



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bericht zum Strukturierten Dialog 2021

Erfassungsjahr 2020

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 16. Mai 2022

Impressum

Thema:

Bericht zum Strukturierten Dialog 2021. Erfassungsjahr 2020

Ansprechpartnerin:

Martina Dost

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

16. Mai 2022

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..... | 8 |
| QS-Verfahren in der externen Qualitätssicherung | 9 |
| 1 Einleitung..... | 11 |
| 2 Methodik | 13 |
| 2.1 Grundlagen..... | 13 |
| 2.2 Zuständigkeiten..... | 15 |
| 2.3 Rechnerisch auffällige Ergebnisse..... | 15 |
| 2.4 Bearbeitung und Bewertung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse..... | 16 |
| 2.4.1 Fachgruppenarbeit..... | 16 |
| 2.4.2 Bewertung..... | 18 |
| 2.4.3 Ergebniseinstufungen..... | 19 |
| 3 Datenvalidierung | 21 |
| 4 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren..... | 23 |
| 5 Durchführung und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs..... | 24 |
| 5.1 Überblick: Durchführung des Strukturierten Dialogs..... | 24 |
| 5.2 Ergebnisse der Versorgungsbereiche..... | 37 |
| 5.2.1 Gefäßchirurgie..... | 37 |
| 5.2.2 Pneumonie | 41 |
| 5.2.3 Herzschrittmacher und Defibrillatoren | 47 |
| 5.2.4 Gynäkologie..... | 60 |
| 5.2.5 Mammachirurgie..... | 64 |
| 5.2.6 Perinatalmedizin | 69 |
| 5.2.7 Orthopädie und Unfallchirurgie | 77 |
| 5.2.8 Pflege..... | 87 |
| 6 Fazit und Ausblick..... | 94 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle 1: QS-Verfahren in der externen Qualitätssicherung | 9 |
| Tabelle 2: Einstufungsschema für rechnerisch auffällige Ergebnisse bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs..... | 19 |
| Tabelle 3: Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog: Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit aller QS-Verfahren (EJ 2020) | 22 |
| Tabelle 4: Maßnahmen und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt) für die Erfassungsjahre 2019 und 2020 im Vergleich..... | 25 |
| Tabelle 5: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland | 29 |
| Tabelle 6: Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren | 30 |
| Tabelle 7: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland | 33 |
| Tabelle 8: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro QS-Verfahren | 34 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Zeitlicher Ablauf des Strukturierten Dialogs..... | 14 |
| Abbildung 2: Überblick über die zur Verfügung stehenden Maßnahmen im Strukturierten Dialog | 17 |
| Abbildung 3: Strukturierter Dialog – Prüfschritte zur Ergebniseinstufung | 18 |
| Abbildung 4: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum EJ 2020 | 26 |
| Abbildung 5: Durchgeführte Maßnahmen (absolute Anzahl in den Balken) pro Bundesland – ohne weiterführende Maßnahmen | 27 |
| Abbildung 6: Weiterführende Maßnahmen je Bundesland – kollegiale Gespräche, Begehung, Zielvereinbarung in Relation zu der Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse, Anzahl der KH-Standorte in den Balken..... | 28 |
| Abbildung 7: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse aller QS-Verfahren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland | 32 |
| Abbildung 8: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro QS-Verfahren | 36 |
| Abbildung 9: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog | 37 |
| Abbildung 10: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation | 40 |
| Abbildung 11: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog | 41 |
| Abbildung 12: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie | 46 |
| Abbildung 13: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog | 47 |
| Abbildung 14: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacherversorgung (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Implantation) | 54 |
| Abbildung 15: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacherversorgung (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel) | 55 |
| Abbildung 16: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacherversorgung (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation) | 56 |

| | |
|---|----|
| Abbildung 17: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Implantation | 57 |
| Abbildung 18: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel | 58 |
| Abbildung 19: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation | 59 |
| Abbildung 20: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog | 60 |
| Abbildung 21: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Gynäkologische Operationen..... | 63 |
| Abbildung 22: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog | 64 |
| Abbildung 23: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Mammachirurgie | 68 |
| Abbildung 24: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog | 69 |
| Abbildung 25: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Geburtshilfe | 72 |
| Abbildung 26: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog | 73 |
| Abbildung 27: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Neonatologie..... | 76 |
| Abbildung 28: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog | 77 |
| Abbildung 29: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung | 82 |
| Abbildung 30: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftendoprothesenversorgung | 84 |
| Abbildung 31: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Knieendoprothesenversorgung | 86 |
| Abbildung 32: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog | 87 |

Abbildung 33: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den
Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Pflege:
Dekubitusprophylaxe 93

Abkürzungsverzeichnis

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

QS-Verfahren in der externen Qualitätssicherung

Tabelle 1: QS-Verfahren in der externen Qualitätssicherung

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

| Versorgungsbereich | QS-Verfahren (Auswertungsmodul) | Beschreibung |
|-----------------------------------|---|--|
| Gynäkologie | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) | Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operatio- nen zur Entfernung der Gebär- mutter werden nicht berück- sichtigt) |
| Mammachirurgie | Mammachirurgie | Operation an der Brust |
| Orthopädie und Unfallchirurgie | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versor- gung | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschen- kelknochens, bei der die gebro- chenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| | Hüftendoprothesenversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Aus- tausch eines künstlichen Hüft- gelenks |
| | Knieendoprothesenversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Aus- tausch eines künstlichen Knie- gelenks |
| Pflege | Dekubitusprophylaxe | Vorbeugung eines Druckge- schwürs (Dekubitus) durch pfler- gerische Maßnahmen |

1 Einleitung

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

Der vorliegende Bericht fasst dabei die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs sowie die ggf. durchgeführten Maßnahmen der einzelnen Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) zusammen. Grundlage der Qualitätsbewertung bilden die im Jahr 2020 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 Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) dargestellt. Die abschließenden Bewertungen erlauben eine Einschätzung zur Behandlungs- und Prozessqualität in den teilnehmenden Krankenhäusern.

Die Strukturierten Dialoge mit den Krankenhausstandorten für das Erfassungsjahr (EJ) 2020 fanden im Jahr 2021 statt. Die Durchführung erfolgt gemäß QSKH-RL durch die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung.

Die Darstellung der aktuellen Ergebnisdaten zum Erfassungsjahr 2020 erfolgt im vorliegenden Bericht in Relation zu den beiden vorangegangenen Erfassungsjahren 2018 und 2019. Ergänzende Informationen sind den gemäß § 15 Abs. 1–3 QSKH-RL erstellten Abschlussberichten der Landesebene entnommen. Die bundesbezogenen Verfahren sind zum Erfassungsjahr 2020 in die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)³ übergegangen und nicht mehr Bestandteil dieses Berichtes.

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

In einem gesonderten „Bericht zur Datenvalidierung 2021. Erfassungsjahr 2020“ werden die Ergebnisse der parallel stattfindenden Datenvalidierung (Statistische Basisprüfung und Stichpro-

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 20. Juni 2019, in Kraft getreten am 1. Januar 2020. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (abgerufen am 14.04.2022).

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

³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung, in der Fassung vom 19. Juli 2018, in Kraft getreten am 1. Januar 2019, zuletzt geändert am 16. September 2021, in Kraft getreten am 1. Januar 2022. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (abgerufen am 25.04.2022).

benverfahren Achtung mit Datenabgleich vor Ort) dargestellt. Da die dokumentierten und übermittelten Daten die unverzichtbare Voraussetzung für die Beurteilung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und damit der Behandlungsqualität sind, beinhaltet dieser Bericht eine kurze Zusammenfassung der dort ausführlich dargestellten Ergebnisse.

2 Methodik

2.1 Grundlagen

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

Durch Fragestellungen wie

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

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

Um Verbesserungen zu erreichen, werden mit Einverständnis der Krankenhausstandorte – zumeist 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)Zusammenfassender
Bericht auf Bundesebene*Abbildung 1: Zeitlicher Ablauf des Strukturierten Dialogs*

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

Der Strukturierte Dialog hat zwei wesentliche Ziele:

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

Hierzu stehen auf Grundlage der QSKH-RL mehrere Instrumente zur Verfügung: schriftliche Hinweise, der Strukturierte Dialog im engeren Sinn mit Stellungnahme des Leistungserbringers, die

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

2.2 Zuständigkeiten

In enger Kooperation mit den Verantwortlichen in den Krankenhäusern sorgen die LQS und ggf. das IQTIG (vgl. Kapitel 4 „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“) dafür, dass die Ursachen der als auffällig identifizierten Ergebnisse geklärt und etwaige Qualitätsmängel behoben werden.

Die Verfahren werden durch die LQS auf Landesebene betreut. Die Landesgeschäftsstellen erhalten die Daten anonymisiert und verschlüsselt. Die Gesamtverantwortung für den Strukturierten Dialog liegt bei den Lenkungsgremien der Bundesländer (§ 14 QSKH-RL). Zur Vorbereitung und Umsetzung der Maßnahmen des Strukturierten Dialogs sind jeweils Fachgruppen mit unabhängigen Expertinnen und Experten für jedes QS-Verfahren etabliert.

2.3 Rechnerisch auffällige Ergebnisse

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

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

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

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

Die Ergebnisse eines Krankenhausstandortes sind rechnerisch auffällig, wenn sie entweder auf relevante Mängel in der Versorgungsqualität eines Krankenhausstandortes hinweisen oder

wenn die Versorgungsqualität des Standortes als außergewöhnlich gut erscheint. Dementsprechend sind auch sehr gute Ergebnisse im Strukturierten Dialog zu berücksichtigen und ggf. zu hinterfragen.

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

2.4 Bearbeitung und Bewertung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse

2.4.1 Fachgruppenarbeit

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

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

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

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

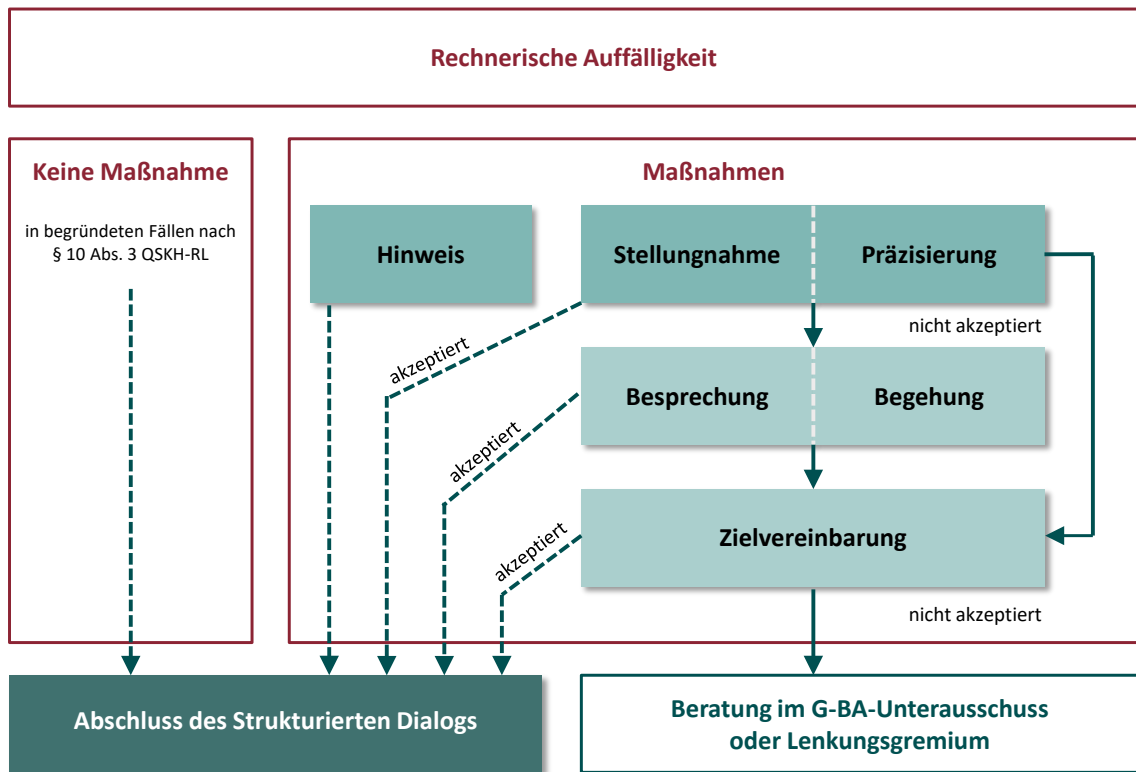


Abbildung 2: Überblick über die zur Verfügung stehenden Maßnahmen im Strukturierten Dialog

2.4.2 Bewertung

Abbildung 3 zeigt, wie die jeweiligen Prüfschritte erfolgen und in welchem Zusammenhang die Bewertungsziffern zu den jeweiligen Maßnahmen stehen.

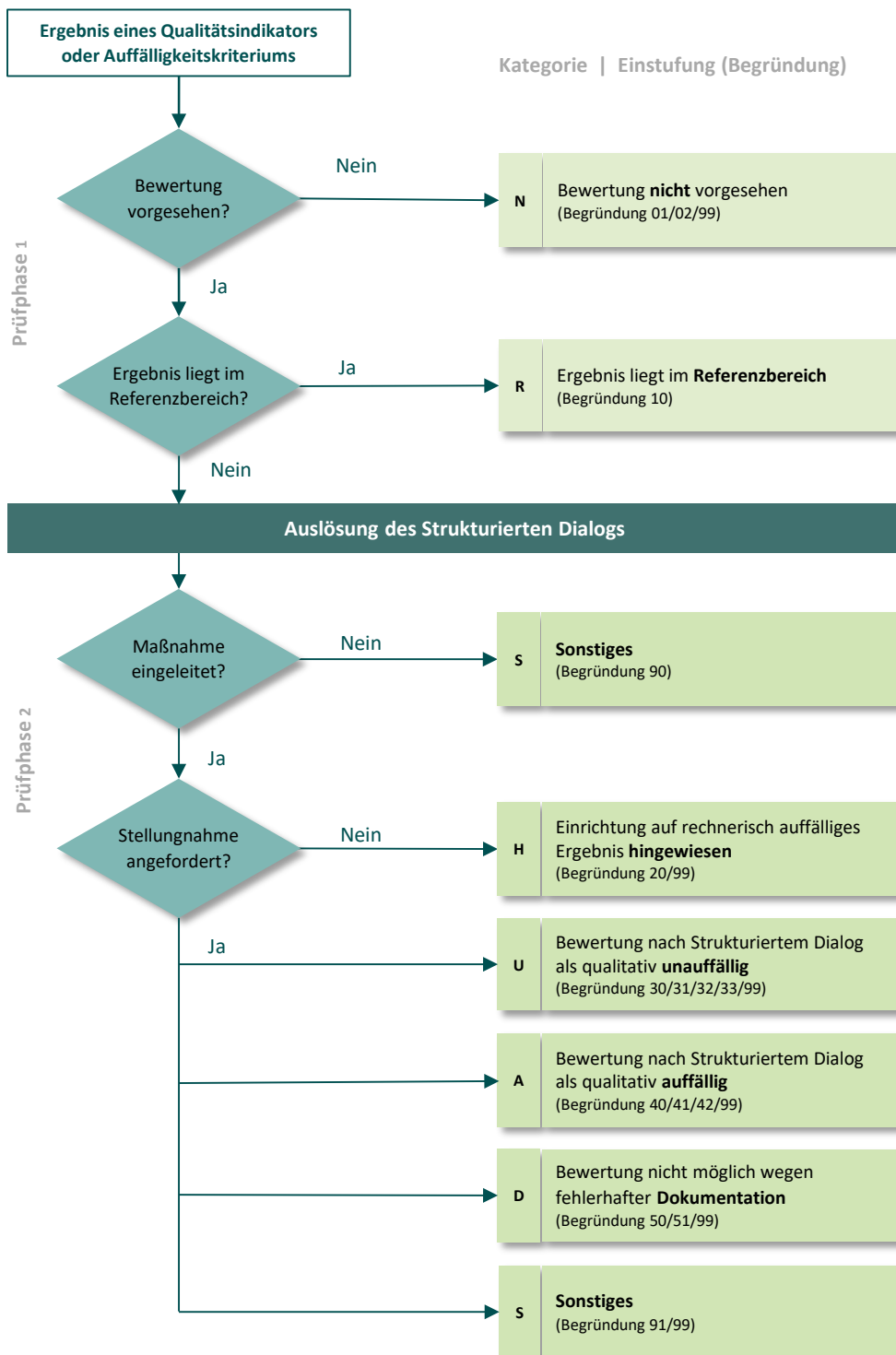


Abbildung 3: Strukturierter Dialog – Prüfschritte zur Ergebniseinstufung

2.4.3 Ergebniseinstufungen

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

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

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

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

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

3 Datenvalidierung

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

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

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

Für das „Stichprobenverfahren mit Datenabgleich“ werden in einem zweistufigen Stichprobenverfahren zunächst die einzubeziehenden Krankenhausstandorte und anschließend die dort jeweils zu prüfenden Behandlungsfälle ermittelt. Für diese erfolgt dann ein Abgleich der QS-Daten mit der Primärdokumentation in der Patientenakte.

In Tabelle 3 sind die Maßnahmen und Ergebnisse der „Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog“ zur Plausibilität und zur Vollständigkeit dargestellt. Die ausführliche Darstellung zu allen Ergebnissen der Datenvalidierung ist Gegenstand des „Berichts zur Datenvalidierung 2021. Erfassungsjahr 2020“. Dieser wird gemäß QSKH-RL jährlich zum 15. Mai an den G-BA übermittelt und ist nach Freigabe durch den G-BA auf www.iqtig.org abrufbar. Aufgrund des Richtlinienwechsels werden hier diesmalig nur die Ergebnisse der länderbezogenen Verfahren berichtet.

Tabelle 3: Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog: Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit aller QS-Verfahren (EJ 2020)

| | Anzahl | Anteil* |
|---|--------|---------|
| Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien | 38.674 | – |
| Rechnerisch auffällige Ergebnisse | 1.512 | – |
| Maßnahmen | | |
| Keine Maßnahmen | 14 | 0,9 % |
| Hinweise | 408 | 27,0 % |
| Stellungnahmen | 1.090 | 72,1 % |
| Sonstiges | – | – |
| Weiterführende Maßnahmen | | |
| Anlässe für Besprechungen | 2 | 0,1 % |
| Anlässe für Begehungen | 0 | – |
| Zielvereinbarungen | 33 | 2,2 % |
| Einstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen eine Stellungnahme angefordert wurde | | |
| Korrekte Dokumentation bestätigt (U30, U99) | 373 | 24,7 % |
| Fehlerhafte Dokumentation bestätigt (A40, A99) | 672 | 44,4 % |
| Keine erklärenden Gründe genannt (A42) | 24 | 1,6 % |
| Sonstiges (S91, S99) | 21 | 1,4 % |

* Anteil an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen

4 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

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

- Gynäkologische Operationen
- Geburtshilfe
- Mammachirurgie

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

Der vorliegende Bericht bezieht sich vorwiegend auf die Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog nach QSKH-RL. Aufgrund der COVID-19-Pandemie wurde mit Wirkung zum 27. März 2020 für das Erfassungsjahr 2019 u. a. der § 11 „Stellungnahmeverfahren“ der plan. QI-RL ausgesetzt. Diese Regelung bleibt auch für das Erfassungsjahr 2020 bestehen. Da die statistischen Auffälligkeiten gemäß plan. QI-RL zugleich eine rechnerische Auffälligkeit gemäß QSKH-RL darstellen, wurden diese für das Erfassungsjahr 2020 gemäß QSKH-RL als rechnerische Auffälligkeiten behandelt und im Strukturierten Dialog der QSKH-RL berücksichtigt.

⁴ Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 136c Abs. 1 und Abs. 2 SGB V. In der Fassung vom 15. Dezember 2016, zuletzt geändert am 17. Juni 2021, in Kraft getreten am 22. Juli 2021. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/91/> (abgerufen am: 5. April 2022).

5 Durchführung und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs

5.1 Überblick: Durchführung des Strukturierten Dialogs

Im Erfassungsjahr 2020 wurden für 121 Qualitätsindikatoren mit definierten Referenzbereichen 93.722 Ergebnisse berechnet. Aus zunächst 8.568 Abweichungen von diesen Referenzbereichen bei 1.237 Krankenhausstandorten resultierten nach dem Strukturierten Dialog mit den Verfahrensteilnehmern letztlich 1.125 Qualitätsdefizite (558 Krankenhausstandorte) sowie 699 relevante Dokumentationsmängel (326 Krankenhausstandorte). Bei diesen Zahlen ist zu beachten, dass sie sich auf Indikatorenergebnisse und nicht auf Krankenhausstandorte beziehen. In der Regel liefert ein Krankenhausstandort Daten für mehrere QS-Verfahren und somit werden für ihn je nach QS-Verfahren unterschiedlich viele Qualitätsindikatoren berechnet.

Zur Prüfung und Beurteilung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden insgesamt 5.447 Stellungnahmen von den LQS angefordert und bearbeitet. In 19 Fällen wurden keine Maßnahmen ergriffen. In 14 Fällen wurde wegen der Schließung des Krankenhauses bzw. der Abteilung auf Maßnahmen verzichtet, in den übrigen Fällen war die rechnerische Auffälligkeit durch einen Einzelfall bedingt.

