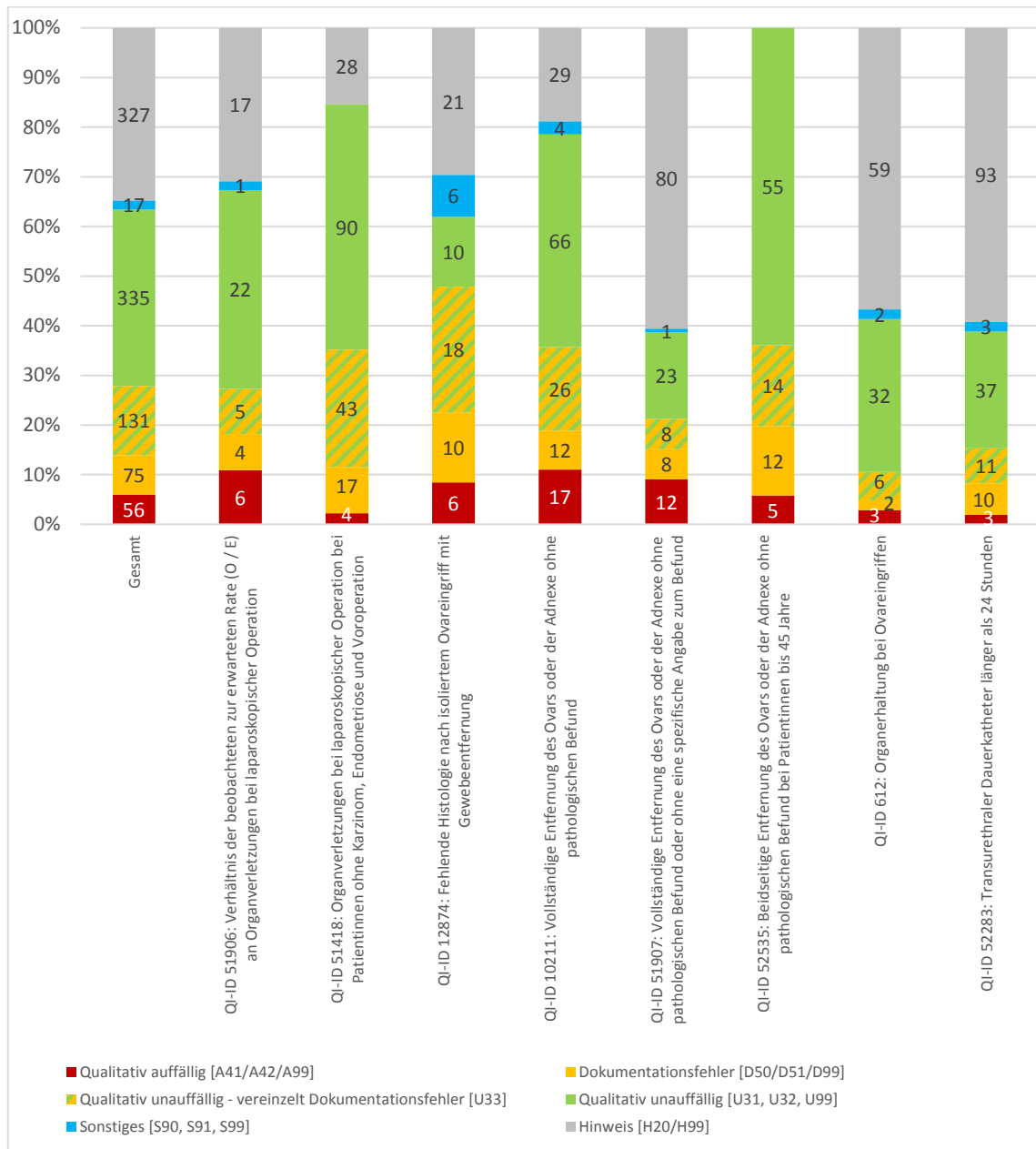


Abbildung 36: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Gynäkologische Operationen

4.2.7 Mammachirurgie

Dr. Anja Katharina Dippmann, Claudia Damrau, Kathrin Rickert

■ QS-Verfahren Mammachirurgie

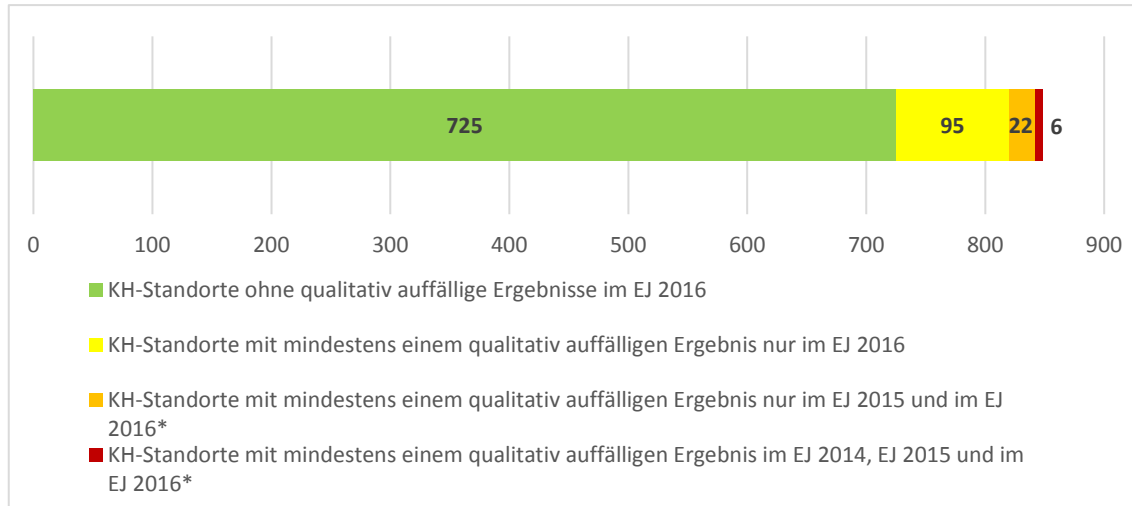


Abbildung 37: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 7 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Mammachirurgie betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014, 2015 und 2016 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Bei den 918 Krankenhausstandorten, die im QS-Verfahren *Mammachirurgie* Daten geliefert hatten, wurden insgesamt $n = 706$ rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt, davon 290 bereits im Vorjahr (EJ 2015). Insgesamt wurden 270 Hinweise verschickt.

Im Zuge des Strukturierten Dialogs für das EJ 2016 wurden für die Qualitätsindikatoren mit den QI-IDs 51846, 52330, 52279, 2163, 50719, 51847 und 51370 insgesamt 141 rechnerisch auffällige Ergebnisse auch als qualitativ auffällig eingestuft. Dies entspricht einem Anteil von 20,0 % an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen. Im Vergleich zum Vorjahr mit einem diesbezüglichen Ergebnis von 14,0 % ($n = 130$; EJ 2015) stellt dies einen Zuwachs von insgesamt 6 Prozentpunkten dar.

Im Rahmen der qualitativen Auffälligkeiten wurden überwiegend Mängel in der Struktur- oder Prozessqualität, für welche Verbesserungspotential besteht, erfasst. Unter allen im Kontext dieser Struktur- oder Prozessqualität betrachteten Qualitätsindikatoren (QI-IDs 51846, 52330, 52279, 2163, 50719, 51847 und 51370) heben sich die drei Indikatoren „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ (QI-ID 51846), „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“ (QI-ID 52279) sowie „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ (QI-ID 51847) mit ihren jeweiligen Anteilen von 19,7 % (QI-ID 51846), 45,1 % (QI-ID 52279) sowie 18,9 % (QI-ID 51847) wiederholt besonders hervor. Bei Betrachtung der diesbezüglichen Ergebnisse des Vorjahres (EJ 2015) von 22,1 % (QI-ID 51846), 30,5 % (QI-ID 52279) sowie 26,3 % (QI-ID 51847) fallen im Vergleich zu den aktuellen

Resultaten (EJ 2016) sowohl Verbesserungen als auch Verschlechterungen in der qualitativen Versorgung von Brustkrebspatientinnen und -patienten auf. Die Versorgungsqualität hat sich bei dem Indikator „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ deutlich sowie bei dem Indikator „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ schwach verbessert. Mit Blick auf den Sentinel-Event-Indikator „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ wird den Länderberichten zum Strukturierten Dialog entnommen, dass von insgesamt 30 qualitativ auffälligen Standorten immerhin 5 keine ausreichenden Gründe für den Eingriff nannten. Eine deutliche Zunahme von qualitativen Struktur- oder Prozessmängeln bei dem Indikator „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“ (QI-ID 52279) wird durch den Zuwachs von nahezu 15 Prozentpunkten zum Vorjahr deutlich. Der Indikator wird aktuell für das EJ 2017 mit besonderem Handlungsbedarf bewertet.

Der im Bezug zu Struktur- oder Prozessmängeln beschriebene Sachstand spiegelt sich auch annähernd in den Anteilen der drei Indikatoren bezogen auf alle qualitativen Auffälligkeiten an allen betrachteten Indikatoren wider: QI-ID 51846 (EJ 2016: 17,0 %; EJ 2015: 18,5 %), QI-ID 52279 (EJ 2016: 44,0 %; EJ 2015: 34,6 %) und für den QI-ID 51847 (EJ 2016: 21,3 %, EJ 2015: 23,1 %).

Die verbleibenden 4 Indikatoren weisen diesbezüglich Ergebnisse zwischen 0,7 % und 7,1 % bzw. Standortzahlen n = 1 bis 10 aus. Mehrheitlich handelt es sich auch hier um Struktur- oder Prozessmängel.

Im Rahmen des Strukturierten Dialogs 2017 zum EJ 2016 wurden in den Bundesländern 4 Qualitätsindikatoren schwerpunktmäßig betrachtet:

- QI-ID 51846: „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“
- QI-ID 51847: „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“
- QI-ID 52279: „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“
- QI-ID 2163: „Primäre Axilladissektion bei DCIS“

Mit Ausnahme des QI-ID 2163 sind dies die Indikatoren, die auch die meisten rechnerisch auffälligen Ergebnisse aufweisen und bereits in den Vorjahren die meisten qualitativ auffälligen Ergebnisse des QS-Verfahrens ausmachten. Im Einzelnen handelt es sich um diejenigen Indikatoren, welche für das EJ 2016 mit besonderem Handlungsbedarf bewertet wurden (QI-IDs 51846 und 51847), den einzigen Sentinel-Event-Indikator des Verfahrens (QI-ID 2163) sowie den Indikator, der im Bundesdurchschnitt des EJ 2016 unterhalb des Referenzwertes gelegen hatte (QI-ID 52279). Zwei der Indikatoren sind gleichzeitig planungsrelevante Qualitätsindikatoren (QI-IDs 2163, 52279). Im letzten Bericht zum Strukturierten Dialog 2016 (EJ 2015) waren bereits die Indikatoren mit den QI-IDs 51846, 51847 und 52279 hervorgehoben worden.