Darüber hinaus wurden mit Vertreterinnen und Vertretern von 92 Krankenhausstandorten zu 162 Indikatorenergebnissen kollegiale Gespräche geführt; 6 Standorte zu 18 Indikatorenergebnissen wurden im Rahmen einer Begehung besucht. Zur Behebung der identifizierten Qualitätsdefizite wurden zu 415 Indikatorenergebnissen Zielvereinbarungen mit den Klinikvertreterinnen und -vertretern geschlossen. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden insgesamt 13,1 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse auch als qualitativ auffällig bewertet; in 42,1 % der Fälle konnte der Strukturierte Dialog keine Hinweise auf Qualitätsmängel erbringen. Die entsprechenden Indikatorenergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet. 36,2 % der rechnerisch auffälligen Indikatorenergebnisse wurden mit dem Versand eines Hinweises quittiert.

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

Tabelle 4: Maßnahmen und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt) für die Erfassungsjahre 2019 und 2020 im Vergleich

| Strukturierter Dialog | Erfassungsjahr 2019 | Erfassungsjahr 2020 | |
|--|---------------------|---------------------|------|
| | Anzahl | Anzahl | % |
| Indikatorenergebnisse | 96.351 | 93.722 | |
| Rechnerisch auffällige Ergebnisse (gesamt) | 9.271 | 8.568 | |
| Maßnahmen (Prozentwerte bezogen auf rechnerisch auffällige Ergebnisse, n = 8.568, 100 %) | | | |
| Keine Maßnahmen | 49 | 19 | 0,2 |
| Hinweise (ohne Klärung der Relevanz der Auffälligkeit) | 3.454 | 3.102 | 36,2 |
| Stellungnahmen | 5.767 | 5.447 | 63,6 |
| Sonstiges | 0 | 0 | 0 |
| Weiterführende Maßnahmen (Prozentwerte bezogen auf rechnerisch auffällige Ergebnisse, n = 8.568, 100 %) | | | |
| Anlässe für Besprechungen | 145 | 162 | 1,9 |
| Anlässe für Begehungen | 14 | 18 | 0,2 |
| Zielvereinbarungen | 448 | 415 | 4,8 |
| Einstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse* (Prozentwert bezogen auf rechnerisch auffällige Ergebnisse, n = 8.568, 100 %) | | | |
| Hinweise [H20/H99] | 3.385 | 3.100 | 36,2 |
| Nach Überprüfung der Stellungnahmen (Prozentwerte bezogen auf rechnerisch auffällige Ergebnisse, n = 8.568, 100 %) | | | |
| Qualitativ unauffällig [U31/U32/U33/U99] | 3.421 | 3.603 | 42,1 |
| Qualitativ auffällig [A41/A42/A99] | 1.297 | 1.125 | 13,1 |
| Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation [D50/D51/D99] | 699 | 547 | 6,4 |
| Sonstiges [S90/S91/S99] | 469 | 193 | 2,3 |

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

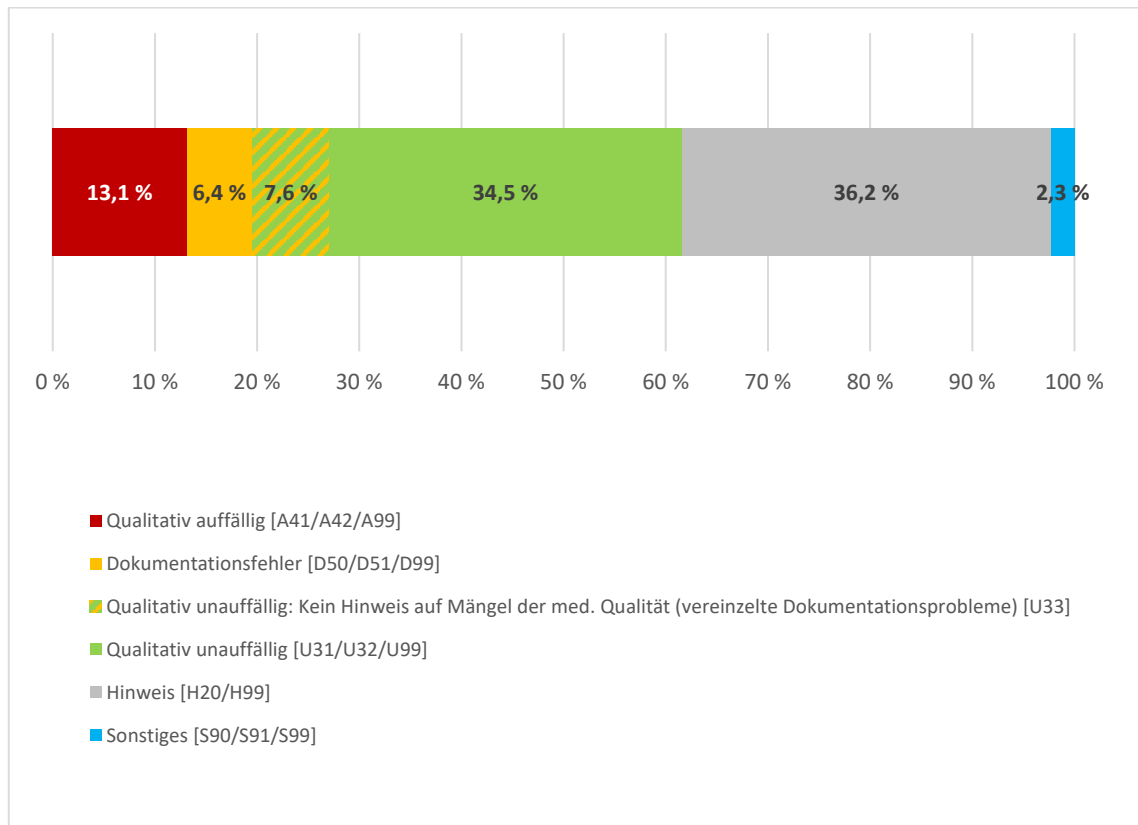


Abbildung 4: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum EJ 2020

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

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

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

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

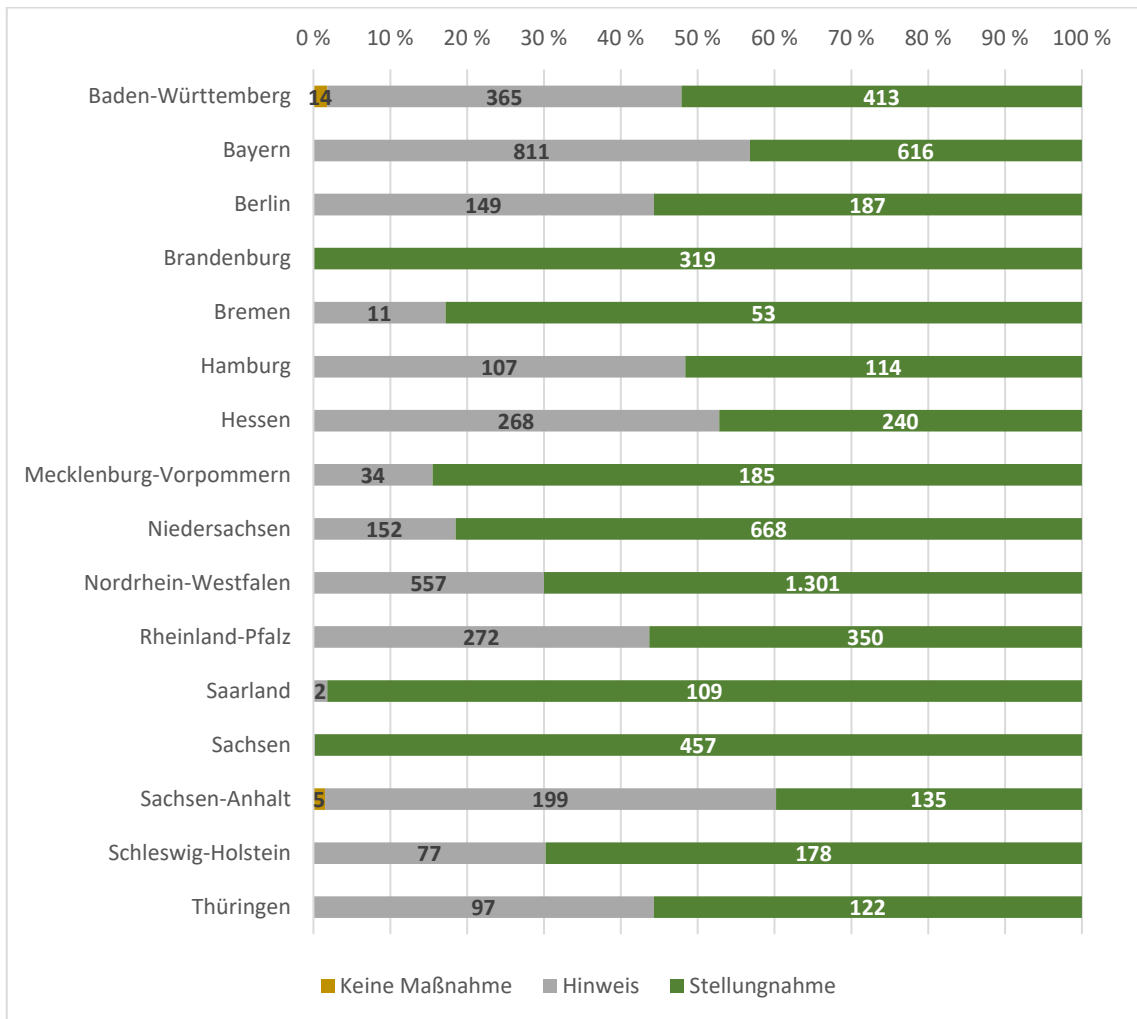


Abbildung 5: Durchgeführte Maßnahmen (absolute Anzahl in den Balken) pro Bundesland – ohne weiterführende Maßnahmen

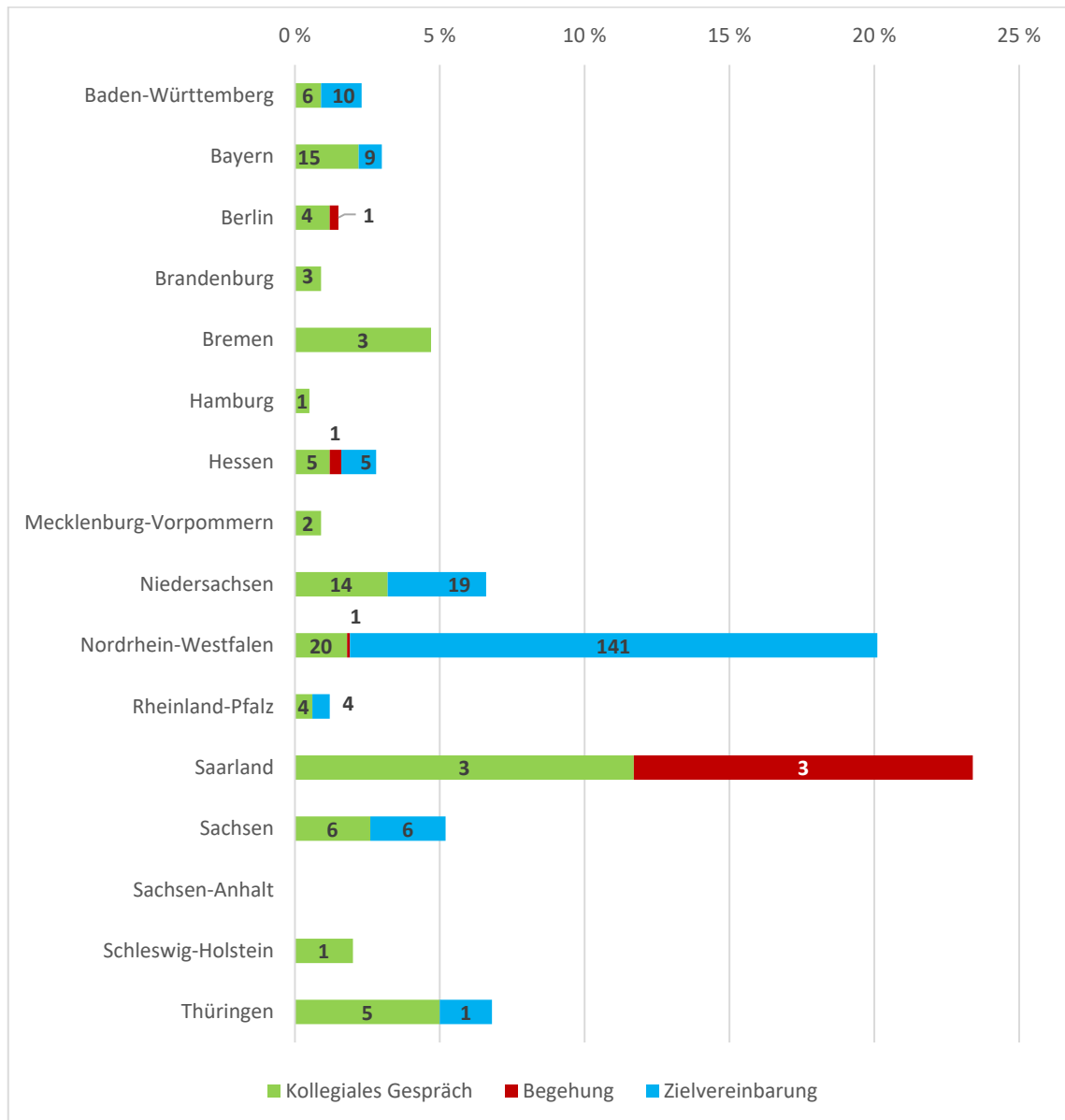


Abbildung 6: Weiterführende Maßnahmen je Bundesland – kollegiale Gespräche, Begehung, Zielvereinbarung in Relation zu der Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse, Anzahl der KH-Standorte in den Balken

In Bundesländern ohne Balken wurde keine der Maßnahmen durchgeführt.

Tabelle 5: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

| Bundesland | Indikatoren- ergebnisse | Rechnerische Auffälligkeit | | Keine Maßnahme | | Eingeleitete Maßnahme | | | | | | Weiterführende Maßnahme | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|------|-------------------|-----|-----------------------|------|---------------|-------|-----------|-----|-------------------------|------|----------|------|-----------------------|------|
| | | | | | | Hinweis | | Stellungnahme | | Sonstiges | | Kollegiales Gespräch | | Begehung | | Zielverein- barung | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Baden-Württemberg | 9.986 | 792 | 7,9 | 14 | 1,8 | 365 | 46,1 | 413 | 52,1 | 0 | 0,0 | 7 | 0,9 | 0 | 0,0 | 11 | 1,4 |
| Bayern | 15.269 | 1.427 | 9,3 | 0 | 0,0 | 811 | 56,8 | 616 | 43,2 | 0 | 0,0 | 32 | 2,2 | 0 | 0,0 | 12 | 0,8 |
| Berlin | 3.180 | 336 | 10,6 | 0 | 0,0 | 149 | 44,3 | 187 | 55,7 | 0 | 0,0 | 4 | 1,2 | 1 | 0,3 | 0 | 0,0 |
| Brandenburg | 3.271 | 319 | 9,8 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 319 | 100,0 | 0 | 0,0 | 3 | 0,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Bremen | 753 | 64 | 8,5 | 0 | 0,0 | 11 | 17,2 | 53 | 82,8 | 0 | 0,0 | 3 | 4,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Hamburg | 1.867 | 221 | 11,8 | 0 | 0,0 | 107 | 48,4 | 114 | 51,6 | 0 | 0,0 | 1 | 0,5 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Hessen | 6.408 | 508 | 7,9 | 0 | 0,0 | 268 | 52,8 | 240 | 47,2 | 0 | 0,0 | 6 | 1,2 | 2 | 0,4 | 6 | 1,2 |
| Mecklenburg- Vorpommern | 2.272 | 219 | 9,6 | 0 | 0,0 | 34 | 15,5 | 185 | 84,5 | 0 | 0,0 | 2 | 0,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Niedersachsen | 8.681 | 820 | 9,4 | 0 | 0,0 | 152 | 18,5 | 668 | 81,5 | 0 | 0,0 | 26 | 3,2 | 0 | 0,0 | 28 | 3,4 |
| Nordrhein-Westfalen | 21.469 | 1.858 | 8,7 | 0 | 0,0 | 557 | 30,0 | 1.301 | 70,0 | 0 | 0,0 | 33 | 1,8 | 2 | 0,1 | 338 | 18,2 |
| Rheinland-Pfalz | 5.137 | 622 | 12,1 | 0 | 0,0 | 272 | 43,7 | 350 | 56,3 | 0 | 0,0 | 4 | 0,6 | 0 | 0,0 | 4 | 0,6 |
| Saarland | 1.131 | 111 | 9,8 | 0 | 0,0 | 2 | 1,8 | 109 | 98,2 | 0 | 0,0 | 13 | 11,7 | 13 | 11,7 | 0 | 0,0 |
| Sachsen | 5.280 | 458 | 8,7 | 0 | 0,0 | 1 | 0,2 | 457 | 99,8 | 0 | 0,0 | 12 | 2,6 | 0 | 0,0 | 12 | 2,6 |
| Sachsen-Anhalt | 3.212 | 339 | 10,6 | 5 | 1,5 | 199 | 58,7 | 135 | 39,8 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |

| Bundesland | Indikatoren- ergebnisse | Rechnerische Auffälligkeit | | Keine Maßnahme | | Eingeleitete Maßnahme | | | | | | Weiterführende Maßnahme | | | | | |
|--------------------|----------------------------|-------------------------------|------------|-------------------|------------|-----------------------|-------------|---------------|-------------|-----------|------------|-------------------------|------------|-----------|------------|-----------------------|------------|
| | | | | | | Hinweis | | Stellungnahme | | Sonstiges | | Kollegiales Gespräch | | Begehung | | Zielverein- barung | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Schleswig-Holstein | 2.866 | 255 | 8,9 | 0 | 0,0 | 77 | 30,2 | 178 | 69,8 | 0 | 0,0 | 5 | 2,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Thüringen | 2.940 | 219 | 7,4 | 0 | 0,0 | 97 | 44,3 | 122 | 55,7 | 0 | 0,0 | 11 | 5,0 | 0 | 0,0 | 4 | 1,8 |
| Gesamt | 93.722 | 8.568 | 9,1 | 19 | 0,2 | 3.102 | 36,2 | 5.447 | 63,6 | 0 | 0,0 | 162 | 1,9 | 18 | 0,2 | 415 | 4,8 |

Tabelle 6: Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren

| Leistungsbereich | Indikatoren- ergebnisse | Rechnerische Auffälligkeit | | Keine Maßnahme | | Eingeleitete Maßnahme | | | | | | Weiterführende Maßnahme | | | | | |
|---|----------------------------|-------------------------------|------|-------------------|-----|-----------------------|------|---------------|------|-----------|-----|-------------------------|-----|----------|-----|-----------------------|-----|
| | | | | | | Hinweis | | Stellungnahme | | Sonstiges | | Kollegiales Gespräch | | Begehung | | Zielverein- barung | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Karotis-Revaskularisation | 2.967 | 209 | 7,0 | 0 | 0,0 | 60 | 28,7 | 149 | 71,3 | 0 | 0,0 | 6 | 2,9 | 0 | 0,0 | 7 | 3,3 |
| Ambulant erworbene Pneumonie | 8.593 | 1.306 | 15,2 | 1 | 0,1 | 537 | 41,1 | 768 | 58,8 | 0 | 0,0 | 10 | 0,8 | 3 | 0,2 | 79 | 6,0 |
| Herzschrittmacher-Implantation | 12.162 | 970 | 8,0 | 0 | 0,0 | 354 | 36,5 | 616 | 63,5 | 0 | 0,0 | 45 | 4,6 | 2 | 0,2 | 57 | 5,9 |
| Herzschrittmacher- Aggregatwechsel | 1.795 | 121 | 6,7 | 0 | 0,0 | 67 | 55,4 | 54 | 44,6 | 0 | 0,0 | 2 | 1,7 | 0 | 0,0 | 4 | 3,3 |
| Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation | 2.502 | 136 | 5,4 | 0 | 0,0 | 85 | 62,5 | 51 | 37,5 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,7 |
| Implantierbare Defibrillatoren – Implantation | 7.360 | 674 | 9,2 | 0 | 0,0 | 287 | 42,6 | 387 | 57,4 | 0 | 0,0 | 15 | 2,2 | 2 | 0,3 | 16 | 2,4 |

| Leistungsbereich | Indkatoen- ergebnisse n | Rechnerische Auffälligkeit | | Keine Maßnahme | | Eingeleitete Maßnahme | | | | | | Weiterführende Maßnahme | | | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|------------|-------------------|------------|-----------------------|-------------|---------------|-------------|-----------|------------|-------------------------|------------|-----------|------------|-----------------------|------------|
| | | n | % | n | % | Hinweis | | Stellungnahme | | Sonstiges | | Kollegiales Gespräch | | Begehung | | Zielverein- barung | |
| | | | | | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel | 1.407 | 47 | 3,3 | 0 | 0,0 | 27 | 57,4 | 20 | 42,6 | 0 | 0,0 | 2 | 4,3 | 1 | 2,1 | 0 | 0,0 |
| Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/ Explantation | 1.775 | 98 | 5,5 | 1 | 1,0 | 46 | 46,9 | 51 | 52,0 | 0 | 0,0 | 3 | 3,1 | 1 | 1,0 | 0 | 0,0 |
| Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)* | 6.304 | 661 | 10,5 | 1 | 0,2 | 202 | 30,6 | 458 | 69,3 | 0 | 0,0 | 8 | 1,2 | 2 | 0,3 | 11 | 1,7 |
| Mammachirurgie* | 6.446 | 624 | 9,7 | 4 | 0,6 | 243 | 38,9 | 377 | 60,4 | 0 | 0,0 | 8 | 1,3 | 1 | 0,2 | 22 | 3,5 |
| Geburtshilfe* | 4.749 | 333 | 7,0 | 2 | 0,6 | 77 | 23,1 | 254 | 76,3 | 0 | 0,0 | 14 | 4,2 | 2 | 0,6 | 18 | 5,4 |
| Neonatologie | 3.261 | 330 | 10,1 | 0 | 0,0 | 39 | 11,8 | 291 | 88,2 | 0 | 0,0 | 8 | 2,4 | 0 | 0,0 | 12 | 3,6 |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung | 5.553 | 517 | 9,3 | 4 | 0,8 | 162 | 31,3 | 351 | 67,9 | 0 | 0,0 | 11 | 2,1 | 0 | 0,0 | 42 | 8,1 |
| Hüftendoprothesenversorgung | 14.983 | 1.314 | 8,8 | 6 | 0,5 | 527 | 40,1 | 781 | 59,4 | 0 | 0,0 | 10 | 0,8 | 1 | 0,1 | 73 | 5,6 |
| Knieendoprothesenversorgung | 9.961 | 701 | 7,0 | 0 | 0,0 | 365 | 52,1 | 336 | 47,9 | 0 | 0,0 | 3 | 0,4 | 1 | 0,1 | 20 | 2,9 |
| Pflege: Dekubitusprophylaxe | 3.904 | 527 | 13,5 | 0 | 0,0 | 24 | 4,6 | 503 | 95,4 | 0 | 0,0 | 17 | 3,2 | 2 | 0,4 | 53 | 10,1 |
| Gesamt | 93.722 | 8.568 | 9,1 | 19 | 0,2 | 3.102 | 36,2 | 5.447 | 63,6 | 0 | 0,0 | 162 | 1,9 | 18 | 0,2 | 415 | 4,8 |