QI-ID 51846: „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“

In den Länderberichten des Strukturierten Dialogs 2017 wird deutlich, dass bezüglich der prätherapeutischen Histologiegewinnung die Strukturvoraussetzungen nicht in allen Fällen gegeben sind. In einigen Fällen wurden hochbetagte Patientinnen im Rahmen der Palliativversorgung nicht leitliniengerecht versorgt. Über eine nicht leitlinienkonforme Therapie wird im Fall eines

männlichen Patienten berichtet. In Bezug auf Dokumentationsdefizite finden sich Angaben in den Länderberichten, dass es sich mehrheitlich um fehlerhafte Dokumente handelt. Von im EJ 2016 insgesamt 139 rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorten wurde im Strukturierten Dialog bei 24 ein Qualitätsdefizit im Rahmen von Struktur- oder Prozessmängeln festgestellt, von denen ein Viertel bereits im EJ 2015 qualitativ auffällig geworden war.

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

Den Länderinformationen aus dem Strukturierten Dialog ist zu entnehmen, dass bisweilen bei mehrheitlich hochbetagten Patientinnen anstatt der in der S3-Leitlinie empfohlenen Sentinel-Lymphknoten-Biopsie lediglich ein Lymphknoten-Sampling durchgeführt wurde. Im Falle mehrerer Patientinnen konnte der Sentinel-Lymphknoten nicht mit der angewandten Methode detektiert werden bzw. wird von „Markierungsversagen“ berichtet. Auch für diesen Indikator ergab der Strukturierte Dialog in den Bundesländern, dass ein männlicher Patient nicht leitliniengerecht therapiert wurde. Darüber hinaus berichten die Bundesländer von Dokumentationsfehlern, geben aber auch Dokumentationsprobleme als Gründe für rechnerisch auffällige Ergebnisse an. Der Indikator hat sich im Vergleich zum Strukturierten Dialog 2017 (EJ 2015) leicht positiv entwickelt, weist aber dennoch Verbesserungsbedarf auf. Insgesamt wurden von 127 rechnerisch auffälligen Standorten in diesem Indikator 30 auch als qualitativ auffällig bewertet. Bei 23 von ihnen liegen Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel vor. 3 Standorte waren bereits im EJ 2015 diesbezüglich auffällig gewesen.

QI-ID 52279: „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“

Das Ergebnis des Qualitätsindikators QI-ID 52279 zur intraoperativen Bildgebung mit dem Ziel einer adäquaten Resektion ergab die größte Anzahl sowohl an rechnerischen als auch an qualitativ auffälligen Krankenhausstandorten. Von den 180 rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorten wurden 62 auch als qualitativ auffällig bewertet, unter ihnen 15, die bereits im EJ 2015 qualitativ auffällig waren. Den Länderberichten zum Strukturierten Dialog EJ 2016 sind diverse verbesserungswürdige Defizite bezüglich des Qualitätszieles dieses Indikators zu entnehmen. So werden an Stelle der für diese Situation in der Leitlinie empfohlenen Präparatebildgebung intraoperativ Schnellschnitte angefertigt. Diesbezüglich gibt es aus den Bundesländern Hinweise darauf, dass offenbar nicht bei allen Operationen die technischen Voraussetzungen für eine intraoperative Bildgebung bestehen. Hervorzuheben ist, dass laut Länderberichten die Krankenhausstandorte partiell ihr Vorgehen bereits umgestellt haben und zukünftig die adäquate Resektion intraoperativ durch Bildgebung kontrollieren werden. Andere Krankenhausstandorte wurden darauf hingewiesen, dass leitliniengerecht auch bei sonografisch durchgeführten Drahtmarkierungen – unabhängig von Dignität und Tastbarkeit des Befundes – der Nachweis einer adäquaten Resektion durch intraoperative Bildgebung in Konformität mit den Leitlinienempfehlungen erwartet wird. Des Weiteren informieren die Bundesländer in ihren Berichten häufig über Dokumentationsprobleme sowie -fehler. Der Anteil der Standorte (bezogen auf alle Krankenhausstandorte mit Fällen in diesem QI), welche im Strukturierten Dialog 2016 als qualitativ auffällig bewertet wurden, ist mit insgesamt 10,7 % bzw. 62 Fällen hoch, sodass in Zusammenschau aller Kriterien für den Qualitätsindikator ein besonderer Handlungsbedarf bestimmt wurde.

QI-ID 2163: „Primäre Axilladisektion bei DCIS“: 1 Fall

Die Bundesländer berichten im Strukturierten Dialog zum Qualitätsindikator 2163 mehrheitlich von Fehlern in der Dokumentation. Im Fall einer multimorbiden Patientin sei eine Axilladisektion nicht indiziert gewesen, sodass diesbezüglich Struktur- oder Prozessmängel angenommen werden. Im Kontext eines nicht leitlinienkonformen Vorgehens bei Patientinnen und Patienten mit der Diagnose DCIS hätten die Krankenhäuser bereits Maßnahmen zur Optimierung ergriffen.

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

Der Qualitätsindikator „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“ (QI-ID 51370) betrachtet das Zeitfenster zwischen Diagnose und Therapiebeginn (operative Lokalbehandlung), d. h. diejenige Zeitspanne, in der die betroffenen Patientinnen und Patienten sich in ihrer Entscheidungsfindung befinden und die ihnen in diesem Zusammenhang die Partizipation am individuellen Behandlungsgeschehen ermöglichen soll. Die damit verbundenen Aktivitäten – wie z. B. die Einholung einer Zweitmeinung oder ein Wechsel des behandelnden Arztes bzw. Krankenhauses (so auch in der S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zu finden), aber auch patientenseitige Wünsche einer zeitnahen oder späteren Operation – können von den Krankenhäusern nicht immer beeinflusst werden. Die Ergebnisse des Indikators werden für 5 % der Einrichtungen im Strukturierten Dialog geklärt.

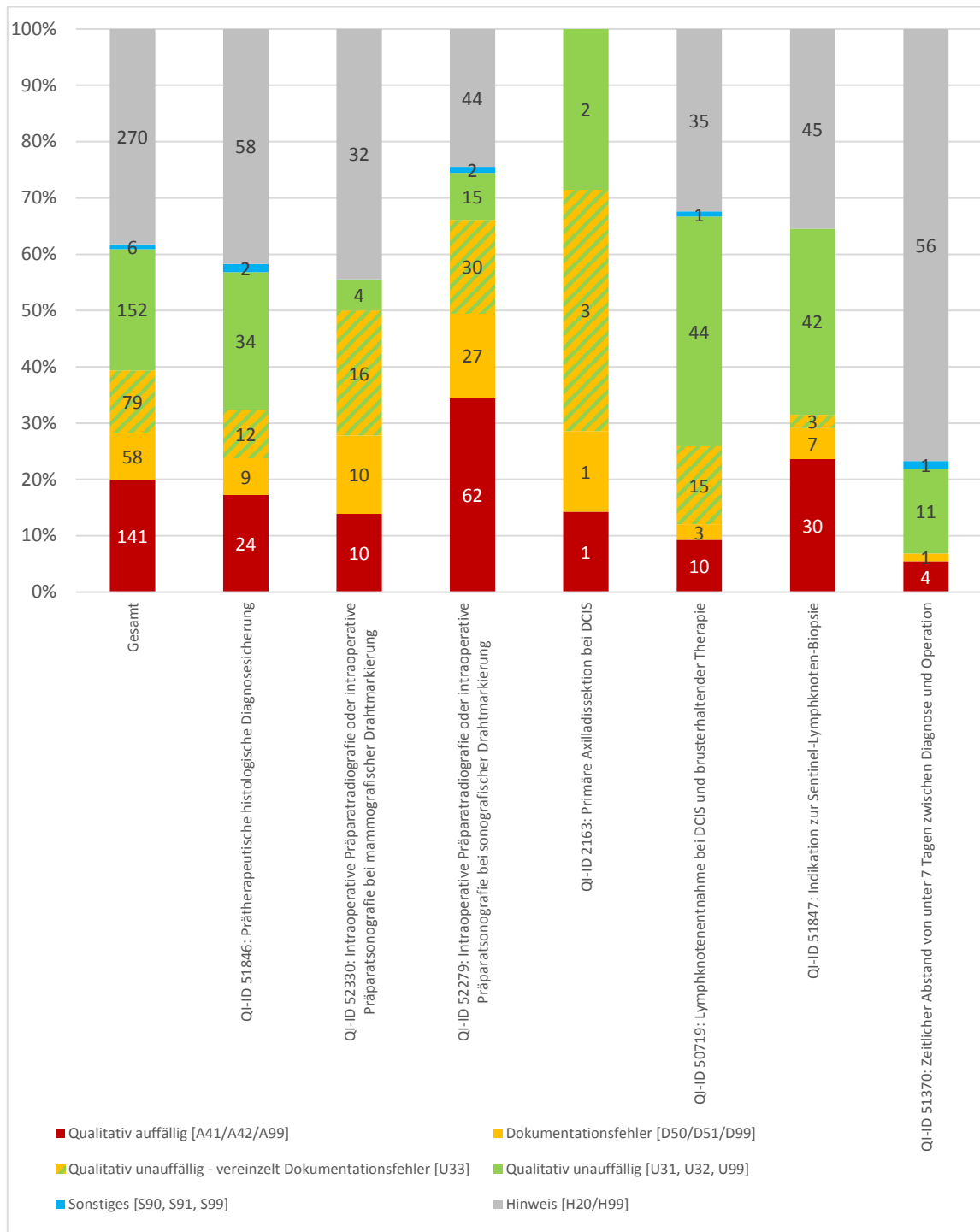


Abbildung 38: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Mammachirurgie

4.2.8 Perinatalmedizin

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

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

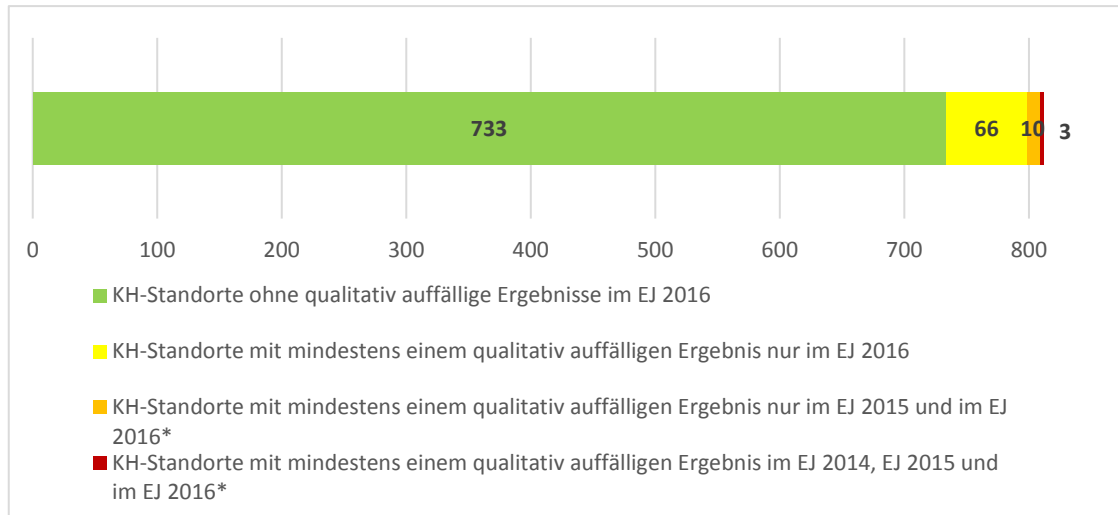


Abbildung 39: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 16 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Perinatalmedizin betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014, 2015 und 2016 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Geburtshilfe

Für das QS-Verfahren *Geburtshilfe* wurden im Zuge des Strukturierten Dialogs im EJ 2016 insgesamt 444 rechnerisch auffällige Ergebnisse in 9 Qualitätsindikatoren mit einem Referenzbereich festgestellt. Dieses Ergebnis ist im Vergleich zum EJ 2015, in dem 551 rechnerisch auffällige Ergebnisse ermittelt wurden, rückläufig. Allerdings erfolgte der Strukturierte Dialog zum EJ 2015 zu 10 Qualitätsindikatoren mit Referenzbereichen. Zu den rechnerisch auffälligen Ergebnissen des Erfassungsjahres 2016 wurden 118 Hinweise (26,6 %) versendet, im EJ 2015 betrug die Anzahl der Hinweise 152 (27,6 %). Des Weiteren wurden im EJ 2016 auf Basis der rechnerisch auffälligen Ergebnisse 322 Stellungnahmen (72,5 %) angefordert, im Gegensatz zu 394 (71,5 %) verschickten Stellungnahmen im EJ 2015. 19 rechnerisch auffällige Ergebnisse (4,3 %) boten im EJ 2016 einen Anlass für kollegiale Gespräche, im EJ 2015 waren es 8 kollegiale Gespräche (1,5 %). In einem Fall wurde im EJ 2016 eine Begehung durchgeführt, im EJ 2015 waren es 2 Begehungen. Abschließend wurden 25 Zielvereinbarungen (5,6 %) mit den betroffenen Krankenhäusern geschlossen. Im EJ 2015 wurden 30 Zielvereinbarungen (5,4 %) getroffen. Die meisten kollegialen Besprechungen wurden zum Indikator „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (QI-ID 51803) geführt (26,3 %). Ebenso wurden zu diesem Indikator die meisten Zielvereinbarungen geschlossen (18,4 %).

Der Strukturierte Dialog wurde – wie bereits im Vorjahr – vor allem zu den Indikatoren „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (QI-ID 318; EJ 2016: n = 150; EJ 2015: n = 179), „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kaiserschnittgeburten“ (QI-ID 52249; EJ 2016: n = 70; EJ 2015: n = 78) und „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (QI-ID 330; EJ 2016: n = 65; EJ 2015: n = 91) durchgeführt. Von den 150 ermittelten rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Indikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ waren 66 Krankenhausstandorte bereits im EJ 2015 rechnerisch auffällig. Bei den 70 rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kaiserschnittgeburten“ waren 38 Krankenhausstandorte bereits im EJ 2015 auffällig.

Von den 444 rechnerisch auffälligen Ergebnissen im EJ 2016 wurden 60 Krankenhausstandorte nach Durchführung des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig gewertet, im EJ 2015 waren es ebenfalls 60. Insgesamt ist der Anteil der qualitativen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr jedoch gestiegen (EJ 2016: 13,5 %; EJ 2015: 10,9 %).

Die häufigsten als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse fanden sich für das EJ 2016 bei den Indikatoren „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kaiserschnittgeburten“ (n = 20) und „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (n = 15). Bereits für das EJ 2015 wurden die Ergebnisse der Indikatoren „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kaiserschnittgeburten“ (n = 18) und „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (n = 8) am häufigsten als qualitativ auffällig eingestuft. Somit kann festgestellt werden, dass die absoluten qualitativ auffälligen Ergebnisse bei diesen Indikatoren im Vergleich zum Vorjahr gestiegen sind. Im Indikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ wurden im EJ 2016 6 qualitative Auffälligkeiten ermittelt, im EJ 2015 waren es 8 qualitative Auffälligkeiten. In den Länderberichten zum Strukturierten Dialog wird regelmäßig bestätigt, dass die Auffälligkeiten im Indikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ auf bestehende Prozess- und Strukturängel zurückzuführen sind. Von den Krankenhäusern werden vermehrt akute, nicht im Voraus planbare geburtshilfliche Einzelsituationen genannt, bei denen es nicht zu vermeiden sei, dass die Pädiaterin oder der Pädiater postpartal – selbst in einer pädiatrischen Fachabteilung – eintrifft oder dass aufgrund dieser Einzelsituationen eine Verlegung in utero nicht erfolgen konnte. Diese Begründung kann allerdings als fraglich bzw. nicht akzeptabel angesehen werden, da solche Situationen insofern bereits im Indikator berücksichtigt werden, 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. Zudem werden weitere Prozessängel erwähnt – zum Beispiel wurde versäumt, den Kinderarzt rechtzeitig zu informieren. Für die beiden Indikatoren „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kaiserschnittgeburten“ und „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ wurde in den Berichten der einzelnen Bundesländer zum Strukturierten Dialog 2016 keine Erläuterung zu den qualitativ auffälligen Ergebnissen abgegeben.

Die Ergebnisse, die nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum EJ 2016 aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation rechnerisch auffällig waren, sind gegenüber dem Vorjahr in etwa konstant geblieben (EJ 2016: 11,7 %; EJ 2015: 12 %). Im Indikator „Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung“ (QI-ID 50045) wurde im Zuge des Strukturierten Dialogs bei 42,9 % der rechnerisch auffälligen Ereignisse die höchste Anzahl an Dokumentationsfehlern festgestellt. Die zweithöchste Rate fand sich mit 35,4 % im Indikator „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (QI-ID 330). Im Indikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (QI-ID 318) wurden 11,3 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als Dokumentationsfehler identifiziert. Die hohe Rate an Dokumentationsfehlern im Indikator „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ kann auf der Grundlage der Länderberichte zum Strukturierten Dialog 2016 mit einer nicht durchgeführten Dokumentation der erfolgten Kortikosteroidtherapie begründet werden. Zudem lagen in einigen Fällen keine Frühgeburten vor, obwohl diese als Frühgeburten dokumentiert wurden. Dieser Grund wurde auch gehäuft im Indikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ genannt. Weitere Gründe für das Auftreten von Dokumentationsfehlern im Indikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ waren die vergessene Dokumentation des bereits präpartal eingetroffenen Pädiaters. In wenigen Fällen wurde ein systematischer Dokumentationsfehler genannt, bei denen die Kinder nicht als Totgeburten dokumentiert wurden. In einem Krankenhaus hatte eine nicht konforme Software zur rechnerischen Abweichung geführt.

Die Rate aller rechnerischen Ergebnisse, die nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft wurden, ist für die Erfassungsjahre 2016 und 2015 in etwa gleichbleibend (EJ 2016: 46,2 %; EJ 2015: 46,3 %). Im Indikator „Müttersterblichkeit im Rahmen der Perinatalerhebung“ (QI-ID 331) wurden die meisten qualitativen Unauffälligkeiten (73,3 %) im Strukturierten Dialog des Erfassungsjahres 2016 identifiziert. Im EJ 2015 war die Rate an qualitativ unauffälligen Ergebnissen in diesem Indikator mit 80 % noch höher. In den Länderberichten zum Strukturierten Dialog 2016 wurden für die Einstufung als qualitativ unauffälliges Ereignis überwiegend schicksalshafte Verläufe genannt, bei denen ein ausführliches gerichtsmedizinisches Gutachten vorlag und es keine Anzeichen auf ein Qualitätsdefizit gegeben hat.

Im Strukturierten Dialog des Erfassungsjahres 2016 wurden etwas weniger Hinweise verschickt (26,6 %) als noch im Jahr zuvor (27,6 %). Die meisten Hinweise wurden hierbei zum Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten“ (QI-ID 51181) mit 87,9 % (n = 29 von 33 rechnerisch auffälligen Ereignissen in diesem Indikator) übermittelt. Zum Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kaiserschnittgeburten“ wurde der zweithöchste Anteil (42,9 %; n = 30 von 70 rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Indikator) an Hinweisen verschickt. Im Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten“ besteht grundsätzlich die Problematik der ungenauen Diagnostik und Klassifizierung des Schweregrades eines Dammrisses. Dies erschwert die Dokumentation in der Praxis zusätzlich. Diese Problematik wurde bereits mehrfach in der Bundesfachgruppe Perinatalmedizin beraten. Zudem wird die Klassifizierung eines Dammrisses im aktuell bestehenden

Dokumentationsbogen der QS-Verfahrens *Geburtshilfe* schon so spezifisch wie möglich abgebildet. Die Weiterführung des Indikators wird zudem aufgrund der Beeinflussbarkeit der Dammrissrate durch das geburtshilfliche Team als wichtig erachtet, um ein mögliches Ansteigen der Raten zu vermeiden. In den Berichten der Bundesländer des Strukturierten Dialogs zum EJ 2016 sind für den Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kaiserschnittgeburten“ keine Gründe zu der Vielzahl an übermittelten Hinweisen ersichtlich.