* QS-Verfahren mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

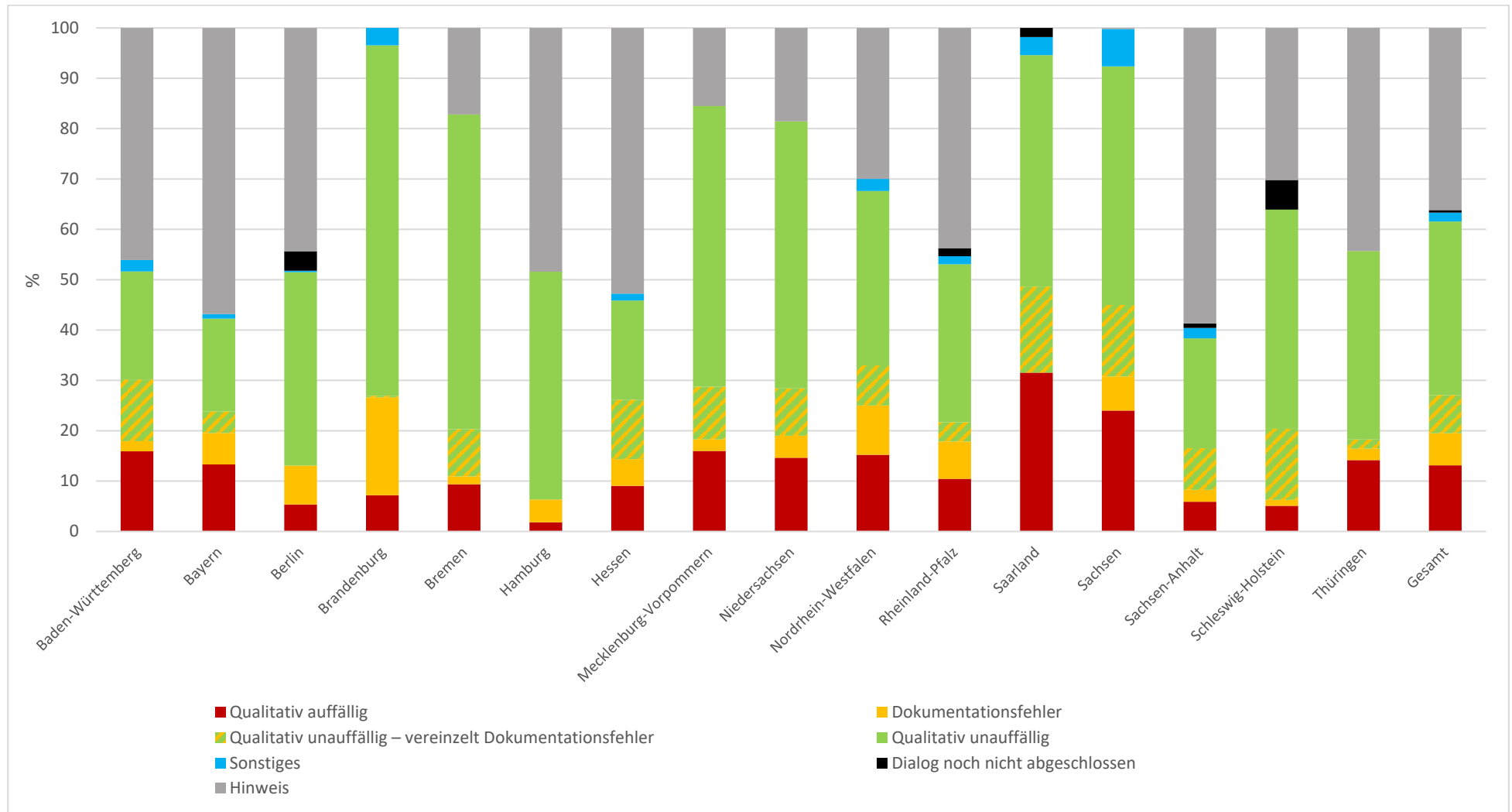


Abbildung 7: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse aller QS-Verfahren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland

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

| Bundesland | Rechnerische Auffälligkeit | Qualitativ auffällig | | Qualitativ unauffällig | | Fehlerhafte Dokumentation | | Sonstiges | | Hinweis | |
|------------------------|----------------------------|----------------------|------|------------------------|------|---------------------------|------|-----------|-----|---------|------|
| | n | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Baden-Württemberg | 792 | 126 | 15,9 | 267 | 33,7 | 16 | 2,0 | 18 | 2,3 | 365 | 46,1 |
| Bayern | 1.427 | 190 | 13,3 | 324 | 22,7 | 89 | 6,2 | 13 | 0,9 | 811 | 56,8 |
| Berlin | 336 | 18 | 5,4 | 129 | 38,4 | 26 | 7,7 | 14 | 4,2 | 149 | 44,3 |
| Brandenburg | 319 | 23 | 7,2 | 223 | 69,9 | 62 | 19,4 | 11 | 3,4 | 0 | 0,0 |
| Bremen | 64 | 6 | 9,4 | 46 | 71,9 | 1 | 1,6 | 0 | 0,0 | 11 | 17,2 |
| Hamburg | 221 | 4 | 1,8 | 100 | 45,2 | 10 | 4,5 | 0 | 0,0 | 107 | 48,4 |
| Hessen | 508 | 46 | 9,1 | 160 | 31,5 | 27 | 5,3 | 7 | 1,4 | 268 | 52,8 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 219 | 35 | 16,0 | 145 | 66,2 | 5 | 2,3 | 0 | 0,0 | 34 | 15,5 |
| Niedersachsen | 820 | 120 | 14,6 | 512 | 62,4 | 36 | 4,4 | 0 | 0,0 | 152 | 18,5 |
| Nordrhein-Westfalen | 1.858 | 283 | 15,2 | 791 | 42,6 | 182 | 9,8 | 45 | 2,4 | 557 | 30,0 |
| Rheinland-Pfalz | 622 | 65 | 10,5 | 219 | 35,2 | 46 | 7,4 | 20 | 3,2 | 272 | 43,7 |
| Saarland | 111 | 35 | 31,5 | 70 | 63,1 | 0 | 0,0 | 6 | 5,4 | 0 | 0,0 |
| Sachsen | 458 | 110 | 24,0 | 282 | 61,6 | 31 | 6,8 | 34 | 7,4 | 1 | 0,2 |
| Sachsen-Anhalt | 339 | 20 | 5,9 | 102 | 30,1 | 8 | 2,4 | 10 | 2,9 | 199 | 58,7 |
| Schleswig-Holstein | 255 | 13 | 5,1 | 147 | 57,6 | 3 | 1,2 | 15 | 5,9 | 77 | 30,2 |

| Bundesland | Rechnerische Auffälligkeit | Qualitativ auffällig | | Qualitativ unauffällig | | Fehlerhafte Dokumentation | | Sonstiges | | Hinweis | |
|---------------|----------------------------|----------------------|-------------|------------------------|-------------|---------------------------|------------|------------|------------|--------------|-------------|
| | n | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Thüringen | 219 | 31 | 14,2 | 86 | 39,3 | 5 | 2,3 | 0 | 0,0 | 97 | 44,3 |
| Gesamt | 8.568 | 1.125 | 13,1 | 3.603 | 42,1 | 547 | 6,4 | 193 | 2,3 | 3.100 | 36,2 |

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

| Leistungsbereich | Rechnerische Auffälligkeit | Qualitativ auffällig A41, A42, A99 | | Qualitativ unauffällig U31, U32, U33, U99 | | Fehlerhafte Dokumentation D50, D51, D99 | | Sonstiges S90, S91, S99 | | Hinweis H20, H99 | |
|---|----------------------------|---------------------------------------|------|--|------|--|------|----------------------------|-----|---------------------|------|
| | n | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Karotis-Revaskularisation | 209 | 21 | 10,0 | 117 | 56,0 | 9 | 4,3 | 2 | 1,0 | 60 | 28,7 |
| Ambulant erworbene Pneumonie | 1.306 | 239 | 18,3 | 369 | 28,3 | 119 | 9,1 | 42 | 3,2 | 537 | 41,1 |
| Herzschrittmacher-Implantation | 970 | 169 | 17,4 | 380 | 39,2 | 37 | 3,8 | 32 | 3,3 | 352 | 36,3 |
| Herzschrittmacher-Aggregatwechsel | 121 | 13 | 10,7 | 33 | 27,3 | 7 | 5,8 | 1 | 0,8 | 67 | 55,4 |
| Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation | 136 | 2 | 1,5 | 46 | 33,8 | 3 | 2,2 | 0 | 0,0 | 85 | 62,5 |
| Implantierbare Defibrillatoren – Implantation | 674 | 59 | 8,8 | 276 | 40,9 | 41 | 6,1 | 11 | 1,6 | 287 | 42,6 |
| Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel | 47 | 2 | 4,3 | 9 | 19,1 | 7 | 14,9 | 2 | 4,3 | 27 | 57,4 |

| Leistungsbereich | Rechnerische Auffälligkeit | Qualitativ auffällig A41, A42, A99 | | Qualitativ unauffällig U31, U32, U33, U99 | | Fehlerhafte Dokumentation D50, D51, D99 | | Sonstiges S90, S91, S99 | | Hinweis H20, H99 | |
|---|----------------------------|---------------------------------------|-------------|--|-------------|--|------------|----------------------------|------------|---------------------|-------------|
| | n | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/ Explantation | 98 | 4 | 4,1 | 47 | 48,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 | 46 | 46,9 |
| Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)* | 661 | 50 | 7,6 | 379 | 57,3 | 25 | 3,8 | 5 | 0,8 | 202 | 30,6 |
| Mammachirurgie* | 624 | 84 | 13,5 | 253 | 40,5 | 28 | 4,5 | 16 | 2,6 | 243 | 38,9 |
| Geburtshilfe* | 333 | 50 | 15,0 | 170 | 51,1 | 27 | 8,1 | 9 | 2,7 | 77 | 23,1 |
| Neonatologie | 330 | 56 | 17,0 | 219 | 66,4 | 8 | 2,4 | 8 | 2,4 | 39 | 11,8 |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung | 517 | 91 | 17,6 | 213 | 41,2 | 36 | 7,0 | 15 | 2,9 | 162 | 31,3 |
| Hüftendoprothesenversorgung | 1.314 | 130 | 9,9 | 550 | 41,9 | 87 | 6,6 | 20 | 1,5 | 527 | 40,1 |
| Knieendoprothesenversorgung | 701 | 25 | 3,6 | 260 | 37,1 | 45 | 6,4 | 6 | 0,9 | 365 | 52,1 |
| Pflege: Dekubitusprophylaxe | 661 | 50 | 7,6 | 379 | 57,3 | 25 | 3,8 | 5 | 0,8 | 202 | 30,6 |
| Gesamt | 8.568 | 1.125 | 13,1 | 3.603 | 42,1 | 547 | 6,4 | 193 | 2,3 | 3.100 | 36,2 |

* QS-Verfahren mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

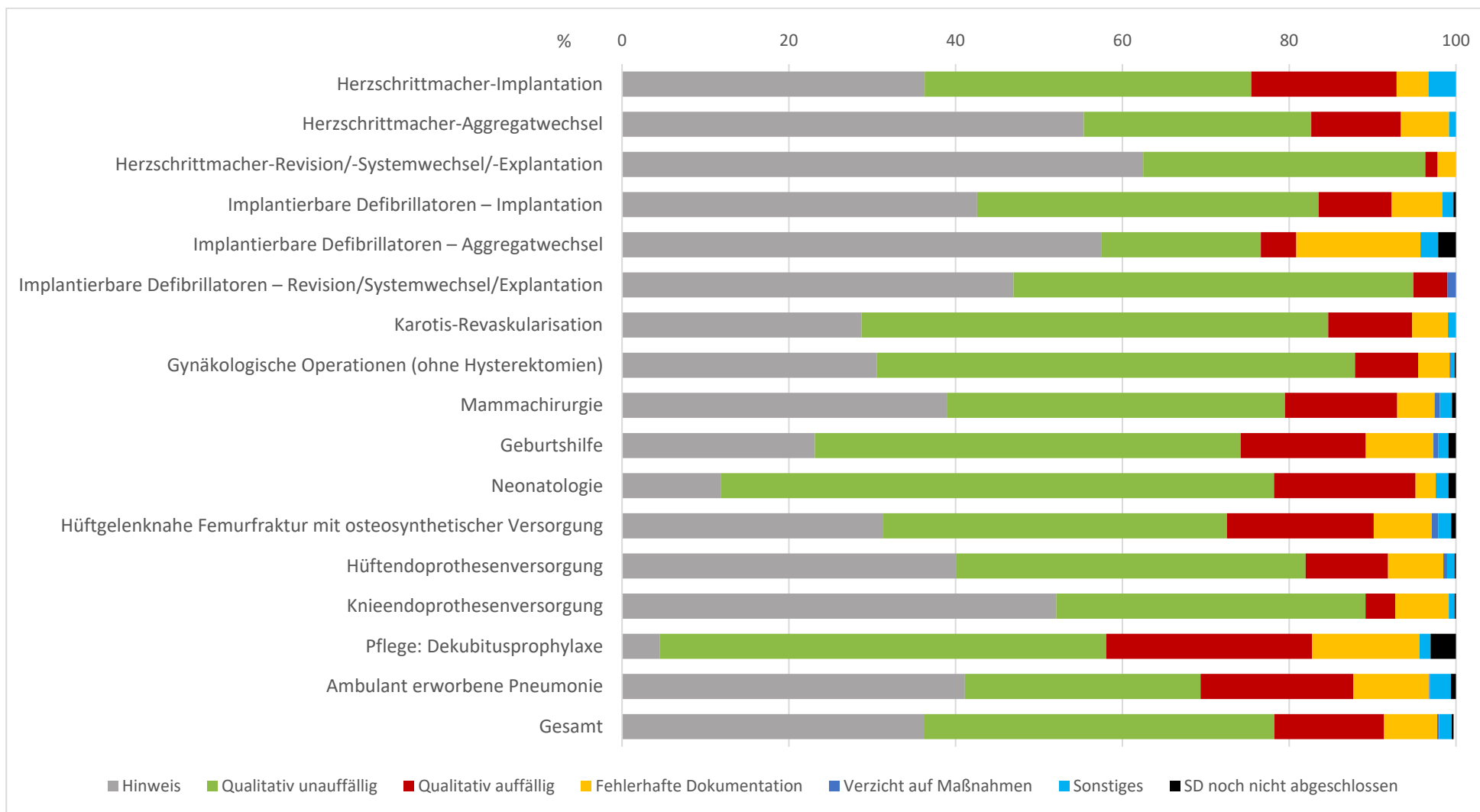


Abbildung 8: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro QS-Verfahren

5.2 Ergebnisse der Versorgungsbereiche

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

Im Anhang zu diesem Bericht sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs detailliert pro Qualitätsindikator für jedes QS-Verfahren im Excel-Format dargestellt. Dort finden sich auch wiederholte Auffälligkeiten im Vergleich der Erfassungsjahre 2018 und 2019. Weiterhin enthält der Anhang für jedes QS-Verfahren eine Darstellung der durchgeführten Maßnahmen pro Qualitätsindikator und pro Bundesland sowie der Ergebnisse pro Bundesland. Darüber hinaus sind Darstellungen der QS-Verfahren pro Bundesland sowie einzelner Qualitätsindikatoren pro Bundesland möglich.

5.2.1 Gefäßchirurgie

Stefan Sens, Dr. Arne Deiseroth

▪ QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation

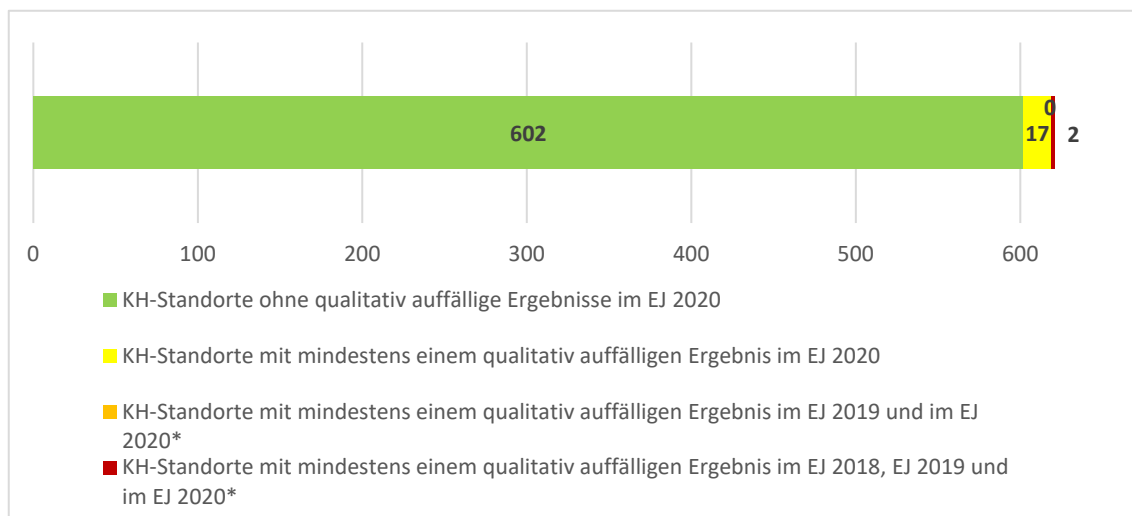


Abbildung 9: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2018, 2019 und 2020 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

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

Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs über die Daten des Erfassungsjahres 2020 zeigt sich im QS-Verfahren *Karotis-Revaskularisation* ein insgesamt positives Bild. Im Vergleich zum Vorjahr verringerte sich die Anzahl der Krankenhausstandorte mit mindestens einem qualitativ auffälligen Ergebnis von 21 auf 19. Von den 19 Krankenhausstandorten mit mindestens einem qualitativ auffälligen Ergebnis wiesen zwei Krankenhausstandorte in zwei Qualitätsindikatoren eine qualitative Auffälligkeit auf. Diese bezog sich für beide Krankenhausstandorte auf den QI „Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch“ (QI-ID 11704). Das zweite qualitativ auffällige Ergebnis bezog sich auf die QIs „Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt“ (QI-ID 51873) und „Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit“ (QI-ID 161800).

Mit Blick auf die Ergebnisse des Vorjahres zeigt sich, dass von den wiederholt qualitativ auffälligen Krankenhausstandorten (EJ 2019 = 3 in 2019 und 2018) zwei der drei Krankenhausstandorte abermals qualitativ auffällig waren und somit über drei Erfassungsjahre in Folge (2020, 2019, 2018) in mindestens einem Qualitätsindikator des QS-Verfahrens *Karotis-Revaskularisation* qualitativ auffällig waren.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass qualitative Auffälligkeiten fast ausschließlich auf den Bereich der Ergebnisindikatoren (10-mal QI 11704, 8-mal QI 51873, 1-mal QI 52240) entfallen (19 von 21 bzw. 90 %).

In den vier Qualitätsindikatoren, die die korrekte Indikationsstellung überprüfen (QI 603, 604, 51443, 51437), wurde bei nur einem Krankenhausstandort im Qualitätsindikator 603 ein qualitativ auffälliges Ergebnis festgestellt.

Insgesamt erscheint auffällig, dass bei einer Gesamtzahl von 91 rechnerischen Auffälligkeiten im Bereich der „Indikationsindikatoren“ lediglich ein Krankenhausstandort (1 von 91 bzw. 1,1 %) qualitativ auffällig bewertet wurde. Ebenso erscheint auffällig, dass sich 74 von den 91 rechnerischen Auffälligkeiten (81,3 %) auf die Indikationsstellung bei asymptomatischer Karotisstenose und nur 17 (18,7 %) auf die Indikationsstellung bei symptomatischer Karotisstenose beziehen. Anzumerken ist außerdem, dass sich festgestellte Dokumentationsfehler innerhalb des QS-Verfahrens *Karotis-Revaskularisation* insbesondere auf den Bereich der „Indikationsindikatoren“ beziehen. So entfielen acht von neun Einstufungen mit der Bewertung „D50“ („Unvollständige oder falsche Dokumentation“) auf die Qualitätsindikatoren zur Überprüfung der Indikationsstellung bei asymptomatischer Karotisstenose (6-mal QI 603, 2-mal QI 51437).