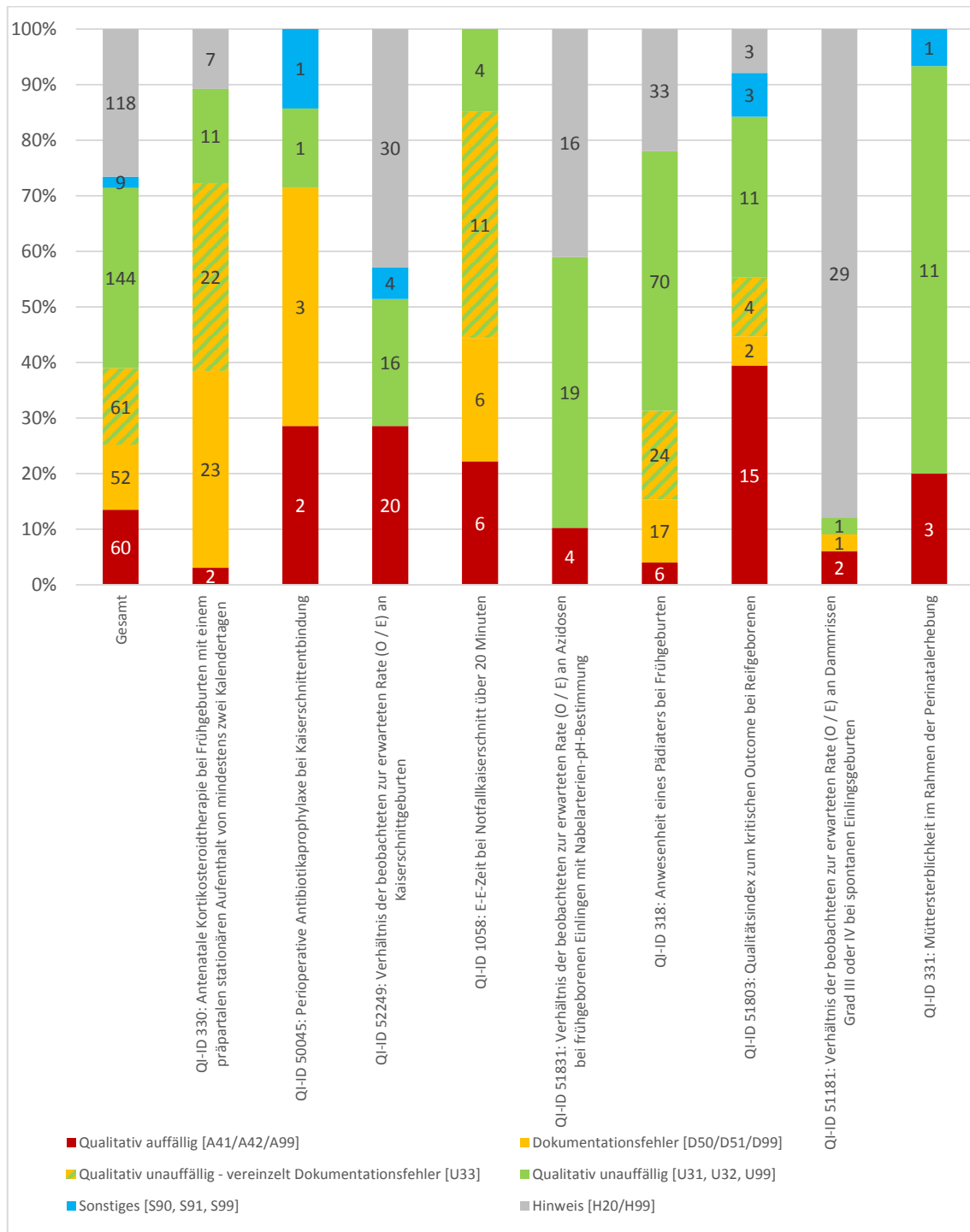


Abbildung 40: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Geburtshilfe

Neonatologie

Im QS-Verfahren *Neonatologie* wurden nach Abschluss des Strukturierten Dialogs für das EJ 2016 insgesamt 265 rechnerisch auffällige Ergebnisse basierend auf 7 Qualitätsindikatoren mit einem Referenzbereich identifiziert. Im Vergleich zum EJ 2015 – mit 354 rechnerisch auffälligen Ergebnissen – ist diese Anzahl gesunken. Die Reduktion der rechnerisch auffälligen Ergebnisse

im EJ 2016 kann damit begründet werden, dass der Strukturierte Dialog im EJ 2015 zu 9 Qualitätsindikatoren mit einem Referenzbereich durchgeführt wurde. Weiterhin wurden im EJ 2016 zu diesen rechnerisch auffälligen Ergebnissen 110 Hinweise (41,5 %) versendet, im EJ 2015 lag die Anzahl bei 119 Hinweisen (33,6 %). Zu 155 rechnerisch auffälligen Ergebnissen (58,5 %) wurden im Gegensatz zum Vorjahr weniger Stellungnahmen angefordert (EJ 2015: n = 233; 65,8 %). Als weiterführende Maßnahme wurde im EJ 2016 in 11 Fällen (4,2 %) eine Besprechung durchgeführt, im EJ 2015 lag diese Anzahl bei 7 (2,0 %). Insgesamt wurden für das EJ 2016 22 Zielvereinbarungen (8,3 %) getroffen (EJ 2015: n = 28; 8,0 %), dies betraf mit 18,2 % (n = 4) vor allem den Indikator „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (QI-ID 51901).

Im EJ 2016 erfolgte der Strukturierte Dialog insbesondere zu den beiden Indikatoren „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ (QI-ID 5184, n = 78) und „Durchführung eines Hörtests“ (QI-ID 50063, n = 63). Von den 78 ermittelten rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Indikator „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ waren 21 Krankenhausstandorte (26,9 %) bereits im EJ 2015 auffällig. Im Indikator „Durchführung eines Hörtests“ waren von den 63 rechnerisch auffälligen Ergebnissen 21 Krankenhausstandorte (33,3 %) bereits im EJ 2015 auffällig.

Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum EJ 2016 wurden insgesamt 29 rechnerisch auffällige Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Dies ergibt einen relativen Anteil von 10,9 %. Im EJ 2015 wurden hingegen 32 rechnerische Ergebnisse (9,0 %) als qualitativ auffällig eingestuft. Demnach ist der Anteil der qualitativen Auffälligkeiten gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen. Die häufigsten qualitativen Auffälligkeiten wurden in den Indikatoren „Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad“ (QI-ID 50064, n = 6 von 26 rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Indikator) und „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ (n = 5 von 78 rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Indikator) festgestellt. Bereits im Vorjahr wurde im Indikator „Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad“ die höchste Anzahl an qualitativen Auffälligkeiten ermittelt (EJ 2015: n = 8). Die Anzahl der qualitativen Auffälligkeiten in diesem Indikator ist für das EJ 2016 im Vergleich zum EJ 2015 allerdings gesunken. Zusätzlich wurden in diesem Indikator von den 26 rechnerisch auffälligen Ergebnissen 2 Krankenhausstandorte bereits im EJ 2015 als qualitativ auffällig gewertet. In den Länderberichten zum Strukturierten Dialog 2016 wurde dies überwiegend durch Struktur- und Prozessmängel begründet. Bezogen auf den Indikator „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ fanden sich in den Länderberichten keine spezifischen Erläuterungen zu den qualitativen Auffälligkeiten. Der Indikator „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ wird seit dem EJ 2017 nicht mehr als Qualitätsindikator, sondern als Auffälligkeitskriterium geführt, da dieser laut der Bundesfachgruppe Perinatalmedizin nicht primär die Qualität, sondern das Dokumentationsverhalten prüft. Ein Rückgang der ermittelten qualitativ auffälligen Ergebnisse zeigte sich im Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)“ (QI-ID 50062). Im EJ 2014 wurden hier 8 (24,2 %) qualitative Auffälligkeiten identifiziert, in den Erfassungsjahren 2015 und 2016 betrug die Anzahl der als qualitativ auffällig gewerteten Ergebnisse nur noch 3 (EJ 2016: 11,1 %; EJ 2015: 12,5 %). Die Bundesfachgruppe Perinatalmedizin führt die Verbesserung der Ergebnisse auf die Einführung eines optimierten Beatmungsregimes in den Krankenhäusern zurück.

Insgesamt wurden im Strukturierten Dialog des Erfassungsjahres 2016 7,6 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation auffällig (EJ 2015: 11 %). Die meisten Dokumentationsfehler (12,8 %) wurden für das EJ 2016 im Indikator „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ (QI-ID 51845) festgestellt, im EJ 2015 lag der Anteil an Fehldokumentationen in diesem Indikator noch bei 23,9 %. Im Vergleich zum EJ 2015 ist die Rate an Fehldokumentationen im Jahr 2016 im Indikator „Durchführung eines Hörtests“ (QI-ID 50063) von 10,6 % auf 12,7 % gestiegen. Im Indikator „Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad“ (QI-ID 50064) wurden ebenfalls 12,7 % der rechnerischen Ergebnisse im Indikator durch fehlerhafte Dokumentationen auffällig.

Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs des Erfassungsjahres 2016 wurden bei 41,5 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse aller Indikatoren (n = 110) Hinweise verschickt, dies ist ein Anstieg des relativen Anteils gegenüber dem Vorjahr (33,6 %; n = 119). Bezüglich der Indikatoren „Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad“ und „Durchführung eines Hörtests“ wurde im EJ 2016 der größte Anteil an Hinweisen versendet (57,7 % respektive 52,4 %). Für das EJ 2015 betrug dieser Anteil im Indikator „Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad“ 32 % und im Indikator „Durchführung eines Hörtests“ 50,6 %. Eine mögliche Begründung, warum für die Hälfte aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse in diesen Indikatoren lediglich Hinweise versendet wurden, ist aus den Länderberichten zum Strukturierten Dialog 2016 nicht ersichtlich.

Die Rate aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse, die im Strukturierten Dialog 2016 als qualitativ unauffällig eingestuft wurden, ist von 44,1 % im EJ 2015 auf 38,9 % im EJ 2016 gesunken. In den Indikatoren „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)“ (QI-ID 50048) und „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)“ (QI-ID 50062) fanden sich die meisten Bewertungen als qualitativ unauffällig (67,7 % respektive 63,0 %). Im Strukturierten Dialog des Erfassungsjahres 2015 betrug die Rate an qualitativen Unauffälligkeiten im Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)“ noch 79,2 %. In den Rückmeldungen zum Strukturierten Dialog des Erfassungsjahres 2016 fanden sich allerdings keinerlei Begründungen für eine Einstufung als nicht qualitativ auffälliges Ereignis. Das IQTIG und die Bundesfachgruppe Perinatalmedizin haben aufgrund der Vielzahl der in der Vergangenheit ermittelten qualitativen Unauffälligkeiten in diesem Indikator beschlossen, die Durchführung des Strukturierten Dialogs zu optimieren bzw. zu spezifizieren. Diesbezüglich wurden die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung gebeten, den rechnerisch auffälligen Krankenhäusern eine Anleitung für die Generierung der Stellungnahmen und Durchführung der Begehungen zur Verfügung zu stellen (insbesondere im Fokus eines optimalen Beatmungsmanagements).

Die durch den G-BA beauftragte Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs wird die kontinuierliche methodische Verbesserung des QS-Verfahrens vereinfachen, unter anderem durch optimierte, standardisierte Rückmeldung von Informationen bezüglich möglicher Gründe für qualitative Defizite sowie die konsekutiven Verbesserungsmaßnahmen.

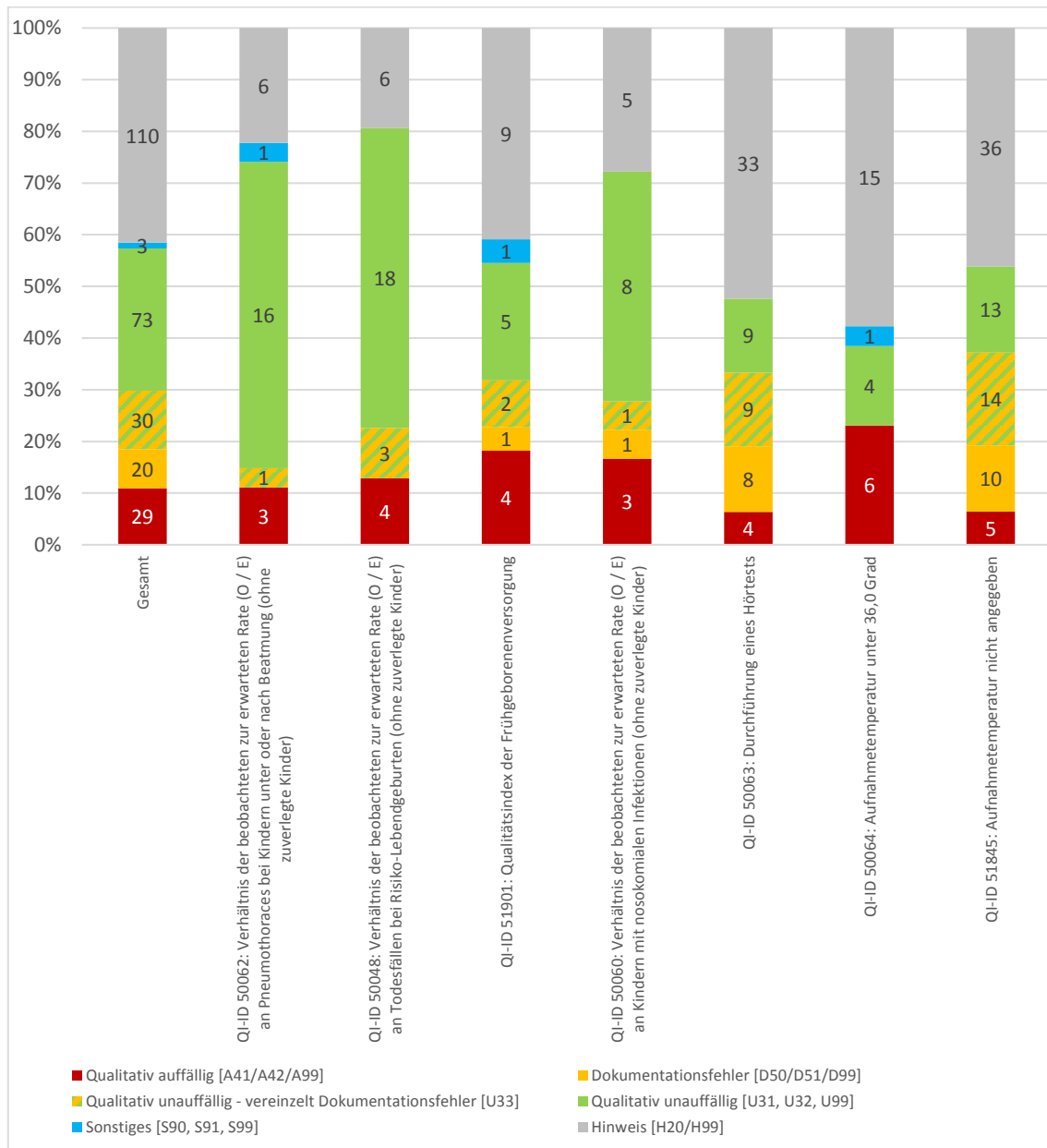


Abbildung 41: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Neonatologie

4.2.9 Orthopädie und Unfallchirurgie

Cristina Thole, Andrea Wolf, Dr. Anja Katharina Dippmann

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

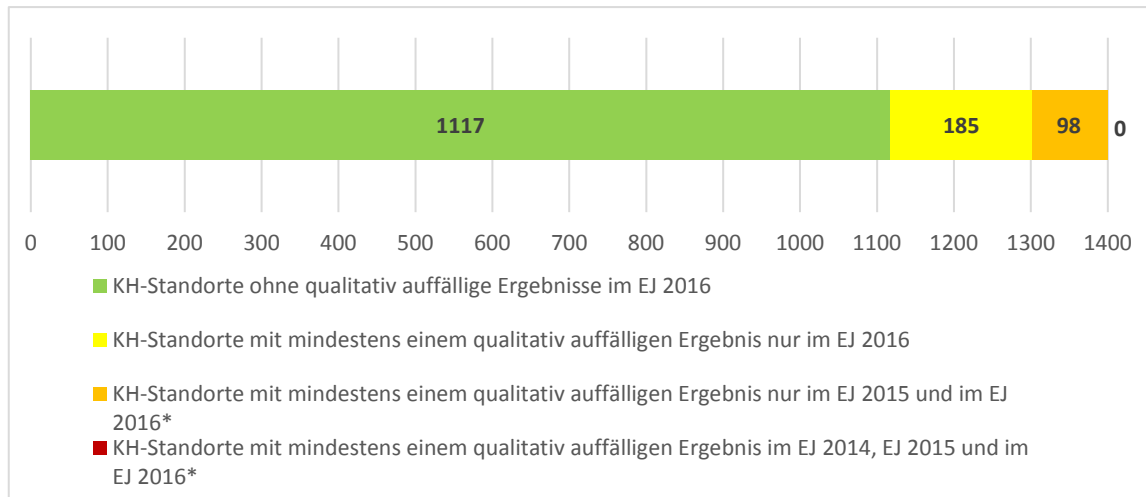


Abbildung 42: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 36 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Orthopädie und Unfallchirurgie betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014, 2015 und 2016 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Insgesamt wurde bei 185 Krankenhausstandorten im Versorgungsbereich Orthopädie und Unfallchirurgie mindestens ein qualitativ auffälliges Ergebnis in einem der 36 Qualitätsindikatoren festgestellt. 98 Krankenhausstandorte wurden sowohl im EJ 2015 wie auch im EJ 2016 mindestens einmal als qualitativ auffällig in diesem Versorgungsbereich bewertet. Von den Krankenhausstandorten mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen konnten im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* 35 Standorte, im QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* 184 Krankenhausstandorte und im QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung* 95 Krankenhausstandorte wegen fehlerhafter Dokumentation nicht abschließend bewertet werden.

Wie auch in den Vorjahren wurden die Krankenhausstandorte besonders häufig (insgesamt 851 Stellungnahmen) zur Überschreitung der präoperativen Verweildauer um eine Stellungnahme gebeten. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden insgesamt 161 Standorte im QI „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (QI-ID 54030) und 134 Krankenhausstandorte im QI „Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (QI-ID 54003) als qualitativ auffällig beurteilt. Die meisten von diesen als qualitativ auffällig beurteilten Krankenhausstandorte wiesen Struktur- und Prozessmängel auf. Nahezu ähnlich wie im Vorjahr lesen sich die

Gründe der Stellungnahmen, die teilweise in den Märzberichten der Landesgeschäftsstellen wiedergegeben werden. Zu den Gründen der verzögerten operativen Versorgung zählen weiterhin die Verfügbarkeit von Personal, von Operationssälen und von Intensivbetten, in einzelnen Fällen das Gerinnungsmanagement und die Einwilligung der Betreuer. Des Weiteren wird durch die Landesgeschäftsstellen dargestellt, dass einige Krankenhausstandorte nur geringfügig die Grenze von 24 Stunden überschreiten.

Eine Landesgeschäftsstelle berichtet, dass es aus ihrer Sicht keinen Zusammenhang zwischen der Größe oder der Versorgungsstufe der auffälligen Krankenhausstandorte und der Sterblichkeit gibt. Eine andere Landesgeschäftsstelle berichtet, dass es leider immer oft dieselben aber wenige Krankenhausstandorte betrifft, die auffällig werden. Zu den Zielvereinbarungen sind in den Länderberichten in der Regel kaum Informationen enthalten. Zur „präoperativen Verweildauer“ berichtet eine Landesgeschäftsstelle, dass mit einem Standort die Fortführung der Versorgungsleistung von Femurfrakturen kritisch diskutiert wurde, da der Standort extrem niedrige Fallzahlen aufweist und wiederkehrend rechnerisch auffällig ist. Eine andere Landesgeschäftsstelle verweist darauf, dass ein Standort aufgrund seiner Ergebnisse zum Gespräch geladen wurde.

Es wurden aber auch deutliche Erfolge bei der Verkürzung der präoperativen Verweildauer in einem Bundesland berichtet. Eine Maßnahme sei gewesen, das Thema „präoperative Verweildauer“ intensiv auf Landesebene zu thematisieren. Weitere Maßnahmen waren beispielsweise die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen auf Landesebene, kollegiale Gespräche, Thematisierung auf der Ergebniskonferenz, Verweise auf Literaturquellen zum Umgang mit Antikoagulantien, Bereitstellung von juristischen Informationen zur Betreuungssituation in Notfällen, intensive Diskussionen zur organisatorischen und personellen Voraussetzungen, Vorschläge zu Fort- und Weiterbildungen für das Personal, Standardprozeduren zur zügigen Abklärung der OP-Fähigkeit mit dem Anästhesisten und die Besprechung der Dokumentationsfehler.

Neben den Gesprächen mit den Krankenhäusern berichten die Landesgeschäftsstellen auch über die Weitergabe der Ergebnisse und Erkenntnisse aus der externen Qualitätssicherung. Eine Landesgeschäftsstelle berichtet, dass die Landesergebnisse zur „präoperativen Verweildauer“ dem Landesministerium für Soziales und Integration als zuständige Stelle für die Krankenhausplanung mitgeteilt und auf die Landesabweichung hingewiesen wurde. Eine andere Landesgeschäftsstelle benachrichtigte ihre Krankenhausgesellschaft auf Landesebene darüber, dass die Mitarbeit der leitenden Klinikangestellten im Strukturierten Dialog dringend notwendig sei.

Positiv wurde von einer Landesgeschäftsstelle benannt, dass die rechnerisch auffälligen Ergebnisse zur Über-/Unterdokumentation bei Zählleistungsbereichen deutlich weniger geworden sind.

Allgemeine kritische Hinweise werden ebenfalls in den Länderberichten zum Versorgungsbereich Orthopädie und Unfallchirurgie geäußert. So sei beispielsweise – führt eine Landesgeschäftsstelle aus – die Zusammenlegung der QS-Verfahren ab EJ 2015 nicht sinnvoll gewesen. Eine andere Landesgeschäftsstelle übt an dem Ressourcenaufwand für den Versorgungsbereich massiv Kritik und erklärt, dass die Kapazitätsgrenze hierfür erreicht sei. Die ehrenamtliche Tätig-

keit der Experten auf Landesebene sei so nicht mehr durchführbar. Eine einheitliche Durchführung des Strukturierten Dialogs sei zudem dringend geboten. Eine weitere Landesgeschäftsstelle bemerkt, dass das Ausmaß des Strukturierten Dialogs in den orthopädischen und unfallchirurgischen Modulen insgesamt ausgesprochen umfangreich ausfällt (im Jahr 2015 40 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse aller indirekten Ergebnisse). Es sei – so die Landesgeschäftsstelle weiter – eine Beschränkung auf ausgewählte Aspekte der Versorgungsqualität womöglich zielführender.