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass für 40,7 % aller rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt worden ist und stattdessen Hinweise versandt wurden. Dieses Vorgehen hat zur Konsequenz, dass für diese Krankenhausstandorte keine Bewertung des rechnerisch auffälligen Ergebnisses stattgefunden hat. Somit liegt keine Information darüber vor, ob für diese Krankenhausstandorte ein qualitativ auffälliges, ein qualitativ unauffälliges Ergebnis oder Dokumentationsfehler vorlagen.

Für die beiden risikoadjustierten Qualitätsindikatoren (QI 11704 und QI 51873), die Schlaganfälle und Todesfälle im Zusammenhang mit offen-chirurgischen bzw. katheteregestützten Eingriffen an der Karotis betrachten, ergaben sich insgesamt 91 rechnerische Auffälligkeiten, zu denen 16 Hinweise versandt und 75 Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurden. Im Zuge der Stellungnahmeverfahren wurde bundesweit für 18 Krankenhausstandorte (16-mal A41, 2-mal A42) eine qualitative Auffälligkeit festgestellt. Davon bezogen sich 55,5 % (10 von 18) auf den QI 11704, der Schlaganfälle und Todesfälle bei offen-chirurgischen Karotiseingriffen betrachtet. Im Weiteren ist anzumerken, dass der QI 11704 im Vergleich zu den anderen Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens den höchsten Anteil qualitativer Auffälligkeiten unter den rechnerisch auffälligen Standorten aufweist. So ist für mehr als jede fünfte rechnerische Auffälligkeit (21,7 %) im Rahmen des Strukturierten Dialogs ein qualitativ auffälliges Ergebnis festgestellt worden.

Als weiterführende Maßnahmen wurden mit fünf Krankenhausstandorten kollegiale Gespräche geführt (3-mal QI 11704, 2-mal QI 51873) und mit vier Krankenhausstandorten Zielvereinbarungen geschlossen (3-mal QI 11704, 1-mal QI 51873).

Der Sentinel-Event-Indikator 52240 betrachtet die Qualität von Eingriffen, bei denen eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei einer asymptomatischen Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wird. Sobald an einem Krankenhausstandort ein Todesfall oder ein periprozeduraler Schlaganfall in Zusammenhang mit diesem Eingriff auftritt, ist ein Stellungnahmeverfahren verpflichtend durchzuführen. 14,0 % (n = 8) aller in den Sentinel-Event-Indikator eingeschlossenen Krankenhausstandorte (n = 57) waren rechnerisch auffällig. Im Ergebnis der durchgeführten Stellungnahmeverfahren haben sich bei einem Krankenhausstandort Hinweise auf Qualitätsmängel ergeben.

Mit dem QI 161800 wird geprüft, ob bei Auftreten periprozeduraler neurologischer Komplikationen eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Neurologie zur diagnostischen Abklärung der Symptome hinzugezogen wurde. Mit Blick auf die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2020 lässt sich festhalten, dass bundesweit nur noch 19 von 317 Krankenhausstandorten (6,0 %) ein rechnerisch auffälliges Ergebnis aufwiesen. Damit hat sich das rechnerische Ergebnis gegenüber dem Vorjahr weiter verbessert (vgl. EJ 2019 = 23 von 328 Krankenhausstandorten bzw. 7,0 %). Mehr als ein Drittel (n = 7) der rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte erhielten Hinweise. Mit zwölf Krankenhausstandorten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt, im Zuge dessen für einen Krankenhausstandort (5,3 %) eine qualitative Auffälligkeit, für fünf Krankenhausstandorte (26,3 %) Dokumentationsfehler (U33, D50, D51, D99) festgestellt wurden und für weitere fünf Krankenhausstandorte die Bewertung U32 („Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle“) vergeben wurde.

Bezogen auf alle Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens *Karotis-Revaskularisation* ergaben sich 209 rechnerische Auffälligkeiten. Dies entspricht einem Anteil von 7,0 % an allen Indikatorenergebnissen (n = 2.967) in diesem QS-Verfahren. Für 21 der rechnerisch auffälligen Qualitätsergebnisse erfolgte im Rahmen des Strukturierten Dialogs die Einstufung „qualitativ auffällig“ (18-mal A41, 2-mal A42, 1-mal A99). Dies entspricht einem Anteil von 10,0 % an allen rechnerischen

Auffälligkeiten bzw. 0,7 % an allen Qualitätsergebnissen in dem Verfahren. Eine fehlerhafte Dokumentation wurde im Rahmen des Strukturierten Dialogs bei insgesamt neun Indikatorenergebnissen (9 von 209 bzw. 4,3 %) festgestellt.

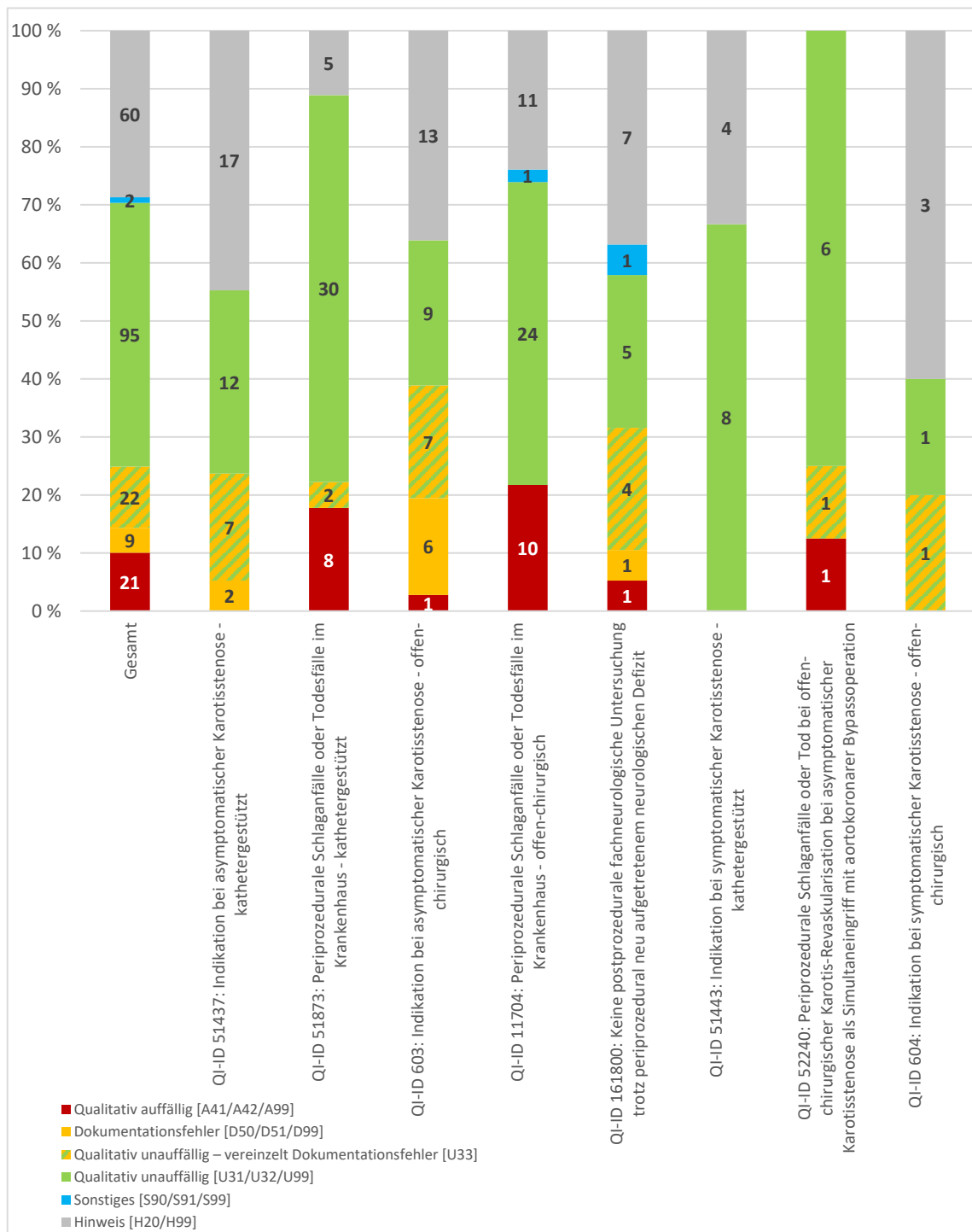


Abbildung 10: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation

5.2.2 Pneumonie

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

■ QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie*

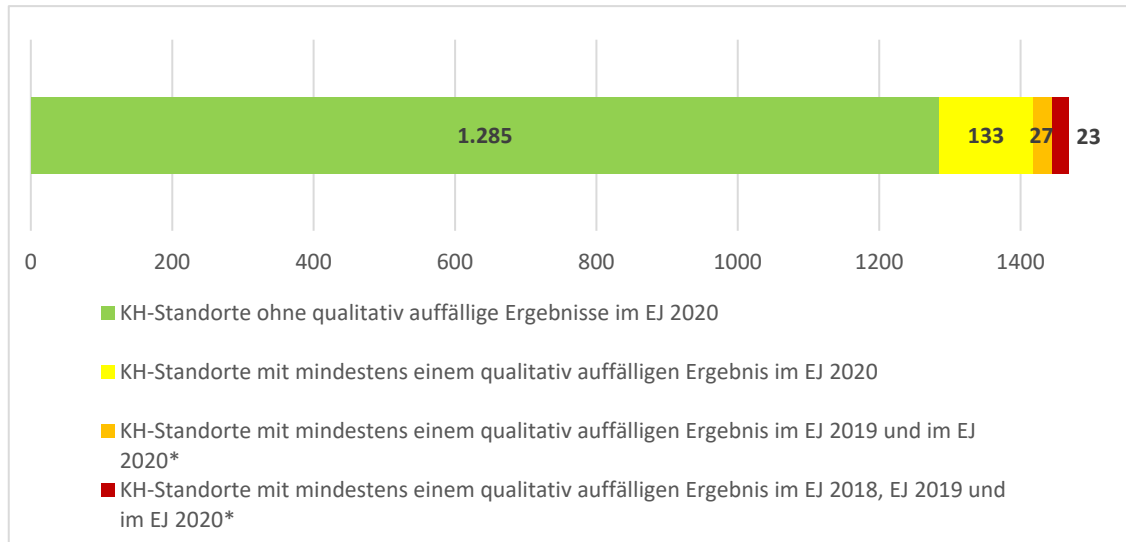


Abbildung 11: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2018, 2019 und 2020 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im Strukturierten Dialog 2021 wurden 183 Standorte im EJ 2020 mit mindestens einer qualitativen Auffälligkeit bewertet, gegenüber 193 Standorten aus dem EJ 2019. Bei insgesamt 239 qualitativen Auffälligkeiten bedeutet dies, dass jeder dieser 183 Standorte im Durchschnitt in ca. 1,3 Indikatoren qualitativ auffällig wurde (2019 waren es ca. 1,2 Indikatoren, 2018 ca. 1,4 Indikatoren und 2017 ca. 1,2 Indikatoren). Von diesen 183 Standorten wiesen 27,3 % (n = 50) schon im Vorjahr mindestens eine qualitative Auffälligkeit auf. Circa 12,6 % (n = 23) der Standorte waren drei Jahre in Folge in mindestens einem Indikator qualitativ auffällig. Damit sinkt der Anteil der Standorte mit mindestens einem qualitativ auffälligen Ergebnis in drei aufeinanderfolgenden Jahren. 2019 waren es noch 29 Standorte und 2018 noch 28 Standorte (je ca. 15 % aller Standorte mit mindestens einer Auffälligkeit).

Im EJ 2020 wurden im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* von 1.211 Standorten insgesamt 280.595 QS-Datensätze geliefert.

Die rechnerisch auffälligen Ergebnisse stiegen um ca. 24 % von 1.052 im EJ 2019 auf 1.306 im EJ 2020. Auch gab es im EJ 2020 mit 239 qualitativen Auffälligkeiten 17 qualitative Auffälligkeiten mehr als noch im EJ 2019.

Der Anteil der qualitativen Auffälligkeiten an den rechnerisch auffälligen Ergebnissen verringerte sich im EJ 2020 mit 18,3 % im Vergleich zum EJ 2019 mit 21,1 %. Dabei veränderten sich

die einzelnen Qualitätsindikatorenergebnisse sehr unterschiedlich. Während bei den Indikatoren 2005 (77 gegenüber 86), 2028 (248 gegenüber 272) und 50778 (81 gegenüber 86) zwischen 5,8 % und 10,5 % weniger rechnerische Auffälligkeiten auftraten, traten bei dem Indikator 50722 7,4 % (261 gegenüber 243) mehr rechnerische Auffälligkeiten auf. Bei den Indikatoren 2009 und 2013 kam es jedoch zu einer sehr starken Erhöhung der Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten. Im Indikator 2013 stieg die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten um mehr als 50 % an (307 gegenüber 200) und im Indikator 2009 kam es sogar zu mehr als einer Verdopplung (332 gegenüber 165) der rechnerischen Auffälligkeiten. Bezüglich der qualitativen Auffälligkeiten verbesserten sich die Indikatoren 2005 (4 gegenüber 11), 2028 (79 gegenüber 93) und 50722 (59 gegenüber 71) mit 15 % bis 63,6 % hinsichtlich der weniger qualitativen Auffälligkeiten, während sich die Indikatoren 2009 (49 gegenüber 23), 2013 (38 gegenüber 16) und 50778 (10 gegenüber 8) verschlechterten.

In 116 Fällen war im EJ 2019 aufgrund von Dokumentationsproblemen keine Bewertung möglich (11 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse). Im EJ 2020 waren es 119 Fälle (9,1 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse). Somit verbesserte sich im Vergleich zum Vorjahr das Dokumentationsverhalten. Die meisten Dokumentationsprobleme gab es beim QI 50722 zur frühen Bestimmung der Atemfrequenz (26,9 %; n = 32).

Während zum EJ 2019 noch 472 Hinweise verschickt wurden, waren es im EJ 2020 537 Hinweise. Der Anteil verschickter Hinweise an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich somit im EJ 2020 mit 41,1 % gegenüber 2019 mit 44,9 % verbessert.

Bundesweit führten im EJ 2019 82 Indikatorenergebnisse (7,8 % aller rechnerischen Auffälligkeiten) zum Abschluss von Zielvereinbarungen und in 10 Fällen (1 % aller rechnerischen Auffälligkeiten) wurden kollegiale Gespräche durchgeführt. Im EJ 2020 waren es dagegen 79 (6,0 %) Zielvereinbarungen und in 10 Fällen (0,8 %) kollegiale Gespräche. Das Instrument der Begehungen wurde im EJ 2019 einmal (0,1 %) genutzt, im EJ 2020 hingegen dreimal (0,2 %).

Die qualitativen Auffälligkeiten verteilten sich im EJ 2020 gleichmäßiger auf die einzelnen Qualitätsindikatoren als im Vorjahr. Während sich im EJ 2019 73,9 % der qualitativen Auffälligkeiten auf zwei Indikatoren (QI-ID 2028, QI-ID 50722) verteilten, gehen im EJ 2020 von den insgesamt 239 als qualitativ auffällig bewerteten rechnerisch auffälligen Ergebnissen 94,1 % (n = 225) auf vier Indikatoren zurück:

- QI-ID 2009: „Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme“ (n = 49)
- QI-ID 2013: „Frühmobilisation nach Aufnahme“ (n = 38)
- QI-ID 2028: „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ (n = 79)
- QI-ID 50722: „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ (n = 59)

Auf die verbleibenden zwei Indikatoren entfallen entsprechend lediglich 5,9 % (n = 14) der qualitativen Auffälligkeiten:

- QI-ID 2005: „Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie“ (n = 4)
- QI-ID 50778: „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ (n = 10)

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

Der Anteil qualitativer Auffälligkeiten an allen Standorten, die im jeweiligen Indikator im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* Daten geliefert haben, reicht von 0,3 % (QI-ID 2005: „Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie“) bis 5,6 % (QI-ID 2028: „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“).

Hinsichtlich dieses Anteils hat es die deutlichsten Änderungen ($> \pm 1$ Prozentpunkt) im Vergleich zum Vorjahr bei den Indikatoren „Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme“ (QI-ID 2009; EJ 2019 1,7 %; EJ 2020 3,5 %) und „Frühmobilisation nach Aufnahme“ (QI-ID 2013; EJ 2019 1,2 %; EJ 2020 2,7 %) gegeben. Somit stellen, wie auch beim Anteil der qualitativen Auffälligkeiten an den rechnerischen Auffälligkeiten, die vier QIs 2009, 2013, 2028 und 50722 einen relativ hohen Anteil der qualitativen Auffälligkeiten an allen Standorten.

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

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

Für die einzelnen Qualitätsindikatoren traten zusätzlich Besonderheiten auf.

QI-ID 2009: „Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme“

In dem Indikator zur frühen antimikrobiellen Therapie stellte sich heraus, dass nach Aussage einer Landesgeschäftsstelle Abweichungen anthroposophisch ausgerichteter Kliniken zu tolerieren seien, wenn eine ausreichende Aufklärung der Patientinnen und Patienten erfolgt war und diese die Therapie dennoch ablehnten. Zusätzlich wurden neben Dokumentationsfehlern wie der fehlerbehafteten Dokumentation von COVID-19-Fällen ebenfalls Mängel der Struktur- und Prozessqualität gefunden. Ebenfalls wurden pandemiebedingte Effekte wie die Verzögerung durch Differenzialdiagnostik zur Differenzierung zwischen COVID-19-bedingter oder bakterieller

Pneumonie beobachtet. Des Weiteren wurden rechnerische Auffälligkeiten durch Viruspneumonien ohne Indikation für Antibiotikagabe oder die fallbezogene Unabhängigkeit von Laborparametern begründet.

QI-ID 2013: „Frühmobilisation nach Aufnahme“

In dem Indikator zur Frühmobilisation nach Aufnahme wurde durch die Landesstellen für Qualitätssicherung berichtet, dass es zu pandemiebedingten Verzögerungen bei der Frühmobilisation kam, aber auch zu Dokumentationsfehlern und nicht nachvollziehbaren Argumentationen in den Stellungnahmen. In einem Fall wurde ein kollegiales Gespräch geführt, in dem bereits 2019 initiierte Umstrukturierungen besprochen und deren einsetzende Erfolge sowie ein besonders hohes Maß an Pandemieeffekten anerkannt wurden. In diesem Fall wurde das Krankenhaus gebeten, die Maßnahmen weiter fortzusetzen. Zu einem anderen Fall wurde berichtet, dass chronisch bettlägerige Patientinnen und Patienten als Erklärung für eine unzureichende Frühmobilisation nicht ausreichend seien, da solche bei der Berechnung der Indikatoren ausgeschlossen würden.

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

In dem Indikator zur vollständigen Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien wurde berichtet, dass es in mehreren Fällen bereits zur Einleitung von Maßnahmen kam bzw. Maßnahmen erst bei der Beobachtung persistierender Auffälligkeiten im Folgejahr eingeleitet werden sollten. Außerdem konnten pandemiebedingte Prozessmängel und Umstrukturierungen als Fehlerquellen identifiziert werden.

QI-ID 50722: „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“

In dem Indikator zur Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme wurden pandemiebedingte Besonderheiten als Fehlerquellen identifiziert und ein besonderes Augenmerk wurde auf Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter empfohlen. Des Weiteren waren bereits Zielvereinbarungen aus Vorjahren in der Umsetzung, deren Effekte abgewartet werden sollten. In einem Fall kam es infolge einer besonderen Situation zur Schließung der Klinik zum Jahresende.

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

In dem Indikator zur Sterblichkeit im Krankenhaus kam es in zwei Fällen dazu, dass eine Landesfachgruppe die Auffälligkeit noch nicht bewerten konnte oder der Dialog mit dem Leistungserbringer noch nicht abgeschlossen wurde. Für andere Fälle waren bereits Zielvereinbarungen aus dem Vorjahr in Umsetzung und es wurde die Implementierung von Arbeitsanweisungen empfohlen.

Der Anteil qualitativer Auffälligkeiten an den rechnerischen Auffälligkeiten verringerte sich gegenüber dem Vorjahr. Etwas weniger als jede fünfte rechnerische Auffälligkeit führte in diesem Verfahren zu einer Bewertung als qualitativ auffällig. Auch der Anteil von Dokumentationsproblemen an den rechnerischen Auffälligkeiten verringerte sich leicht.

Hinsichtlich des Anteils an qualitativen Auffälligkeiten bezogen auf sämtliche Standorte, die Daten zum jeweiligen Indikator geliefert haben, gibt es außer bei zwei Indikatoren nur geringe Un-

terschiede im Vergleich zum Vorjahr. Die Qualitätsindikatoren zur frühen antimikrobiellen Therapie und zur Frühmobilisation nach Aufnahme weisen hinsichtlich dieses Anteils eine deutlichere Verschlechterung auf.

Im Strukturierten Dialog wurden auch im Jahr 2020 wieder in der Mehrheit der Bundesländer Standorte identifiziert, die im Rahmen des Strukturierten Dialogs zu einer deutlichen Optimierung ihrer Prozesse aufgefordert werden mussten. Gleichzeitig konnte aber auch die Wirksamkeit von Maßnahmen aus Vorjahren beobachtet werden.

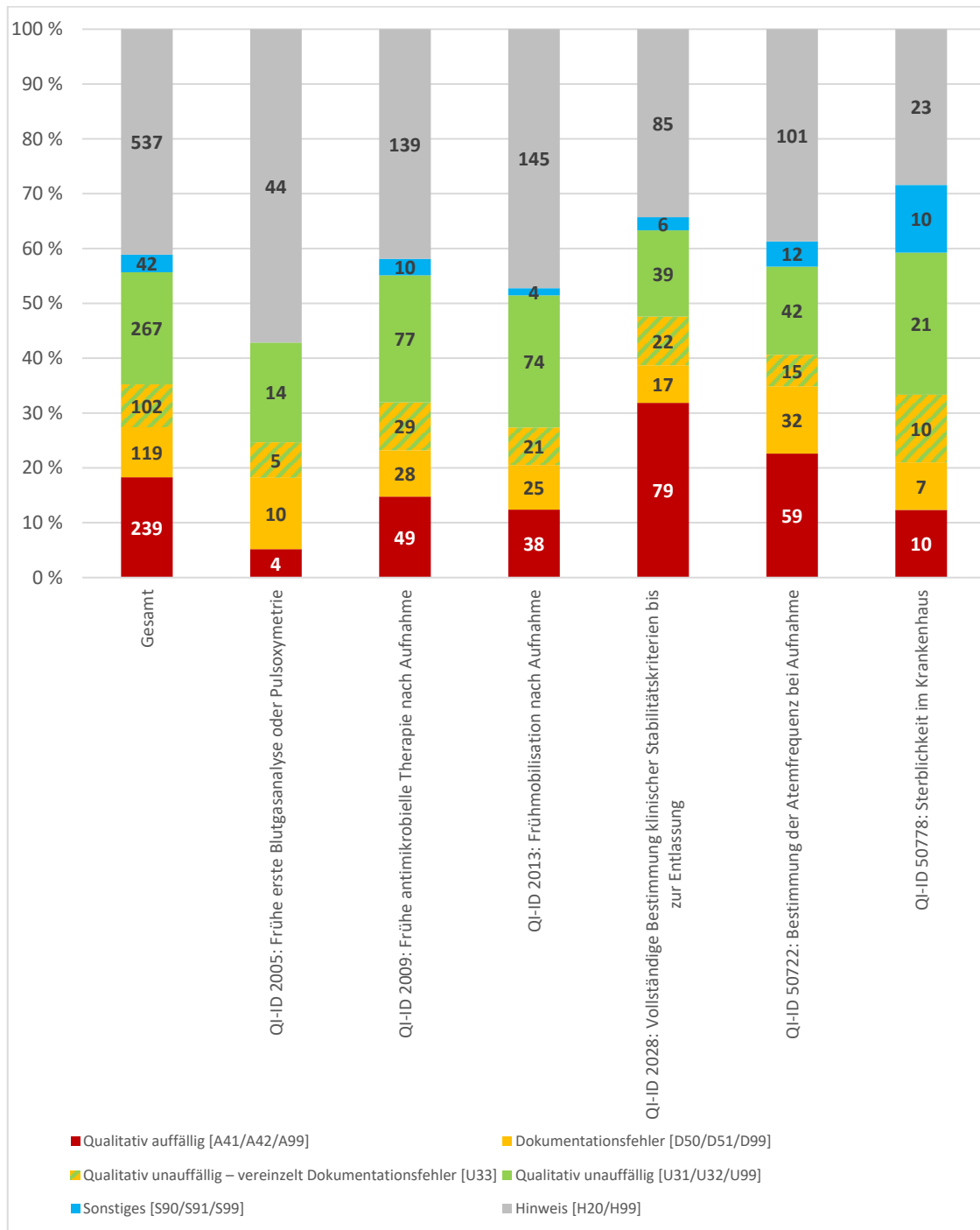


Abbildung 12: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie

5.2.3 Herzschrittmarker und Defibrillatoren

Florian Rüppele, Stefanie Holleck-Weithmann, Corinna Posselt

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

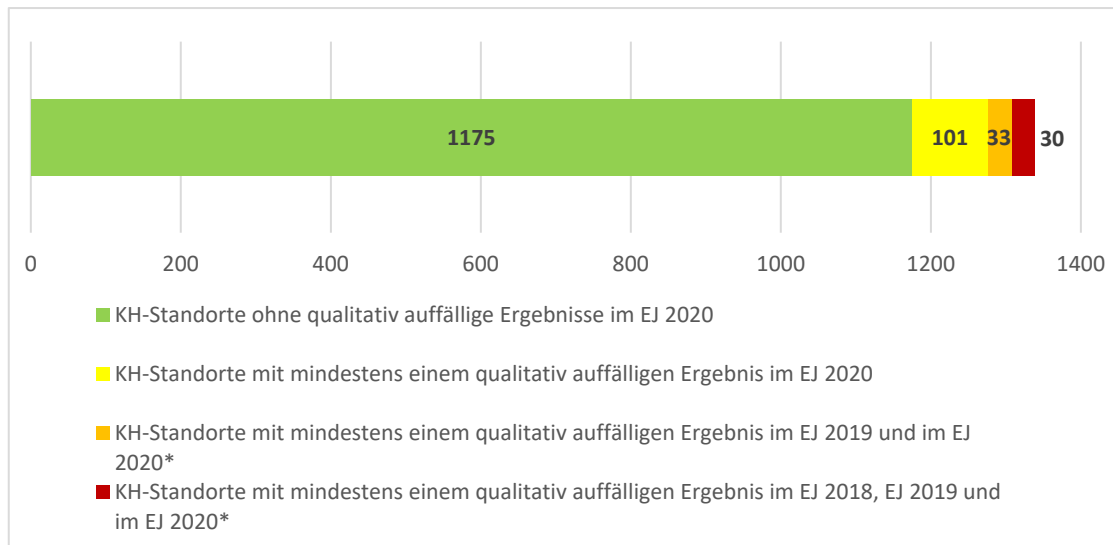


Abbildung 13: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2018, 2019 und 2020 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Indikatorübergreifende Ergebnisse

Von den 1.339 Krankenhausstandorten, in denen im EJ 2020 mindestens ein QS-dokumentationspflichtiger Schrittmacher- oder Defibrillatoreingriff durchgeführt wurde, wurden 164 (12,3 %) mindestens in einem der 32 Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig bewertet. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil an Krankenhausstandorten, die in mindestens einem Indikator als qualitativ auffällig bewertet wurden, um ca. zwei Prozentpunkte deutlich gesunken (EJ 2019: 14,3 %). Somit setzt sich der stetige Rückgang des Anteils qualitativ auffälliger Standorte fort; so wurden im Strukturierten Dialog zum EJ 2015 noch 19,3 % aller Standorte in mindestens einem Indikator als qualitativ auffällig bewertet. Auch

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

die Anzahl an wiederholt qualitativ auffälligen Standorten ist im Vergleich zum Vorjahr deutlich gesunken. Im EJ 2019 wiesen 77 Krankenhausstandorte mindestens ein qualitativ auffälliges Ergebnis in zwei bzw. drei aufeinanderfolgenden Erfassungsjahren auf, während dies im EJ 2020 63 Standorte betraf. Die Anzahl der Krankenhausstandorte mit mindestens einem qualitativ auffälligen Ergebnis in drei aufeinanderfolgenden Jahren ist mit 30 Standorten im EJ 2020 im Vergleich zum EJ 2019 zwar gleich geblieben, hat sich im Vergleich zum EJ 2018 (26 Standorte) jedoch leicht erhöht.

Die Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse in beiden QS-Verfahren verringert sich deutlich von 2.298 (EJ 2019) auf 2.046 (EJ 2020). Diese Anzahl entspricht einem Anteil von 7,6 % rechnerisch auffälliger Ergebnisse an allen Indikatorenergebnissen (27.001). Mit 866 Hinweisen wurden im EJ 2020 durch die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung zudem deutlich weniger Hinweise an die Leistungserbringer versandt als im Vorjahr (1.077 Hinweise im EJ 2019). Die Anzahl von 866 Hinweisen entspricht 42,3 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse. Im Vergleich zu den Vorjahren ist der Anteil an versandten Hinweisen leicht gesunken (EJ 2017: 44,6 %; EJ 2018: 50,8 %; EJ 2019: 46,5 %). Hervorgehoben werden kann in diesem Zusammenhang zum Beispiel, dass in Niedersachsen im Vorjahr ausschließlich Hinweise zu den Indikatoren „Leitlinienkonforme Indikation“ (QI-IDs 101803 und 50055) und zu den Follow-up-Indikatoren zu prozedurassoziierten Problemen sowie zu Infektionen oder Aggregatperforationen (QI-IDs 2194, 2195, 132001 und 132002) versandt wurden, während dort für das EJ 2020 zu allen Fällen dieser Indikatoren ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde.

Die Spannweite in Bezug auf die versendeten Hinweise je nach Bundesland ist weiterhin sehr groß, auch jeweils zwischen kleineren und größeren Bundesländern. Im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* liegt diese bei 0 % bis ca. 91 %, im QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren* bei 0 % bis 75 %. Im gesamten QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* haben insgesamt drei LQS keine Hinweise versendet, während dies im QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren* auf vier LQS zutrifft. Somit ist weiterhin ein sehr heterogenes Vorgehen bei der Durchführung des Strukturierten Dialogs zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Entscheidung der zuständigen LQS, ob ein Stellungnahmeverfahren bei rechnerischer Auffälligkeit eingeleitet oder ob lediglich ein Hinweis an den betreffenden Leistungserbringer versendet wird, zu erkennen. Im EJ 2020 weisen im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* die Indikatoren zur leitlinienkonformen Systemwahl (QI-ID 54140), zur Reizschwellen- und Amplitudenmessung (QI-IDs 52305 und 52307) sowie zu perioperativen Komplikationen nach Folgeeingriffen (QI-IDs 121800 und 52315) den höchsten Anteil an Hinweisen auf. Im QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren* wurden hauptsächlich Hinweise versandt bei den Indikatoren zu nicht sondenbedingten Komplikationen nach Aggregatwechseln (QI-ID 141800), zu Dislokationen oder Dysfunktionen revidierter bzw. neu implantierter Sonden (QI-ID 52324), zu den Reizschwellen- und Amplitudenmessungen bei neuen oder revidierten Sonden (QI-ID 52316) sowie zur Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln (QI-ID 52131).

Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden für das EJ 2020 184 der 16.459 (1,1 %) Indikatorenergebnisse im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* als qualitativ auffällig bewertet (EJ 2017: 1,0 %; EJ 2018: 1,3 %; EJ 2019: 1,1 %). Dieser Anteil liegt somit auf einem ähnlichen

Niveau wie in den Vorjahren. Im QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren* wurden für das EJ 2020 65 der 10.542 Indikatorenergebnisse (0,6 %) als qualitativ auffällig bewertet. Somit kann festgestellt werden, dass sich der Anteil reduziert und sich die geringfügig steigende Tendenz des Vorjahres (EJ 2017 und EJ 2018: 0,7 %; EJ 2019: 0,9 %) nicht fortführt. Es ist zu beachten, dass sich diese Angaben nicht auf Krankenhausstandorte, sondern auf Indikatorenergebnisse beziehen; ein Krankenhausstandort kann daher in mehreren Indikatoren als qualitativ auffällig bewertet werden.

Die höchste Anzahl qualitativ auffälliger Ergebnisse entfiel im EJ 2020 im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* mit 40 (EJ 2019: 46) Ergebnissen auf den Indikator „Sondendislokation oder -dysfunktion“ (QI-ID 52311) und mit 38 (EJ 2019: 40) Ergebnissen auf den Indikator zum Dosis-Flächen-Produkt (QI-ID 101800). Für den Indikator „Leitlinienkonforme Indikation“ (QI-ID 101803) wurden 24 (EJ 2019: 27) qualitativ auffällige Ergebnisse festgestellt. Es lässt sich feststellen, dass zwar noch die gleichen Indikatoren wie im Vorjahr die höchste Anzahl an qualitativ auffälligen Ergebnissen aufzeigen, die Anzahl sich jedoch für jeden Indikator leicht reduziert hat. Eine ähnliche Entwicklung ist auch im QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren* zu beobachten. Hier bilden die Indikatoren zum erhöhten Dosis-Flächen-Produkt (QI-ID 131801) und zur leitlinienkonformen Indikation (QI-ID 50055) wie auch im Vorjahr mit der höchsten Anzahl an qualitativen Auffälligkeiten (22 bzw. 16 qualitativ auffällige Ergebnisse) den Schwerpunkt des Strukturierten Dialogs (EJ 2019: 34 bzw. 23). In beiden QS-Verfahren wurde eine fehlerhafte Dokumentation am häufigsten bei den Indikatoren zur leitlinienkonformen Indikation festgestellt. In geringerem Maße treten auch bei den Indikatoren zur Reizschwellen- und Amplitudenmessung (QI-IDs 52305, 52307, 52316 und 52321) häufiger Dokumentationsprobleme auf.

In Bezug auf die weiterführenden Maßnahmen setzt sich im Vergleich zu den EJ 2018 und 2019 der leichte Anstieg (bezogen auf alle rechnerischen Auffälligkeiten) in den QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* und *Implantierbare Defibrillatoren* fort (EJ 2018: 0,9 % kollegiale Gespräche, 5,0 % Zielvereinbarungen; EJ 2019: 1,4 % kollegiale Gespräche, 5,4 % Zielvereinbarungen). So können für das EJ 2020 nun 3,3 % an kollegialen Gesprächen und sogar 0,3 % an Begehungen festgestellt werden. Nur die Zielvereinbarungen verzeichnen einen deutlichen Rückgang auf 3,8 %. Am häufigsten wurden weiterführende Maßnahmen zu den Indikatoren „Leitlinienkonforme Indikation“ und „Dosis-Flächen-Produkt“ (Auswertungsmodule *Herzschrittmacher-Implantation* und *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation*) sowie zum Indikator „Sondendislokation oder -dysfunktion“ (Auswertungsmodul *Herzschrittmacher-Implantation*) durchgeführt. Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die meisten weiterführenden Maßnahmen weiterhin in Nordrhein-Westfalen vorgenommen werden. Die übrigen Maßnahmen werden v. a. in Bayern, Sachsen und Niedersachsen durchgeführt.

Die Kommentare und Berichte der Länder zum Strukturierten Dialog zeigen einige interessante Aspekte auf. Die LQS in Nordrhein-Westfalen gibt mehrmals an, dass die COVID-19-Pandemie den Strukturierten Dialog beeinflusst habe. So wurde z. B. in einigen Fällen die Bewertung aufgrund der Pandemie ausgesetzt oder es verzögerte sich die Umsetzung von Zielvereinbarungen, die bereits im Jahr 2019 getroffen wurden. Zudem wurden für alle Eingriffe der Rhythmologie in

bestimmten QIs zur Qualitätssicherung und Standardisierung SOPs (*Standard Operating Procedures*) implementiert. Viele LQS berichten von Dokumentationsproblemen und gaben an, Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter empfohlen zu haben.

Die in den Länderberichten zur Verfügung gestellten Informationen zu den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs und insbesondere der Stellungnahmen variieren sehr stark in Umfang und Inhalt. So übermitteln manche LQS nur wenige Sätze zu beiden QS-Verfahren, während andere LQS mehrere Absätze verfassen. Zudem zählen einige LQS bspw. nur die Anzahl der rechnerischen und qualitativen Auffälligkeiten auf, ohne die Gründe für die Bewertung als qualitativ (un-)auffällig weiter auszuführen. Andere LQS erläutern hingegen ausführlich das Vorgehen bzw. die Kommunikation mit auffälligen Leistungserbringern und führen Beispiele für getroffene Zielvereinbarungen an. Somit ist auch im EJ 2020 bei den Länderberichten ein sehr heterogenes Vorgehen der LQS erkennbar und eine Vergleichbarkeit des Strukturierten Dialogs auf Landesebene nur bedingt möglich.

Schwerpunkte des Strukturierten Dialogs

Leitlinienkonforme Indikation

Der Anteil qualitativ auffälliger Standorte an allen Standorten mit Herzschrittmacherimplantationen des Indikators „Leitlinienkonforme Indikation“ (QI-ID 101803) im Modul *Herzschrittmacher-Implantation* hat sich nicht wesentlich geändert: Er betrug zum EJ 2018 2,5 %, stieg zum EJ 2019 leicht auf 2,8 % und verzeichnet nun im EJ 2020 einen geringen Rückgang auf 2,4 %. Zugleich wurden nur bei 32,3 % der rechnerischen Auffälligkeiten Hinweise versandt, wodurch sich die sinkende Tendenz im Vergleich der Vorjahre, wenn auch deutlich abgeschwächt, fortführt (EJ 2018: ca. 60 %; EJ 2019: 39,2 %).

Beim Indikator „Leitlinienkonforme Indikation“ (QI-ID 50055) aus dem Modul *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* sank der Anteil qualitativ auffälliger Standorte an allen Standorten mit Defibrillatorimplantationen zunächst von 3,2 % (EJ 2017) auf 2,3 % (EJ 2018) und stieg im EJ 2019 auf 3,2 %. Für das EJ 2020 sank der Anteil hingegen wieder um etwa einen Prozentpunkt auf 2,2 %. Wie die LQS Saarland zurückmeldete, war eine qualitative Auffälligkeit meist nicht auf einen einzigen Grund zurückzuführen, sondern es lagen je nach Einzelfall verschiedene Gründe vor. Die betroffenen Standorte in diesem Land erhielten für jeden Einzelfall eine ausführliche Erläuterung mit Hinweisen auf die Leitlinien bzw. zur korrekten Dokumentation der Fälle.

Hinsichtlich des Anteils von Standorten mit Dokumentationsproblemen an allen Standorten mit Defibrillator-Implantationen kam es zunächst zu einem deutlichen Rückgang von 5,5 % (EJ 2017) auf 1,8 % (EJ 2018). Im EJ 2019 hingegen stieg der Anteil wieder deutlich an und verzeichnete 6,5 %. Im EJ 2020 reduzierte sich dieser Anteil um mehr als zwei Prozentpunkte auf 4,1 %. Die meisten Dokumentationsfehler sind somit weiterhin auf diesen Indikator zurückzuführen. Ursächlich für die vermehrte Anzahl an Dokumentationsfehlern ist voraussichtlich v. a. die Einführung des Datenfelds „Besteht eine Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten?“ zum EJ 2019. Nach Rückmeldung vieler LQS waren fast alle aufgrund der Angaben in diesem Datenfeld rechnerisch auffälligen Fälle als Dokumentationsfehler einzustufen. In einigen Fällen wurde die Bezeichnung des Datenfelds missinterpretiert, in

anderen waren die Dokumentationsfehler dagegen auf eine nicht spezifikationskonforme Umsetzung durch den betreffenden Softwarehersteller zurückzuführen. Das IQTIG hat auf Basis dieser Rückmeldungen Anpassungen am Datenfeld für die Spezifikation 2023 empfohlen.

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

Peri- bzw. postoperative Komplikationen (während des stationären Aufenthalts)

Der Indikator „Sondendislokation oder -dysfunktion“ (QI-ID 52311) aus dem Modul *Herzschrittmacher-Implantation* bildet hinsichtlich der Anzahl an qualitativen Auffälligkeiten wie auch an weiterführenden Maßnahmen (kollegiale Gespräche bzw. Zielvereinbarungen) weiterhin einen Schwerpunkt des Strukturierten Dialogs. Nachdem der Anteil von qualitativ auffälligen Standorten (an allen Standorten mit Fällen im QI) im EJ 2018 auf 4,5 % und im EJ 2019 weiter auf 4,7 % stieg, verzeichnet der Anteil im EJ 2020 eine leichte Reduzierung auf 4,1 %. Er bewegt sich nun im dritten Jahr in Folge nahe an dem Grenzwert des entsprechenden Leitkriteriums für die Einstufung des besonderen Handlungsbedarfs (> 5 % qualitativ auffällige Ergebnisse). Es bleibt abzuwarten, ob sich die Abnahme dieses Anteils weiter fortführt. Dies wird vom IQTIG gemeinsam mit dem Expertengremium auf Bundesebene weiterverfolgt werden.

Bei Defibrillator-Implantationen bestehen dagegen weiterhin kaum Qualitätsdefizite aufgrund perioperativer Sondenprobleme (QI-ID 52325). Hier wurden im EJ 2020 nur 0,3 % der Standorte als qualitativ auffällig eingestuft, was in etwa dem Ergebnis des Vorjahres entspricht (EJ 2017: 0,7 %; EJ 2018: 0,6 %; EJ 2019: 0,3 %).

Seltener als bei Sondenproblemen treten qualitative Auffälligkeiten bei nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) auf mit einem Anteil von 1,7 % (Modul *Herzschrittmacher-Implantation*, QI-ID 101801) bzw. 0,4 % (Modul *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation*, QI-ID 131802). Die LQS aus Bayern und dem Saarland meldeten zurück, dass Leistungserbringern mit einer Häufung von Pneumothoraxen nahegelegt wurde, die Wahl des venösen Zugangswegs beim Verschieben der Sonden zu überdenken.

Follow-up-Indikatoren

In diesem Abschnitt werden die gleichen Jahresangaben verwendet wie bei den anderen Indikatoren; d. h., mit den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs zum EJ 2020 sind auch hier die aktuellen Ergebnisse gemeint. Es ist hierbei jedoch zu beachten, dass in die Grundgesamtheit der Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von einem Jahr Implantationen aus dem vorangegangenen Erfassungsjahr eingehen. Dies bedeutet, dass im Strukturierten Dialog zum EJ 2020 die Implantationen aus dem EJ 2019 bewertet wurden.