In den Länderberichten erfolgten des Weiteren einzelne Änderungsvorschläge zu Indikatoren, Auffälligkeitskriterien und Rechenregeln, die in der Regel in Form eines Änderungsformulars an das IQTIG kommuniziert werden können.

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* wurden in Deutschland über alle neun Qualitätsindikatoren insgesamt 1.357 (12,5 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. In über einem Drittel (36,9 %) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse endete der Strukturierte Dialog mit dem Versand eines Hinweises, sodass keine Beurteilung des Qualitätsindikators vorgenommen werden konnte. Eingeleitete Maßnahmen waren insgesamt 852 (62,8 %) schriftliche Stellungnahmen, an welche sich 95 (2,5 %) weiterführende Maßnahmen wie Besprechungen (n = 27) und Zielvereinbarungen (n = 68) anschlossen. Begehungen fanden in diesem QS-Verfahren im Jahr 2017 nicht statt. Auf der Grundlage von 852 schriftlichen Stellungnahmen und 27 anschließenden Besprechungen wurden insgesamt 192 rechnerisch auffällige Ergebnisse als qualitativ auffällig (22,5 %) und 597 rechnerisch auffällige Ergebnisse als qualitativ unauffällig bewertet (70 %). 35 rechnerisch auffällige Ergebnisse konnten aufgrund der Angaben einer fehlerhaften Dokumentation in den Stellungnahmen nicht bewertet werden (4,1 %). Betrachtet man die Ergebnisse und erfolgten Maßnahmen auf der Ebene der Bundesländer finden sich große Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern.

Auch die Einstufungen der rechnerischen Ergebnisse durch die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung zeigen im Strukturierten Dialog, dass insbesondere der Anteil an Hinweisen über alle Qualitätsindikatoren sehr groß ist und dementsprechend für viele rechnerisch auffällige Ergebnisse eine Qualitätsbewertung nicht stattfinden kann (Abbildung 43). Für rechnerisch auffällige Ergebnisse, bei denen eine Bewertung vorgenommen werden kann, zeigen sich große Unterschiede in der Häufigkeit von Dokumentationsfehlern (Kategorie *U33* und *D*).

Qualitativ auffällige Ergebnisse kommen mit einem Anteil von über 20 % an rechnerisch auffälligen Ergebnissen am häufigsten bei dem Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur“ (QI-ID 54030) vor. Im Gegensatz dazu konnte bei dem Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen/Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur“ (QI-ID 54040) im EJ 2016 kein qualitativ auffälliges Ergebnis festgestellt werden.

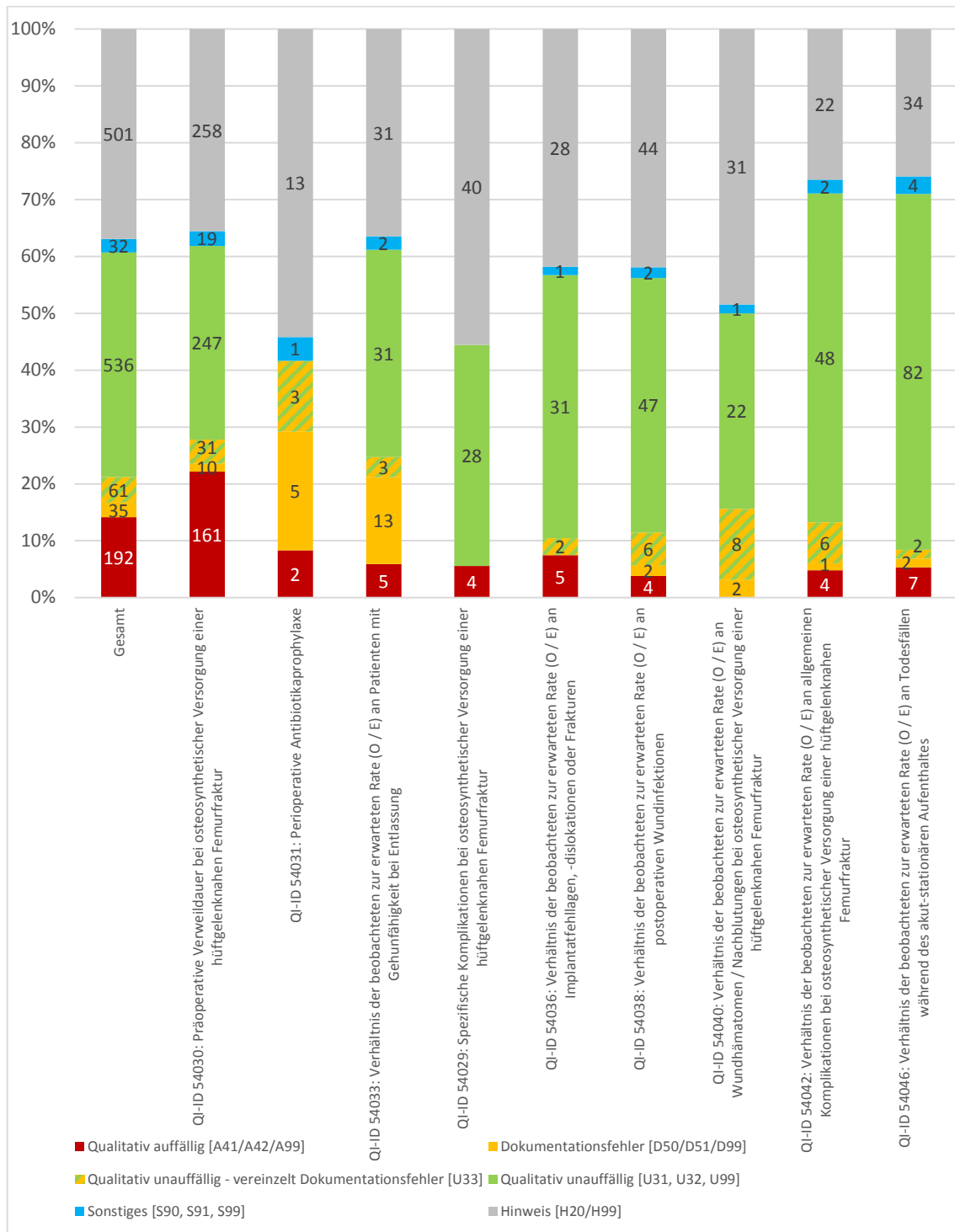


Abbildung 43: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Hüftendoprothesenversorgung

Im QS-Verfahren Hüftendoprothesenversorgung werden deutschlandweit insgesamt 13 Qualitätsindikatoren berechnet. 2.268 (12,2 %) Indikatoregebnisse waren rechnerisch auffällig und

führten in 99,2 % zu Maßnahmen gemäß QSKH-RL. Maßnahmen wurden in Form von schriftlichen Stellungnahmen zu 58,3 % und in Form von Hinweisen zu 40,9 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse eingeleitet. Weiterführende Maßnahmen wie Besprechungen und Zielvereinbarungen wurden 165 Mal (2,7 %) umgesetzt. Begehungen von Krankenhausstandorten fanden nicht statt. Bei 184 rechnerisch auffälligen Ergebnissen führte eine fehlerhafte Dokumentation dazu, dass eine Bewertung der Qualitätsindikatorergebnisse nicht vorgenommen werden konnte. Im gesamten QS-Verfahren wurden 892 Indikatorergebnisse als qualitativ unauffällig (80,1 %) und 221 Indikatorergebnisse als qualitativ auffällig (19,8 %) eingestuft. Bei einem Viertel (n = 57) der qualitativ auffälligen Ergebnisse des Erfassungsjahres 2016 wurde keine Verbesserung zum Vorjahr verzeichnet; die Indikatoren wurden bereits im Vorjahr als qualitativ auffällig bewertet. Betrachtet man die Ergebnisse und erfolgten Maßnahmen auf der Ebene der Bundesländer, finden sich große Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern.

Anhand der Ergebnisbewertung der Qualitätsindikatoren ist zu sehen, dass über alle Qualitätsindikatoren der Anteil an Hinweisen an den rechnerisch auffälligen Ergebnissen sehr groß ist und bei fünf Indikatoren sogar 50 % und mehr beträgt. Im Qualitätsindikator „Perioperative Antibiotikaprophylaxe“ lagen lediglich 6 rechnerisch auffällige Ergebnisse vor und es wurden ausschließlich Hinweise an die entsprechenden Krankenhausstandorte versandt. Insbesondere bei den Qualitätsindikatoren zur „Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation“, „Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“, „Sturzprophylaxe“, „Beweglichkeit bei Entlassung“ und zum „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung“ wurden Dokumentationsfehler angeführt, die entweder dazu beitrugen, dass rechnerisch auffällige Ergebnisse als unauffällig eingestuft wurden oder dass eine Bewertung des Qualitätsindikators aufgrund von Dokumentationsproblemen nicht vorgenommen werden konnte. Ähnlich wie im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* wurden mit einem Anteil an über 20 % die meisten qualitativ auffälligen Ergebnisse im Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur“ gefunden.

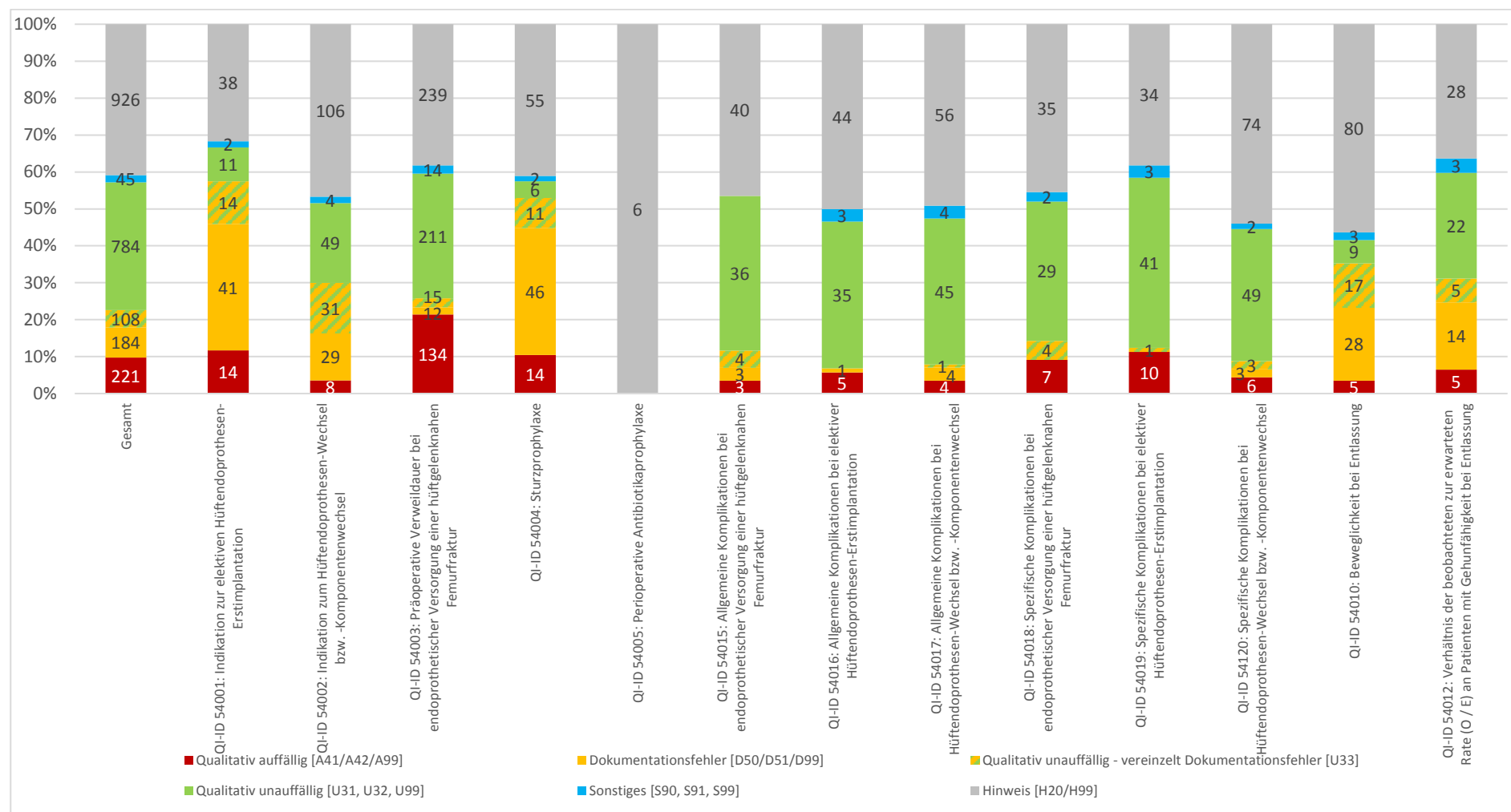


Abbildung 44: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftendoprothesenversorgung

Knieendoprothesenversorgung

Zu dem QS-Verfahren der *Knieendoprothesenversorgung* gehören 12 Qualitätsindikatoren. Im EJ 2016 wurden von insgesamt 13.267 Indikatorergebnissen 7,7 % rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Das ist der geringste Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen innerhalb des orthopädisch-unfallchirurgischen Versorgungsbereichs. In knapp der Hälfte (47,8 %) aller rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse wurden schriftliche Stellungnahmen eingeholt. Als weiterführende Maßnahmen wurden Besprechungen und Zielvereinbarungen in 5,4 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse durchgeführt. Begehungen fanden im Jahr 2017 bundesweit bei keinem der auffälligen Krankenhausstandorte statt (siehe Tabelle Maßnahmen pro Indikator im Anhang).

Mit 294 bereits im Vorjahr (EJ 2015) rechnerisch auffälligen Ergebnissen konnten rund ein Drittel der Qualitätsindikatorergebnisse im darauffolgenden Jahr nicht verbessert werden. Das Verhältnis von qualitativ auffälligen zu qualitativ unauffälligen Ergebnissen nach Abschluss des Strukturierten Dialoges für das EJ 2016 liegt bei 1:10 (n = 33 zu n = 357). Der Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen über alle Qualitätsindikatoren, die aufgrund von Dokumentationsfehlern nicht in die Bewertung eingegangen sind, beträgt 10 %.

Für auffällige rechnerische Ergebnisse des Indikators „Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit“ (QI-ID 54127) wurden kaum Hinweise versandt. Betrachtet man die Bewertungsergebnisse der einzelnen Indikatoren, ist für diesen festzustellen, dass nur bei einem Standort ein Hinweis versandt wurde. Generell gilt bei Sentinel-Event-Indikatoren, dass zu jedem Fall eine Stellungnahme abzugeben ist. Der Versand von Hinweisen ist daher ausgeschlossen. Alle Sentinel-Events müssen analysiert und bewertet werden. Für die Ergebnisse dieses Indikators im Rahmen des Strukturierten Dialoges wurden dann im Strukturierten Dialog der Landesgeschäftsstellen keine qualitativen Auffälligkeiten festgestellt. Der Follow-up-Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf“ (QI-ID 10271) wurde für das EJ 2016 zum ersten Mal berechnet. Die Bundesfachgruppe beriet in ihrer Herbstsitzung im Jahr 2016, den Indikator nicht in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser zu veröffentlichen. Es ist anzunehmen, dass aus diesem Grund zu den Ergebnissen des Qualitätsindikators ausschließlich Hinweise versandt wurden. Für die Qualitätsindikatoren „Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation“ und „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung“ konnte in ≥ 20 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse eine Bewertung der Versorgungsqualität aufgrund von Fehlern bei der Dokumentation nicht vorgenommen werden. Die meisten qualitativ auffälligen Ergebnisse waren mit über 10 % bei dem Indikator „Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation“ (QI-ID 54020) zu verzeichnen. Bei 3 Qualitätsindikatoren, zu deren rechnerischen Ergebnissen schriftliche Stellungnahmen angefordert wurden, konnten im Rahmen des Strukturierten Dialogs keinerlei qualitativ auffällige Befunde festgestellt werden (Abbildung 45).

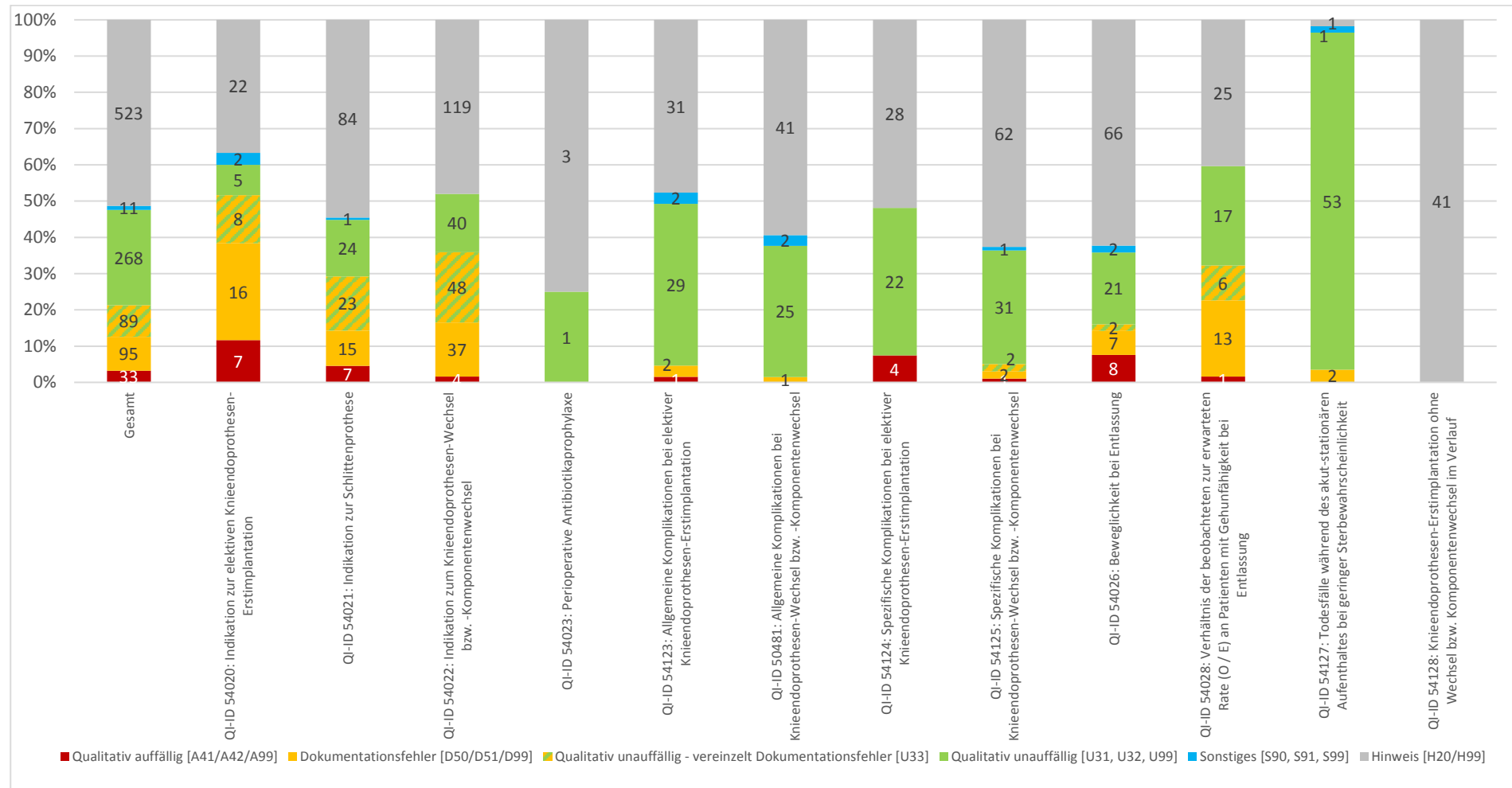


Abbildung 45: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Knieendoprothesenversorgung

4.2.10 Pflege

Lina Jürgens, Kathrin Rickert, Cristina Thole

■ QS-Verfahren Pflege: Dekubitusprophylaxe

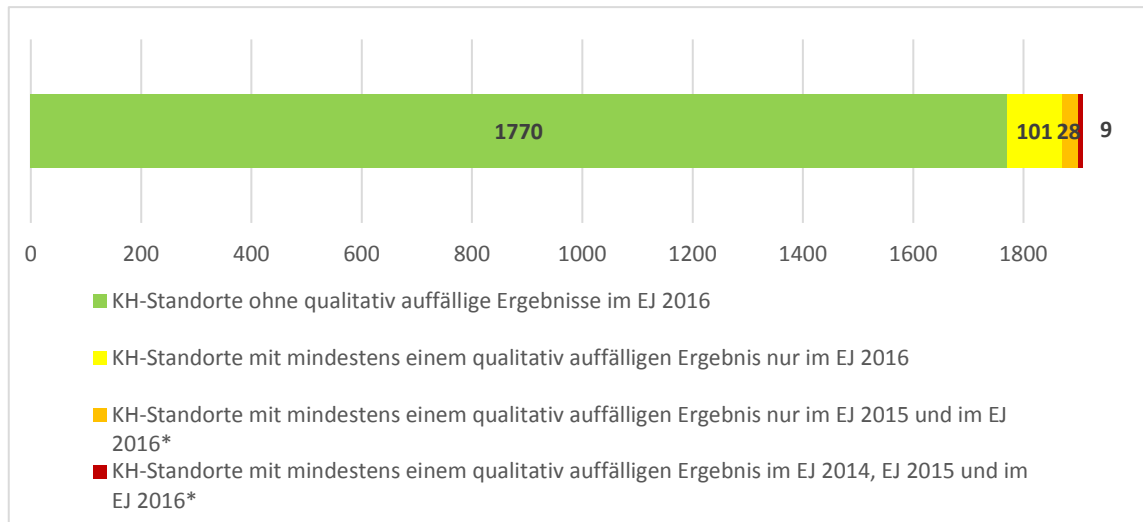


Abbildung 46: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 2 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Pflege: Dekubitusprophylaxe betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014, 2015 und 2016 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Der Strukturierte Dialog konnte im QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* noch nicht von allen Fachgruppen der LQS abgeschlossen werden. In einem Bundesland ist der Strukturierte Dialog mit 5 Krankenhausstandorten noch nicht abgeschlossen. Zu den beiden Qualitätsindikatoren in dem QS-Verfahren wurden insgesamt 644 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt, im Vergleich mit den Vorjahreswerten (n = 705) ist daher ein Rückgang zu verzeichnen. Von den 644 rechnerisch auffälligen Standorten sind 371 wiederholt auffällig und 223 bereits in mehr als zwei aufeinanderfolgenden Jahren.