Der Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ (QI-ID 2194) im Modul *Herzschrittmacher-Implantation* verzeichnet im EJ 2020 mit 55 Stellungnahmen einen Anteil von 67,9 % an den rechnerisch auffälligen Ergebnissen. Somit lässt sich ein deutlich gesteigener prozentualer Anteil an angeforderten Stellungnahmen feststellen, als dies noch im EJ 2019 der Fall war (ebenfalls 55 Stellungnahmen, die jedoch nur 59,8 % an den rechnerisch auffälligen Ergebnissen darstellten). Der Anteil aus dem EJ 2018 (87,1 %) konnte jedoch nicht erreicht werden. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden 18 Standorte als qualitativ auffällig bewertet, was einem Anteil von 1,8 % an allen Standorten mit Fällen in diesem Indikator entspricht. Dieser Anteil ist somit im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken (EJ 2018: 1,8 %; EJ 2019: 1,9 %).

Im Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Infektionen und Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ (QI-ID 2195) werden mit zwei Standorten im EJ 2020 (0,2 % an allen Krankenhausstandorten mit Fällen in der Grundgesamtheit) weiterhin nur sehr selten qualitative Auffälligkeiten festgestellt; dies spricht für ein insgesamt hohes Qualitätsniveau. Die Bundesfachgruppe erachtete diesen Indikator aufgrund der sehr schwerwiegenden Folgen einer Infektion für die Patientin bzw. den Patienten jedoch als notwendig, solange in einigen wenigen Krankenhäusern noch kein zufriedenstellendes Qualitätsniveau erreicht ist.

Im Bereich der implantierbaren Defibrillatoren wurde zum EJ 2020 zum zweiten Mal ein Strukturierter Dialog zu den Follow-up-Indikatoren geführt. Im Indikator zu prozedurassoziierten Problemen (QI-ID 132001) wurden erneut mit vier Standorten (0,6 % an allen Standorten) deutlich weniger Standorte qualitativ auffällig als im entsprechenden Indikator zu Herzschrittmacherimplantationen. Aufgrund von Infektionen bzw. Aggregatperforationen (QI-ID 132002) wurden keine Standorte als qualitativ auffällig eingestuft.

Zu dem Follow-up-Indikator „Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen“ (QI-ID 2190) aus dem Modul *Herzschrittmacher-Implantation* konnte nun zum zweiten Mal ein Strukturierter Dialog zu Schrittmacherimplantationen mit einem vollständigen Follow-up-Zeitraum von vier Jahren erfolgen. Der Indikator wird als Sentinel-Event-Indikator ausgewertet und erfasst alle im EJ 2020 durchgeführten Folgeeingriffe aufgrund vorzeitiger Batterieerschöpfung. Als Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurden insgesamt zwei Standorte als qualitativ auffällig bewertet. Die LQS Bayern und Berlin gaben jedoch beide an, dass diese Einstufung jeweils erfolgte, da keine Stellungnahme des betroffenen Standortes einging. Bei allen anderen rechnerisch auffälligen Standorten konnten nachvollziehbare Begründungen geliefert werden und so konnte die Bewertung als qualitativ unauffällig vorgenommen werden. Auch andere LQS gaben an, keine Qualitätsdefizite der Leistungserbringer feststellen zu können. Als Ursache für die Auslösung wurde u. a. eine fehlerhafte Zuordnung von Erst- und Folgeeingriff bei Explantation und kontralateraler Re-Implantation eines neuen Geräts genannt. In anderen Fällen konnte die rechnerische Auffälligkeit z. B. auf vom Hersteller bestätigte Defekte am Aggregat zurückgeführt werden. In Anbetracht dieser Ergebnisse ist zu prüfen, inwiefern eine Anpassung oder Aussetzung dieses Indikators als sinnvoll erscheint.

Dosis-Flächen-Produkt

Die Ergebnisse der beiden Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt (QI-IDs 101800 und 131801) haben sich im Vergleich zum Vorjahr verbessert: So sank der Anteil qualitativ auffälliger Ergebnisse an allen Standorten mit Herzschrittmacherimplantationen von 4,1 % im EJ 2019 auf 3,9 % im EJ 2020. Der Anteil an allen Standorten mit Defibrillatorimplantationen stieg von 3,6 % im EJ 2018 auf 4,7 % im EJ 2019 und verzeichnete nun im EJ 2020 einen deutlichen Rückgang auf 3,0 %. Somit scheinen auch im EJ 2020 an vielen Standorten weiterhin Qualitätsdefizite hinsichtlich des Strahlenschutzes zu bestehen. Dennoch konnte eine leichte positive Entwicklung hin zu einer geringeren Anzahl qualitativer Auffälligkeiten festgestellt werden. Das IQTIG und das neue Expertengremium auf Bundesebene werden die Entwicklung weiter beobachten.

Die LQS Bayern berichtet, dass diese Indikatoren den meisten Gesprächsbedarf im Strukturierten Dialog erzeugten. Kollegiale Gespräche hätten Defizite hinsichtlich der Strukturen (z. B. vorhandenes Durchleuchtungsgerät) und Prozesse (z. B. Einblenden, Basiseinstellung bei Durchleuchtung, individuell angewandte Pulsfrequenz) gezeigt. Die LQS gibt an, individuelle Zielvereinbarungen mit allen betroffenen Leistungserbringern geschlossen zu haben (z. B. zur Optimierung der Durchleuchtungsprozesse, zum Monitoring oder auch zu konkreten Anschaffungshorizonten für neue Durchleuchtungsgeräte). Insgesamt kann die LQS Bayern feststellen, dass sich alle Leistungserbringer an die vereinbarten Maßnahmen gehalten haben und dadurch deutliche Verbesserungen erzielt werden konnten.

Messungen zu Reizschwellen und Signalamplituden

Im EJ 2018 konnte für den Indikator zur Durchführung intraoperativer Messungen bei belassenen Sonden aus dem Auswertungsmodul *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* (QI-ID 52307) festgestellt werden, dass der bundesweite Anteil von qualitativ auffälligen Indikatorenergebnissen (an allen Standorten mit Fällen im QI), der im EJ 2016 mit ca. 4 % noch relativ hoch war und zum EJ 2017 auf 3,1 % gesunken ist, um einen weiteren Prozentpunkt auf 2,1 % abgenommen hat. Dieser positive Trend wurde auch im EJ 2019 mit einer deutlichen Reduzierung des Anteils auf 1,1 % fortgeführt. Für das EJ 2020 lässt sich dagegen ein geringer Anstieg des Anteils auf 1,3 % verzeichnen. Beim entsprechenden Indikator des Auswertungsmoduls *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel* lag dieser Anteil im EJ 2019 mit 0,7 % etwas niedriger. Für das EJ 2020 lässt sich eine weitere Reduzierung des Anteils auf 0,1 % feststellen. In diesem Modul setzt sich somit der schon seit mehreren Jahren positive Trend fort, dass immer weniger Qualitätsdefizite aufgrund einer fehlenden Durchführung intraoperativer Messungen auftreten.

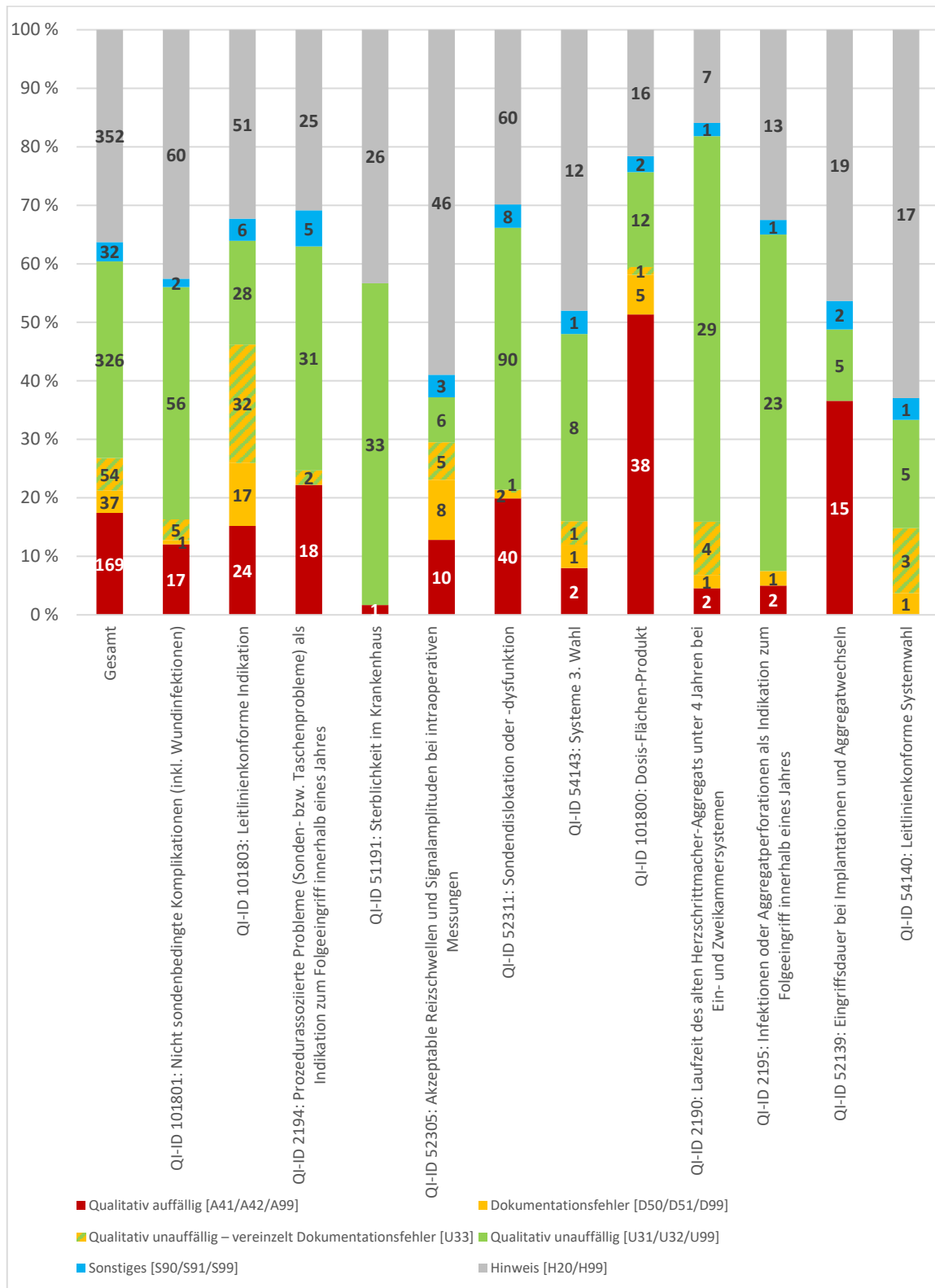


Abbildung 14: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacherversorgung (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Implantation)

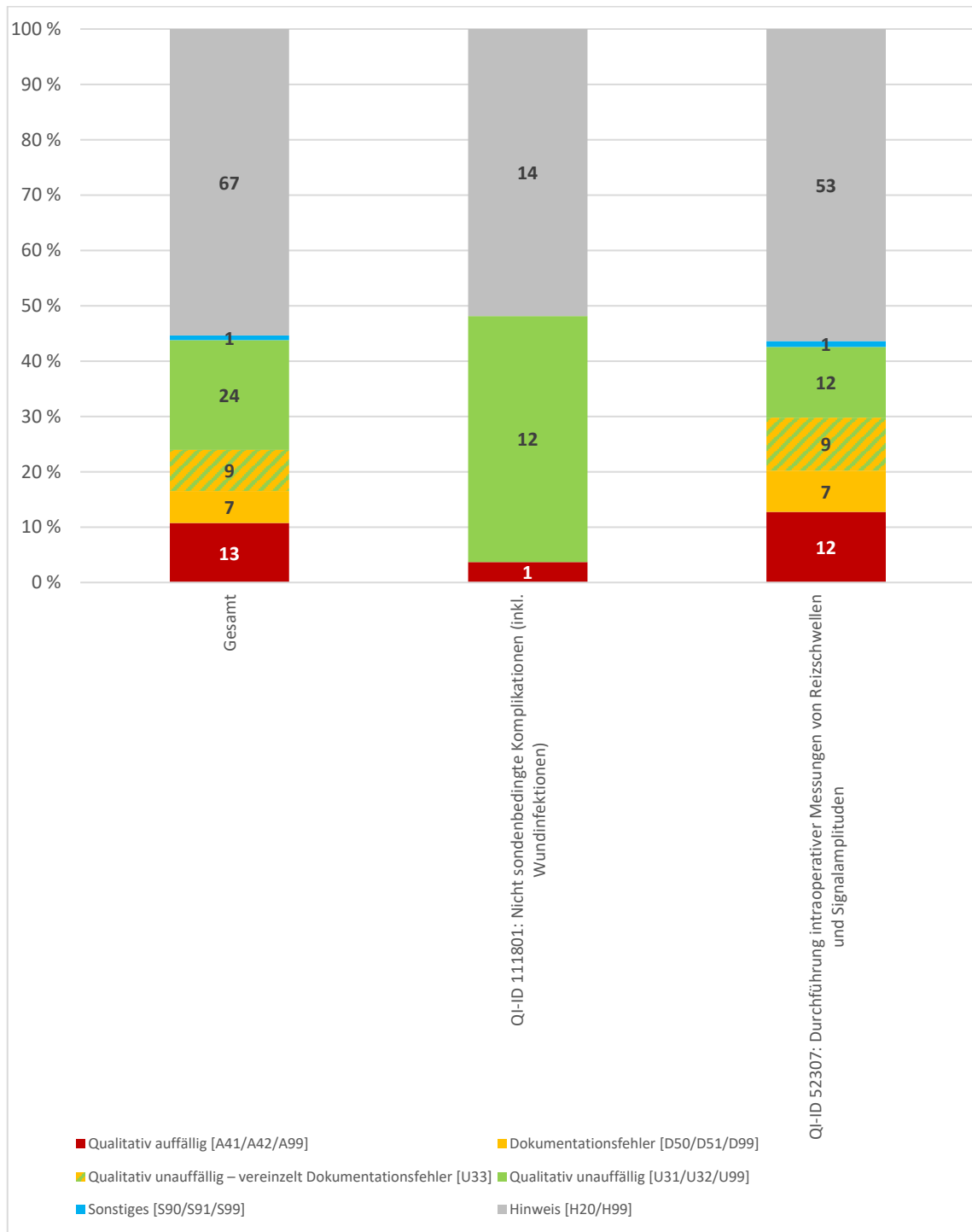


Abbildung 15: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacherversorgung (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel)

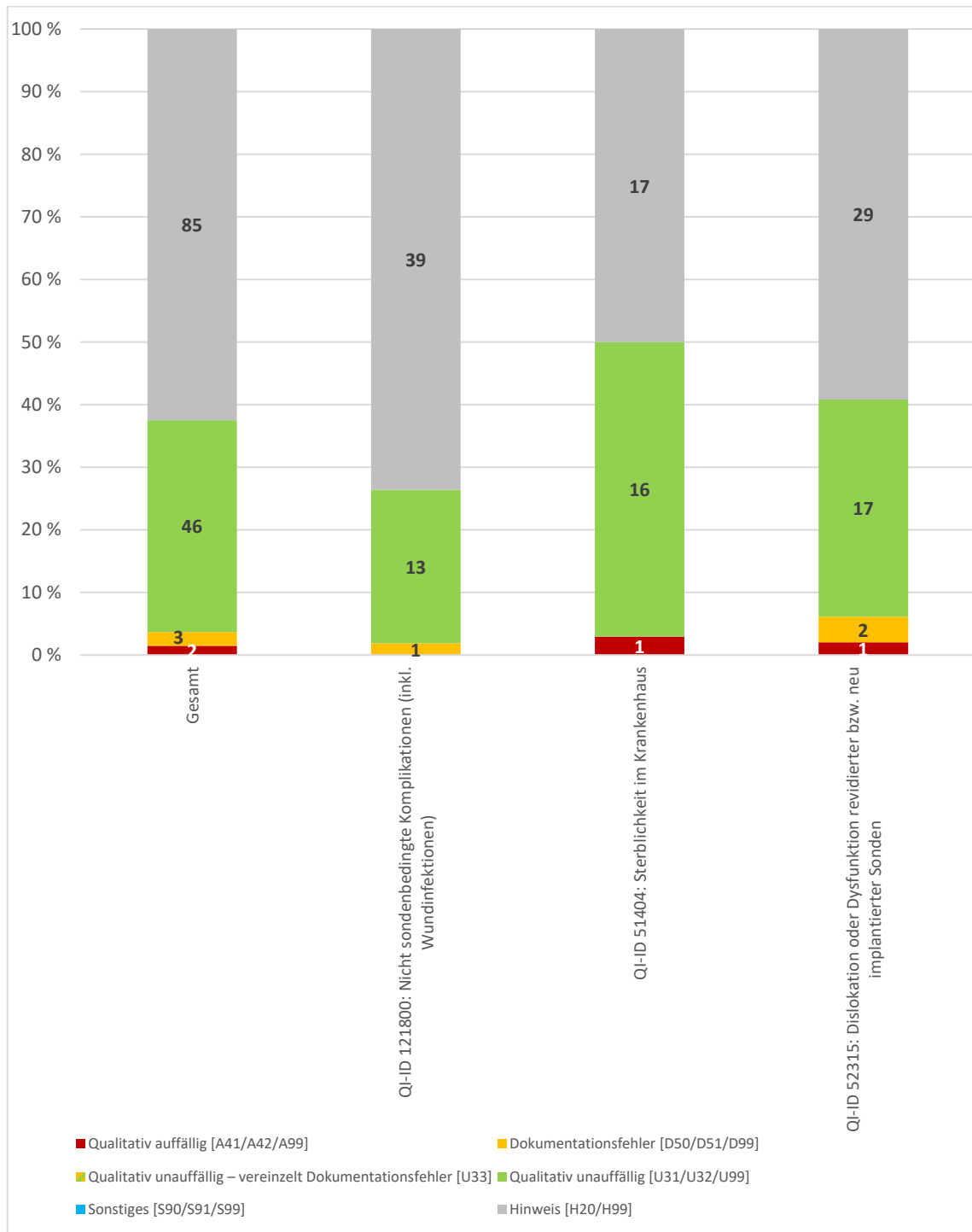


Abbildung 16: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacherversorgung (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation)