Gerade bezüglich des Indikators „Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4“ (QI-ID 52010) fällt auf, dass 332 von insgesamt 554 rechnerisch auffälligen Standorten bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig waren. Beim Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ (QI-ID 52009) ist dieser Anteil mit 39,0 % deutlich geringer.

An die rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte wurden insgesamt 71 Hinweise versendet und es wurden 573 Stellungnahmen angefordert. 12 Mal wurde eine Besprechung der Ergebnisse und 4 Mal eine Begehung durchgeführt. Gerade der Anteil der Besprechungen ist zum vergangenen Jahr rückläufig (n = 30). Zielvereinbarungen wurden mit 45 rechnerisch auffälligen Standorten getroffen und liegen damit deutlich unterhalb der Vereinbarungen im Strukturierten

Dialog 2016 (n = 77). Anders als im Vorjahr ist ein Rückgang der weiterführenden Maßnahmen zu beobachten.

Die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten, die im Ergebnis des Strukturierten Dialogs als „qualitativ unauffällig“ eingestuft wurden, ist im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen: Im Strukturierten Dialog zum EJ 2016 sind 48,6 % (n = 313) der Standorte unauffällig bewertet worden, im Strukturierten Dialog zum EJ 2015 waren es lediglich 45,8 % (n = 323). Wie bereits im vergangenen Bericht beschrieben, ist auch in diesem Strukturierten Dialog eine steigende Tendenz der rechnerisch auffälligen Ergebnisse, die im Ergebnis als „qualitativ auffällig“ eingestuft werden, zu verzeichnen (EJ 2016: 22,8 % bei n = 147; EJ 2015: 18,2 % bei n = 128). Ebenso ist der Anteil der Standorte, die wiederholt qualitativ auffällig beurteilt wurden, um 2,6 % angestiegen und liegt im EJ 2016 bei 38 (EJ 2015: 23 Standorte).

Bei getrennter Betrachtung der beiden Indikatoren zeigt sich insbesondere für den Indikator 52010 ein weiterhin negativer Trend bezüglich qualitativer Auffälligkeiten: Der Anteil qualitativ auffälliger Standorte an rechnerisch auffälligen Standorten erhöht sich von 14,6 % (n = 89) im Strukturierten Dialog zum EJ 2015 auf 18,0 % (n = 98) im Strukturierten Dialog zum EJ 2016.

In der Gesamtverteilung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse zeigt sich ein Rückgang der Beurteilung „Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich“. Im Vorjahr waren 19,3 % (n = 136) auffällig, während im Strukturierten Dialog zum EJ 2016 14,3 % (n = 92) der Standorte eine solche Bewertung erhielten. Den Länderberichten sind unterschiedliche Gründe für die rechnerische Auffälligkeit zu entnehmen. Unter anderem ist eine Einteilung des Dekubitalgeschwürs durch unterschiedliche Klassifikationssysteme (DIMDI und EPUAP) erschwert. Weiter werden in den Berichten Unsicherheiten bezüglich der Einstufung des Risikos und der Abgrenzung eines Dekubitus zu anderen Hautläsionen beschrieben. Dementsprechend sind weitere Schulungsmaßnahmen dringend zu empfehlen, worauf die Krankenhäuser im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Teil auch hingewiesen wurden. Des Weiteren ist den Berichten der Bundesländer zu entnehmen, dass zwischen der pflegerischen Wund- bzw. Dekubituserfassung und der DRG-Kodierung durch die Kodierfachkräfte/Medizincontroller zum Teil Diskrepanzen bestehen. Hier scheinen Kommunikationsprobleme vorzuliegen.

Die durch den G-BA beauftragte Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs wird die kontinuierliche methodische Verbesserung des QS-Verfahrens vereinfachen, unter anderem durch optimierte, standardisierte Rückmeldung von Informationen bezüglich möglicher Gründe für qualitative Defizite sowie die konsekutiven Verbesserungsmaßnahmen.

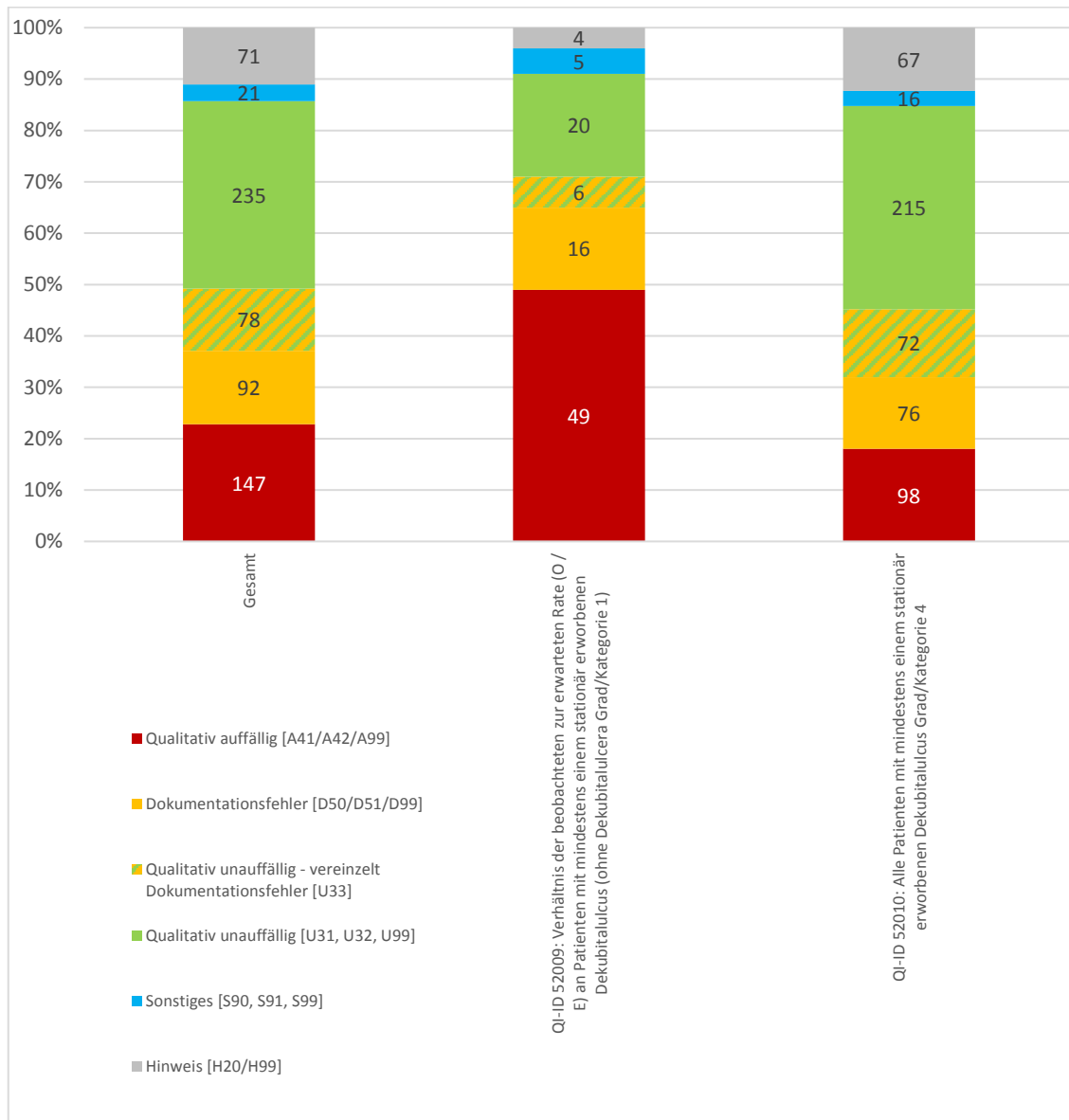


Abbildung 47: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Pflege: Dekubitusprophylaxe

5 Fazit und Ausblick

Der Strukturierte Dialog zum EJ 2016 wurde im letzten Jahr unverändert nach der bestehenden Methodik gemäß QSKH-RL geführt. Eine QS-verfahrensübergreifende bzw. bundesländerübergreifende Darstellung der Zahlen im Sinne von Zu- und Abnahmen rechnerisch und qualitativ auffälliger Ergebnisse erfolgte im vorliegenden Bericht nicht. Sowohl die einzelnen QS-Verfahren als auch die Prozessstruktur der für die Durchführung verantwortlichen Stellen weisen erhebliche Unterschiede auf, sodass eine einfache Addition nicht aussagekräftig erschien.

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

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

Vor allem der direkte Kontakt zu den Krankenhäusern im kollegialen Gespräch oder während einer Begehung erweisen sich beständig als besonders effektive Maßnahmen im Strukturierten Dialog. Eben diese Instrumente der Qualitätsförderung gestalten sich jedoch sehr ressourcenintensiv. Ein weiteres Ziel des Weiterentwicklungsprojektes ist es daher, durch konzeptionelle und strategische Effizienz- und Prozessoptimierung auf der organisatorischen, verfahrenssystematischen Seite des Strukturierten Dialogs mehr Zeit und Ressourcen auf die Seite der individuellen Qualitätsförderung zu verlagern.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist der fachliche Austausch zwischen den Krankenhäusern und den Fachexpertinnen und -experten der verschiedenen Gremien auf Landes- und Bundesebene bei verschiedenen wissenschaftlichen Veranstaltungen. Dies ist ein wichtiger Baustein für eine praxisnahe Weiterentwicklung der QS-Verfahren.

Literatur

Baumgartner, H; Falk, V; Bax, JJ; De Bonis, M; Hamm, C; Holm, PJ; et al. (2017): 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. The Task Force for the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal* 38(36): 2739-2791. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx391.

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017): Methodische Grundlagen V1.0. Stand: 15.09.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf (abgerufen am: 15.05.2018).