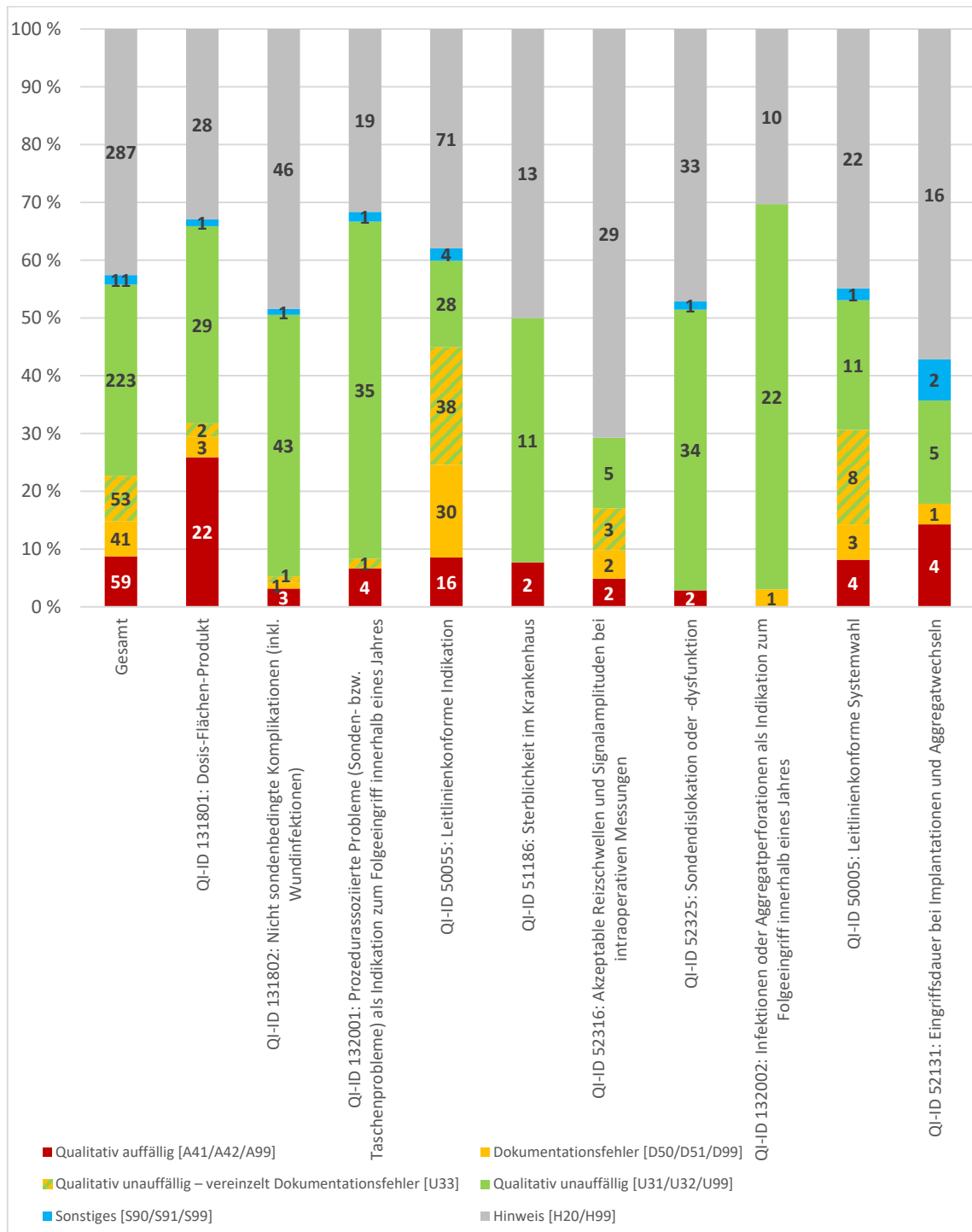


Abbildung 17: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

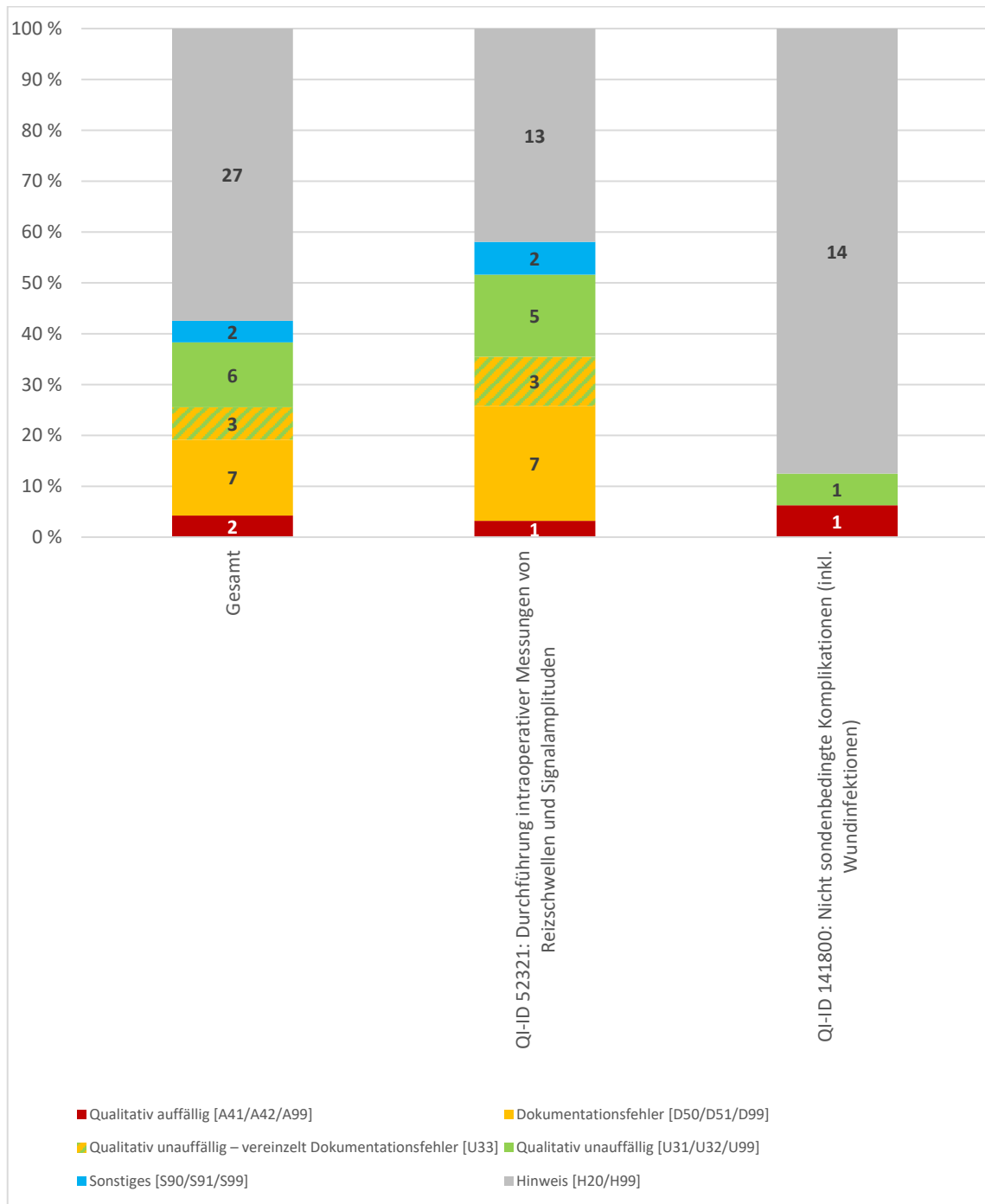


Abbildung 18: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel

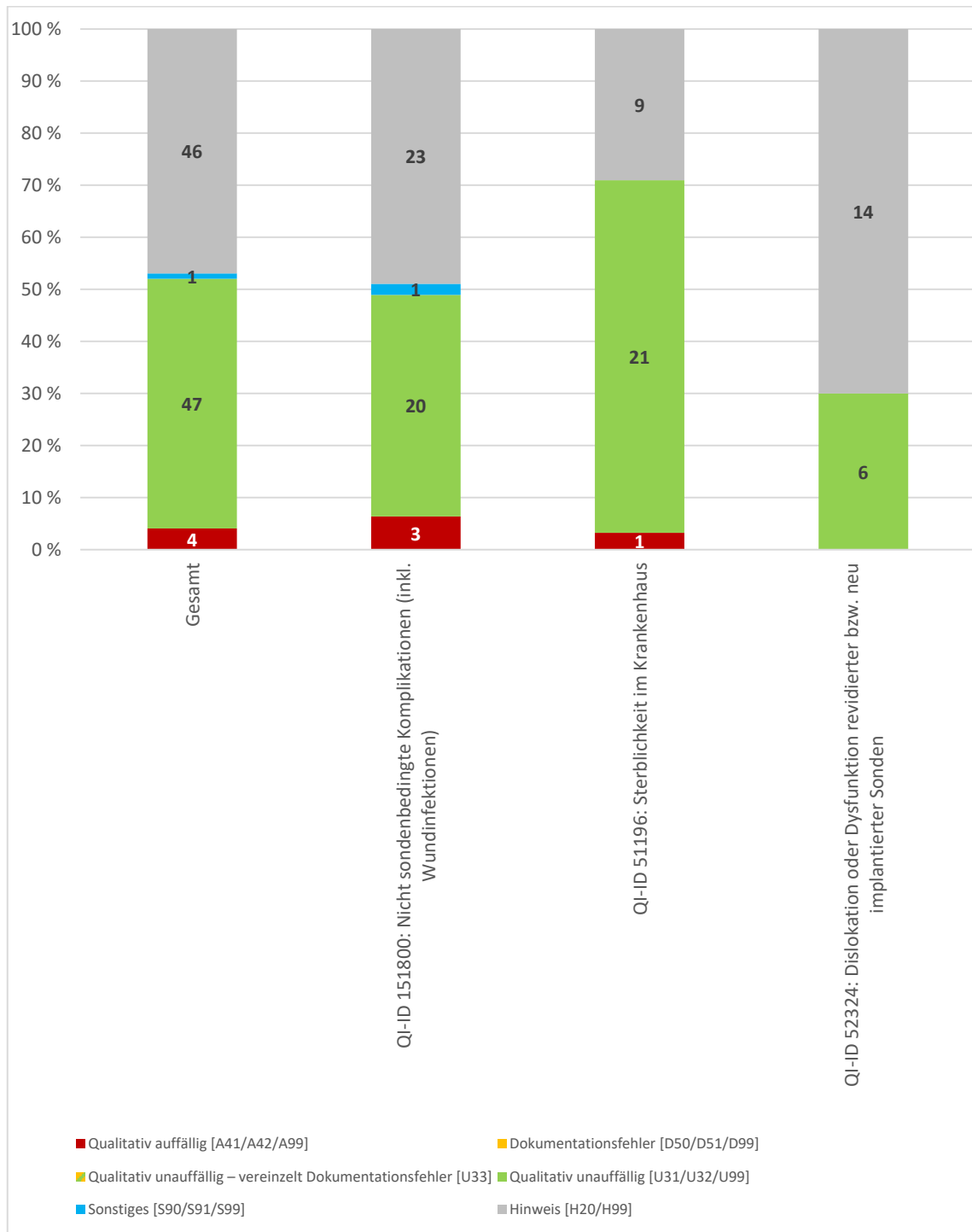


Abbildung 19: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

5.2.4 Gynäkologie

Martina Dost, Lina Jürgens, Dr. Susanne Nolte

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

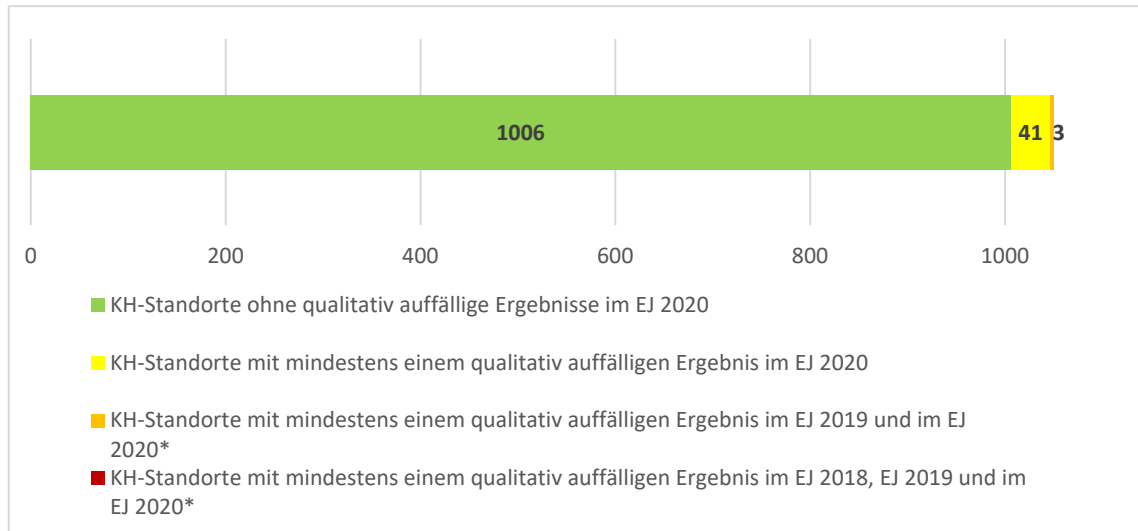


Abbildung 20: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2018, 2019 und 2020 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Vom Erfassungsjahr 2019 zum Erfassungsjahr 2020 wurden im Rahmen der Verfahrenspflege keine neuen Qualitätsindikatoren eingeführt oder gestrichen, sodass dieselben Qualitätsindikatoren wie im Vorjahr im Strukturierten Dialog bearbeitet wurden. Im Erfassungsjahr 2020 wurden 661 von insgesamt 6.304 Indikatorenergebnissen rechnerisch auffällig, dies entspricht einem Anteil von 10,5 %. Die reine Anzahl der rechnerisch auffälligen Ergebnisse hat sich im Vergleich zum Vorjahr leicht verringert (EJ 2019: 699), der Anteil ist im Vergleich zum Vorjahr nahezu identisch (EJ 2019: 10,8 %).

Im QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen* wurden von insgesamt 1.050 Krankenhausstandorten 44 mit mindestens einem qualitativ auffälligen Ergebnis bewertet. Bei drei dieser Standorte gab es bereits im Vorjahr qualitativ auffällige Ergebnisse. Nur bei zwei Standorten handelte es sich auch um den gleichen Qualitätsindikator. Bei keinem dieser Standorte bestand eine qualitative Auffälligkeit schon im Vorvorjahr. Insgesamt wurde bei 50 Indikatorenergebnissen die Bewertung „qualitativ auffällig“ vergeben. Dies entspricht einem Anteil von 7,6 % an den rechnerisch auffälligen Ergebnissen, im Vorjahr waren dies 3,7 %. Dies entspricht ungefähr dem Niveau des Vorvorjahres, sodass der Wert des Vorjahres möglicherweise mit einer geänderten Durchführung des Strukturierten Dialogs aufgrund der COVID-19-Pandemie zusammenhängt.

Bei 661 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde einmal auf eine Maßnahme verzichtet. Hier wurde eine Abteilung geschlossen. In 30,6 % der Fälle wurde nur mit einem Hinweis auf das rechnerisch auffällige Ergebnis reagiert. Die meisten Hinweise (knapp 70 %) entfielen auf die QI-ID 52283 („Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden“), die wenigsten Hinweise (knapp 5 %) auf die QI-ID 60685 („Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie“). Sehr unterschiedlich fällt auch der Vergleich der Bundesländer aus. Hier liegt die Spanne zwischen 0 und 50 %. Es wurden zu zehn Indikatorenergebnissen Begehungen und kollegiale Gespräche geführt, ähnlich wie im Dialogjahr 2019. Zielvereinbarungen wurden im Ergebnis von elf Strukturierten Dialogen abgeschlossen, davon zwei nach kollegialen Gesprächen.

Drei rechnerisch auffällige Ergebnisse wurden mit „S99“ bewertet. Die Kommentare lassen die Bewertung nicht unbedingt nachvollziehbar erscheinen, sondern hätten eher eine qualitativ auffällige Bewertung erwarten lassen.

Betrachtet man die Ergebnisse in den einzelnen Qualitätsindikatoren (Abbildung 20), lässt sich insgesamt eine gute Versorgungssituation ableiten. Die als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse sind über die einzelnen QIs ähnlich verteilt. 57,3 % der 661 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig bewertet (n = 379). Bei 25 Indikatorenergebnissen (3,8 %) war eine Bewertung aufgrund von Dokumentationsfehlern nicht möglich. Hier fällt auf, dass sich die Dokumentationsfehler auf lediglich sechs Bundesländer aufteilen.

Seit dem Erfassungsjahr 2017 wird bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren gemäß plan. QI-RL zu statistischen Auffälligkeiten durchgeführt. Bei rechnerischen Auffälligkeiten dieser Qualitätsindikatoren findet ein Strukturierter Dialog nach der QSKH-RL statt. Der vorliegende Bericht bezieht sich vorwiegend auf die Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog nach QSKH-RL. Aufgrund der COVID-19-Pandemie wurde mit Wirkung zum 27. März 2020 für das Erfassungsjahr 2019 u. a. der § 11 „Stellungnahmeverfahren“ der plan. QI-RL ausgesetzt. Diese Regelung bleibt auch für das Erfassungsjahr 2020 bestehen. Da die statistischen Auffälligkeiten gemäß plan. QI-RL zugleich eine rechnerische Auffälligkeit gemäß QSKH-RL darstellen, wurden diese auch für das Erfassungsjahr 2020 gemäß QSKH-RL als rechnerische Auffälligkeiten behandelt und im Strukturierten Dialog der QSKH-RL berücksichtigt.

Für den QI 51906 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation“ ergeben sich von 22 rechnerisch auffälligen Ergebnissen 2 (EJ 2020: 9 %) qualitativ auffällige Bewertungen (EJ2019: eins von 22, 4,5 %), in einem Fall wurde eine Zielvereinbarung abgeschlossen. Dies stellt im Vergleich zum Vorjahr eine geringfügige Verschlechterung dar.

Für den QI 12874 „Fehlende Histologie nach isoliertem Ovaryingriff mit Gewebentfernung“ ergibt sich von 36 rechnerisch auffälligen Ergebnissen eine qualitativ auffällige Bewertung bei einem Standort (EJ 2019: 44 von 870, 9,1 %), auch hier wurde eine Zielvereinbarung abgeschlossen. Dies stellt im Vergleich zum Vorjahr eine Verbesserung dar.

Für den QI 10211 „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund“ ergeben sich von 55 rechnerisch auffälligen Ergebnissen 4 qualitativ auffällige Bewertungen (EJ 2019: eins von 70, 1,4 %). In zwei Fällen wurden Maßnahmen empfohlen, eine Zielvereinbarung wurde abgeschlossen.

In besonderem Fokus des Strukturierten Dialogs standen die beiden QIs 60685 „Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie“ und 60686 „Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie“. Hier wurde aufgrund einer Anfrage des G-BA besonderes Augenmerk auf die medizinische Indikation sowie vorgeschlagene alternative Therapieoptionen bei Ovariectomie auf Wunsch der Patientin gelegt.

Von insgesamt 1.735 Ergebnissen in diesen beiden Qualitätsindikatoren waren 308 Ergebnisse rechnerisch auffällig. 125-mal waren die Ergebnisse auch im Vorjahr rechnerisch auffällig, 66-mal in den Erfassungsjahren 2018 und 2019. 77,3 % (n = 238) dieser rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft.

Bei 8,1 % (n = 25) wurden Hinweise versandt. Gründe, warum auch 11-mal bei einem Sentinel-Event-Indikator (QI-ID 60685) Hinweise versandt wurden, sind nicht bekannt. 2-mal wurde die Kategorie „Sonstiges“ vergeben, eine Abteilung wurde geschlossen und ein Strukturierter Dialog war zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht abgeschlossen. 3,9 % (n = 12) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden als Dokumentationsfehler identifiziert. In 10,0 % (n = 31) der betrachteten Dialoge kamen die Landesfachgruppen zu der Einstufung „qualitativ auffällig“, bei zwei Standorten war dies bereits im Vorjahr der Fall.

Anhand der vorgenommenen spezifischen Analyse, welche Gründe in den QI-ID 60685 und QI-ID 60686 zu einer Bewertung „qualitativ auffällig“ geführt haben, konnten folgende Gründe identifiziert werden, die in die Gesamtergebnisse des Strukturierten Dialogs miteinfließen. Fünf qualitativ auffällige Bewertungen erfolgten aufgrund von Dokumentationsproblemen. Bei weiteren sechs Ergebnissen lag keine Antwort vor bzw. gab es keine ausreichend erklärenden Gründe, sodass als qualitativ auffällig bewertet wurde. Bei 20 rechnerisch auffälligen Ergebnissen war die Indikation unklar, gab es Struktur- und Prozessprobleme oder wurde über eine Therapieoption nicht informiert. Das bedeutet, bei 26 Patientinnen kann nicht festgestellt werden, dass die beidseitige Ovariectomie alternativlos war.

Es bleibt aber festzuhalten, dass die Landesfachgruppen die rechnerisch auffälligen Ergebnisse sehr sorgfältig aufgearbeitet haben. Es wurden fünf kollegiale Gespräche geführt, es erfolgte eine Begehung und vier Zielvereinbarungen wurden abgeschlossen. Da kein Krankenhausstandort über drei Erfassungsjahre qualitativ auffällige Ergebnisse aufweist, kann davon ausgegangen werden, dass die Strukturierten Dialoge hier ihre Wirksamkeit zeigen.

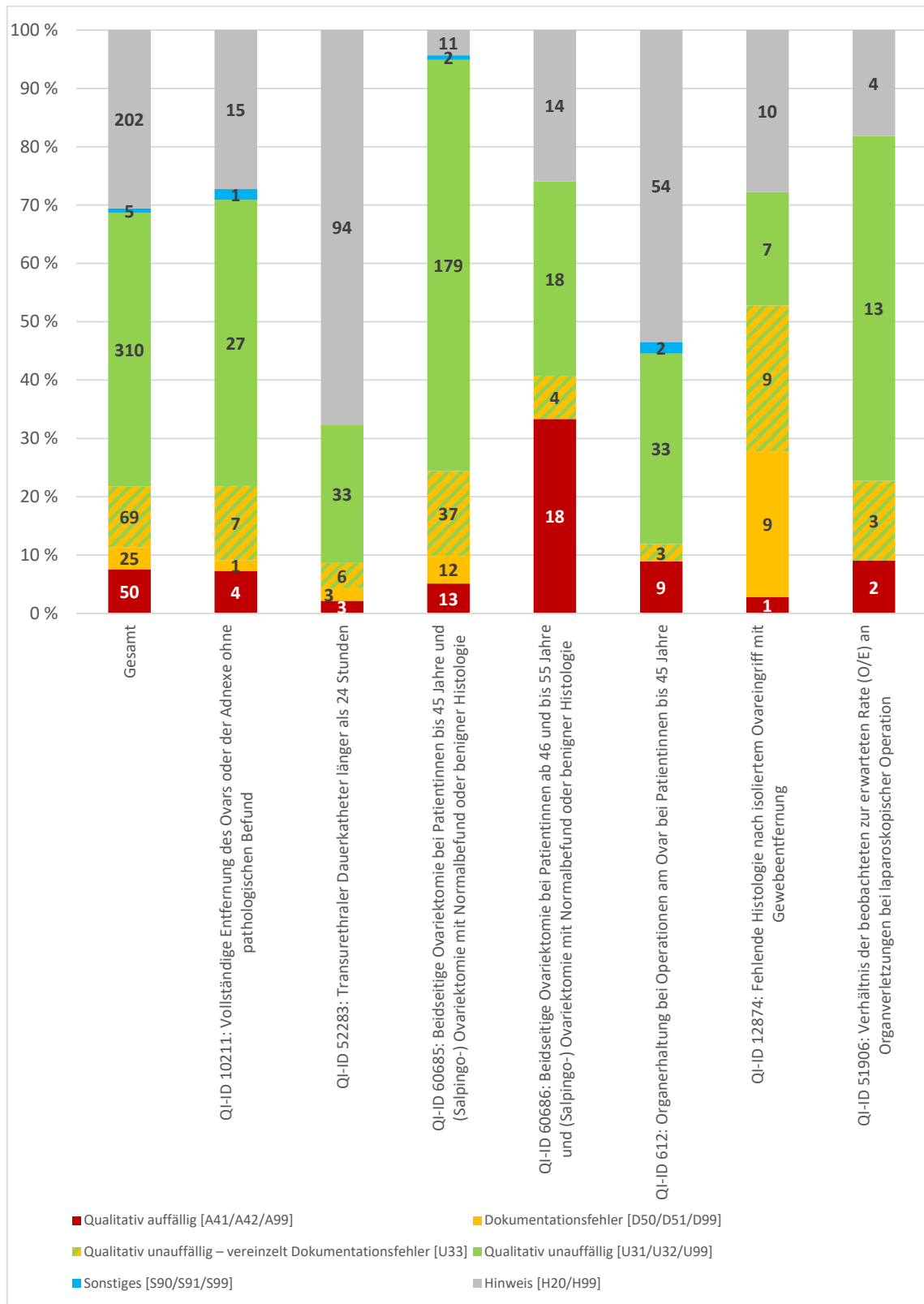


Abbildung 21: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Gynäkologische Operationen

5.2.5 Mammachirurgie

Lina Jürgens, Claudia Damrau, Dr. Susanne Nolte

■ QS-Verfahren Mammachirurgie

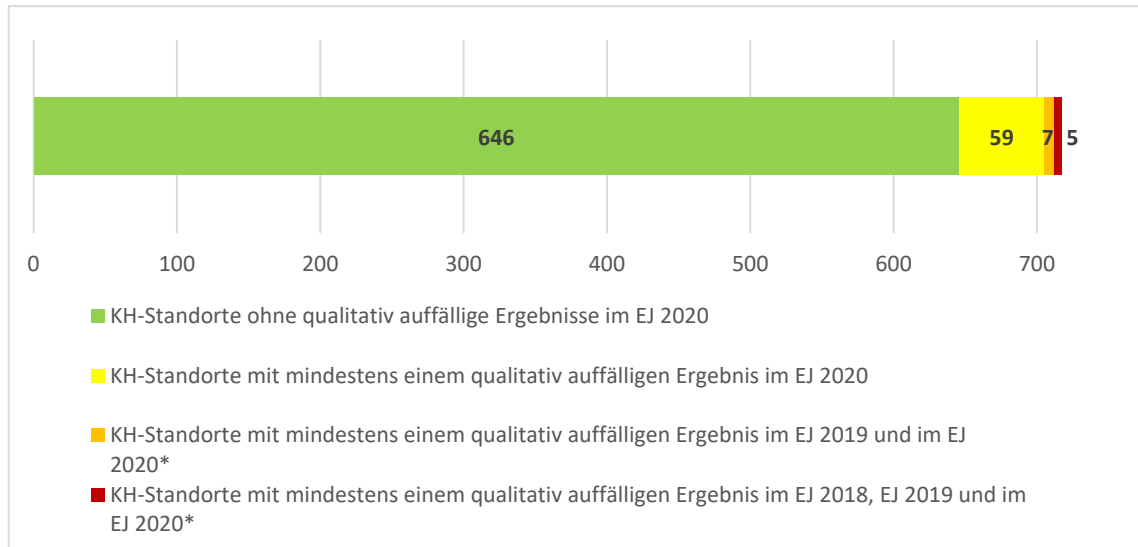


Abbildung 22: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2018, 2019 und 2020 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im Erfassungsjahr 2020 wurden 624 von insgesamt 6.446 Indikatorenergebnissen rechnerisch auffällig, dies entspricht einem Anteil von 9,7 %. Die reine Anzahl der rechnerisch auffälligen Ergebnisse hat sich im Vergleich zum Vorjahr leicht verringert (EJ 2019: 682), der Anteil ist im Vergleich zum Vorjahr nahezu identisch (EJ 2019: 10 %). Im QS-Verfahren *Mammachirurgie* wurden von insgesamt 717 Krankenhausstandorten 71 mit mindestens einem qualitativ auffälligen Ergebnis bewertet. Bei sieben dieser Standorte gab es bereits im Vorjahr qualitativ auffällige Ergebnisse. Bei fünf Standorten bestand eine qualitative Auffälligkeit dann auch schon im Vorjahr.

Nach Durchführung des Strukturierten Dialogs wurden bundesweit im QS-Verfahren *Mammachirurgie* bei 624 Standorten mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen 84 qualitativ auffällig bewertet. Dies entspricht etwa den Ergebnissen des Vorjahres (N = 682, n = 82). Die Indikatoren „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ (QI-ID 51846), „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ (QI-ID 50719) wie auch „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ (QI-ID 51874) sind dabei Indikatoren, die häufig die Bewertung „qualitativ auffällig“ erhalten haben. Der Indikator „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ hatte bereits im Vorjahr eine hohe Anzahl an qualitativ auffälligen Bewertungen. Der Indikator

„Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ wie auch der Indikator „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ wurden nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum ersten Mal mit einer hohen Anzahl an qualitativen Auffälligkeiten bewertet.

Indikator 51846: „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“

Wie auch im Vorjahr gab es beim Indikator 51846 „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ 2020 die meisten qualitativen Auffälligkeiten. Mit 22,8 % der Standorte mit rechnerisch auffälligem Ergebnis (21 von 92) übersteigt der Anteil der Standorte mit qualitativ auffälligem Ergebnis sogar den Wert des Vorjahres (EJ 2019: 18 %). Bezogen auf alle beobachteten Standorte machen die auffälligen Vorgänge 3,1 % aus. Das Qualitätsergebnis hat sich in den vergangenen zwei Jahren also nicht verbessert.

Ein Verzicht auf das Vorliegen einer prätherapeutischen histologischen Sicherung wurde wegen Abweichens von der interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms im Strukturierten Dialog häufig als qualitativ auffällig bewertet. Den Länderberichten ist zu entnehmen, dass gerade Einrichtungen mit kleinen Fallzahlen in diesem Qualitätsindikator qualitativ auffällige Ergebnisse vorwiesen. Insgesamt drei Leistungserbringer hatten wiederholt qualitativ auffällige Ergebnisse. Anders als im Vorjahr wurden keine Begehungen, kollegialen Gespräche oder Zielvereinbarungen vorgenommen.

Indikator 50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“

Beim Indikator „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ konnten 123 rechnerische Auffälligkeiten identifiziert werden. Im Vorjahresvergleich zeigt sich eine leicht negative Entwicklung. Der Anteil der qualitativ auffälligen Bewertungen ist von 8,7 % (EJ 2019: N = 115, n = 10) auf 12,2 % (EJ 2020: n = 15) gestiegen. Den Länderberichten ist nicht zu entnehmen, welche Gründe zu einer Bewertung „qualitativ auffällig“ geführt haben. Insgesamt wurden bei diesem Indikator 53 Hinweise versendet und 9 spezifische Maßnahmen empfohlen sowie eine Zielvereinbarung vorgenommen. Gleichzeitig weist dieser Indikator die meisten unauffälligen Ergebnisse auf (n = 52) bei einem Dokumentationsfehler in einem Fall.

Indikator 51874: „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“

Hinsichtlich des Indikators „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ kann festgestellt werden, dass das Qualitätsergebnis auf einem konstanten Niveau bleibt. Von 65 rechnerisch auffälligen Bewertungen wurden 15 nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig bewertet (EJ 2019: N = 68, n = 13). Die Bewertung „qualitativ unauffällig“ wurde 20-mal vorgenommen und es wurden 28 Hinweise verschickt. Vereinzelt wurden spezifische Maßnahmen (drei) besprochen und vier Zielvereinbarungen festgelegt. Dokumentationsfehler lagen in diesem Indikator nicht vor.

QI-ID 211800: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS

Im vergangenen Jahr zählte dieser Indikator mit einem Anteil von 18,6 % qualitativen Auffälligkeiten zu den Indikatoren mit den meisten Auffälligkeiten (N = 86, n = 16). Im Jahr 2020 gab es absolut weniger rechnerische Auffälligkeiten und von diesen hatten anteilig auch weniger Standorte qualitativ auffällige Ergebnisse (N = 61, n = 9, entsprechend 14,8 %). Hier zeigt sich eine deutliche Verbesserung im Vergleich zum Vorjahr.

Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden 6 Dokumentationsfehler festgestellt und 21 Hinweise gegeben sowie 2 Zielvereinbarungen vorgenommen. In einem Fall konnte der Strukturierte Dialog nicht durchgeführt werden, weil das Krankenhaus zwischenzeitlich geschlossen wurde.

Indikator 51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation

Die qualitativen Ergebnisse für den Indikator 51370 „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“ hatten sich im Erfassungsjahr 2019 im Vergleich zum Vorjahr wesentlich verbessert. Dieses positive Ergebnis bestätigt sich im Erfassungsjahr 2020 mit insgesamt nur vier Standorten mit qualitativ auffälligen Ergebnissen bundesweit.

Indikatoren: 52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate und 52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate

Die beiden Qualitätsindikatoren 52267 und 52278 befinden sich in einer prolongierten Erprobung. Wie in den Vorjahren war der Strukturierte Dialog für Einrichtungen ab vier Fällen in der Grundgesamtheit des Indikators zu führen. Der Strukturierte Dialog soll darauf abzielen, die Kernpunkte etwaiger Qualitätsdefizite unter den möglichen Einflussfaktoren herauszufinden, um in der Folge die Qualitätsindikatoren zu präzisieren. Für das Erfassungsjahr 2020 wurden bundesweit 121 Standorte rechnerisch auffällig, von denen 4 eine Bewertung „qualitativ auffällig“ erhielten. Bei keinem Standort zeigte sich eine wiederholte Auffälligkeit.

Im Rahmen von inhaltlichen Rückmeldungen gaben die LQS zum Teil an, dass Einrichtungen nicht über standardisierte Abläufe im Umgang mit den Gewebeproben verfügen. Ein Bundesland meldete zurück, dass größere Einrichtungen zumeist über diese SOP verfügen.

Indikator 60659: Nachresektionsrate

Beim Indikator 60659 „Nachresektionsrate“ gab es bundesweit 8 qualitativ auffällige Standorte von insgesamt 35 rechnerisch auffälligen Standorten, dies macht einen Anteil von 22,9 % aus. Damit entspricht das Ergebnis weitgehend dem des Vorjahres, damals wurden von 38 Standorten mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ebenfalls 8 als qualitativ auffällig bewertet (21,1 %).

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Seit dem Erfassungsjahr 2017 wird bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren gemäß plan. QI-RL zu statistischen Auffälligkeiten durchgeführt. Bei rechnerischen Auffälligkeiten dieser Qualitätsindikatoren findet ein Strukturierter Dialog nach der QSKH-RL statt. Der vorliegende Bericht bezieht sich vorwiegend auf die Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog nach QSKH-RL. Aufgrund der COVID-19-Pandemie wurde mit Wirkung zum 27. März 2020 für das Erfassungsjahr 2019 u. a. der § 11 „Stellungnahmeverfahren“ der plan. QI-RL ausgesetzt. Diese Regelung bleibt auch für das Erfassungsjahr 2020 bestehen. Da die statistischen Auffälligkeiten gemäß plan. QI-RL zugleich eine rechnerische Auffälligkeit gemäß QSKH-RL darstellen, wurden diese auch für das Erfassungsjahr 2020 gemäß QSKH-RL als rechnerische Auffälligkeiten behandelt und im Strukturierten Dialog der QSKH-RL berücksichtigt. Insgesamt haben von 63 rechnerischen Auffälligkeiten 8 Standorte eine Bewertung als qualitativ auffällig erhalten.

Beim Indikator QI-ID 52330 hat nach Abschluss des Strukturierten Dialogs ein Standort ein qualitativ auffälliges Ergebnis erhalten (n = 13). Im Jahr davor waren es von 16 rechnerischen Bewertungen 2 Auffälligkeiten. Insgesamt wurden vier Hinweise versendet. In einem Fall ist der Dialog mit der Fachgruppe noch nicht abgeschlossen. Beim QI 52279 „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“ wurden von 47 Standorten mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen 7 als qualitativ auffällig bewertet. Bei beiden Indikatoren zeigt sich eine hohe Anzahl an Dokumentationsfehlern. So wurde beim Indikator „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“ in sieben Fällen (14,9 %, n = 47) und beim Indikator zur mammo-graphischen Drahtmarkierung (QI-ID 52330) in 2 von 13 Fällen (15,4 %) Dokumentationsfehler festgestellt.

Beim Indikator „Primäre Axilladissektion bei DCIS“, einem Sentinel Event, gab es bundesweit drei Standorte mit rechnerisch auffälligem Ergebnis, bei keinem wurde eine qualitative Auffälligkeit festgestellt. Eine weitere qualitative Verbesserung ist hier nicht möglich.

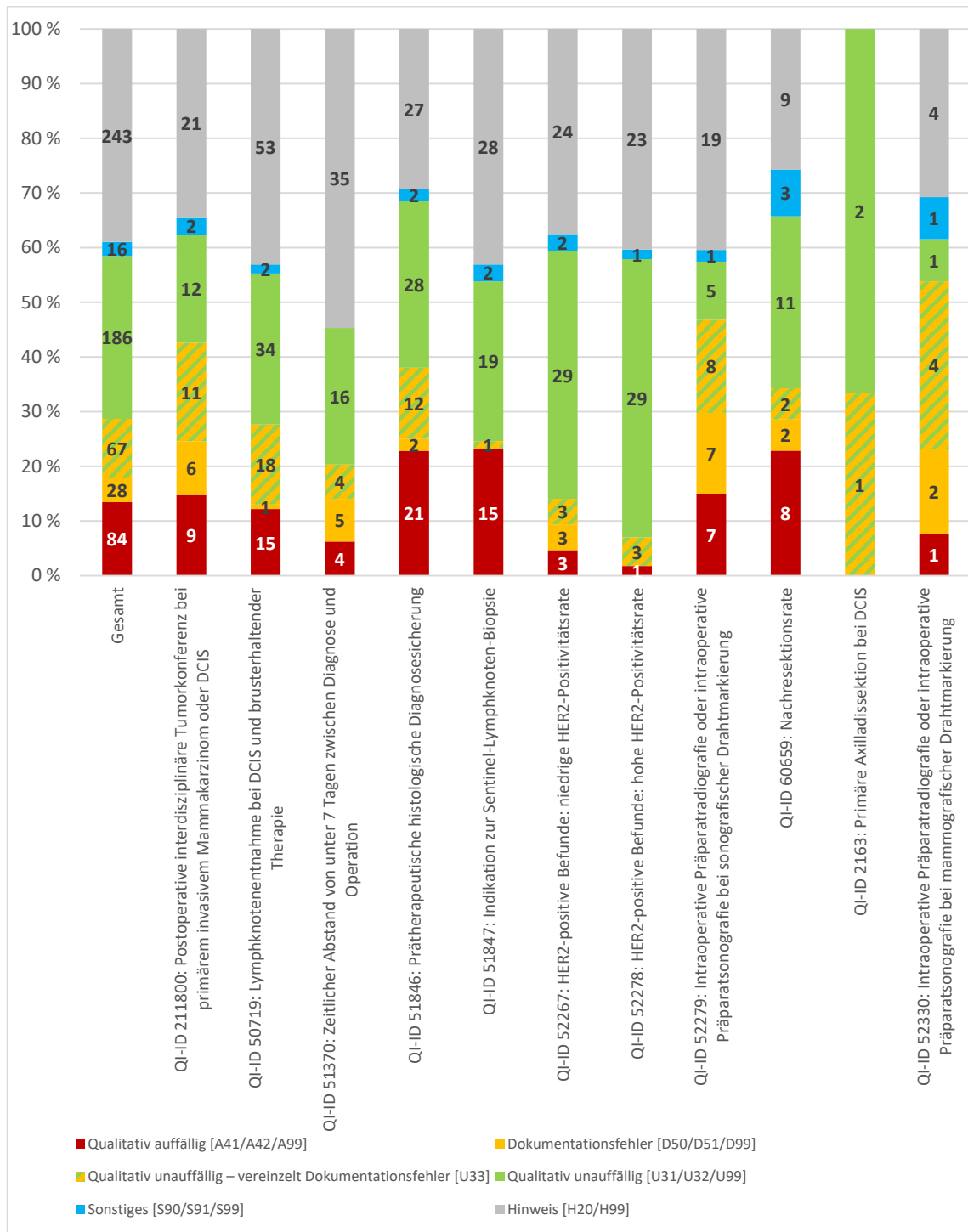


Abbildung 23: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Mammachirurgie

5.2.6 Perinatalmedizin

Stefanie Schill, Diana Münch, PD Dr. Günther Heller

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

Perinatalmedizin – *Geburtshilfe*

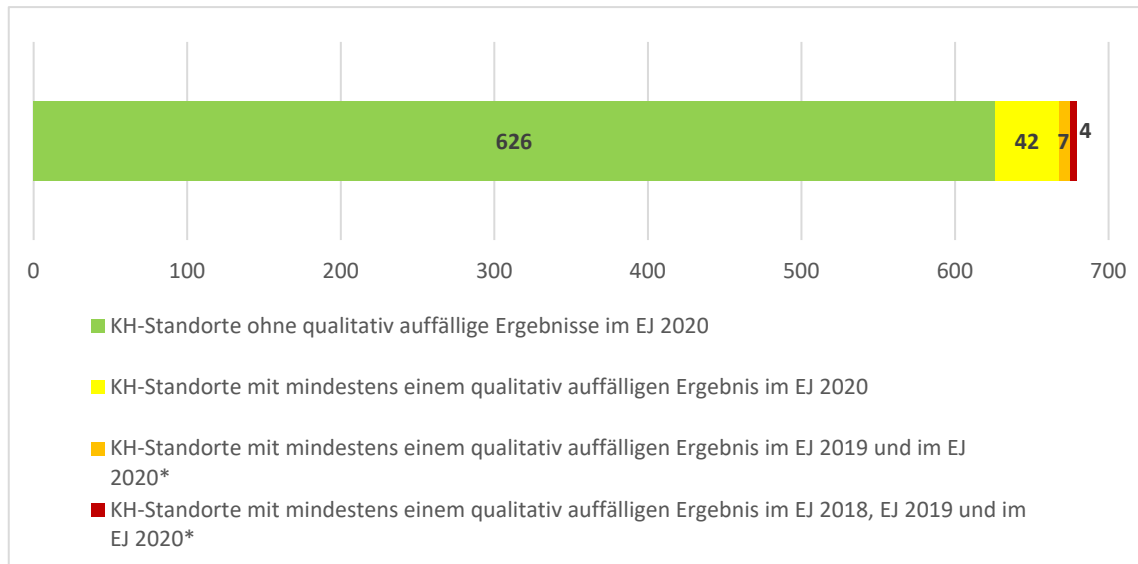


Abbildung 24: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2018, 2019 und 2020 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2020 wurden im QS-Verfahren *Geburtshilfe* insgesamt 333 rechnerische Auffälligkeiten in 8 Qualitätsindikatoren festgestellt (EJ 2019: n = 308). Dies waren 25 rechnerische Auffälligkeiten mehr als im Vorjahr. Hierzu wurden 77 Hinweise (23,1 %) versendet, 254 Stellungnahmen (76,3 %) angefordert, 14 kollegiale Gespräche (4,2 %) durchgeführt, 2 Begehungen (0,6 %) unternommen und 18 Zielvereinbarungen (5,4 %) mit den betroffenen Krankenhäusern geschlossen. Im Vergleich zum Vorjahr wurden mehr kollegiale Gespräche (6,2 %) geführt und mehr Zielvereinbarungen (8,1 %) mit den betroffenen Krankenhäusern getroffen.

Der vorliegende Bericht bezieht sich vorwiegend auf die Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog nach QSKH-RL. Aufgrund der COVID-19-Pandemie wurde mit Wirkung zum 27. März 2020 für das Erfassungsjahr 2019 u. a. der § 11 „Stellungnahmeverfahren“ der plan. QI-RL ausgesetzt. Diese Regelung bleibt auch für das Erfassungsjahr 2020 bestehen. Da die statistischen Auffälligkeiten gemäß plan. QI-RL zugleich eine rechnerische Auffälligkeit gemäß QSKH-RL darstellen,

wurden diese auch für das Erfassungsjahr 2020 gemäß QSKH-RL als rechnerische Auffälligkeiten behandelt und im Strukturierten Dialog der QSKH-RL berücksichtigt.

Der Strukturierte Dialog zum Erfassungsjahr 2020 wurde wiederholt am häufigsten zum planungsrelevanten Qualitätsindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (QI-ID 318) (n = 86; EJ 2019: n = 89) und zum Qualitätsindikator „Kaiserschnittgeburt“ (QI-ID 52249) (n = 74; EJ 2019: n = 65) durchgeführt.

Von den insgesamt 333 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurden 50 Qualitätsindikatorenergebnisse im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2020 als qualitativ auffällig bewertet (15,0 %). Im Erfassungsjahr 2019 waren es noch 64 qualitative Auffälligkeiten (20,8 %). Im planungsrelevanten Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (QI-ID 51803) fanden sich, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, die meisten als qualitativ auffällig eingestuft Ergebnisse (n = 9 von 20; 45,0 %). Bei diesem Indikator ist hinsichtlich der qualitativ auffälligen Ergebnisse ein Rückgang von 15 Prozentpunkten im Vergleich zum Erfassungsjahr 2019 (n = 15 von 25; 60,0 %) zu verzeichnen. In den Länderberichten zum Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2020 wurden Struktur- und Prozessmängel als auch Messfehler für die Einstufung als qualitativ auffälliges Ergebnis genannt. Im Qualitätsindikator „Kaiserschnittgeburt“ (QI-ID 52249) wurden, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, 28,4 % (n = 21 von 74) qualitative Auffälligkeiten festgestellt. Auch hier ist im Vergleich zu den Vorjahren ein Rückgang der qualitativ auffälligen Ergebnisse festzustellen (EJ 2019: 44,6 %; EJ 2018: 35,6 %; EJ 2017: 43,1 %). In den Länderberichten zum Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2020 finden sich hierzu keine weiteren Informationen.

Von den insgesamt 333 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurden 50 Qualitätsindikatorenergebnisse im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2020 als qualitativ auffällig (15,0 %) und 170 als qualitativ unauffällig bewertet (51,1 %). Darüber hinaus wurden 77 Hinweise (23,1 %) verschickt. 27 bzw. 9 rechnerisch auffällige Ergebnisse fielen in die Kategorie „fehlerhafte Dokumentation“ (8,1 %) bzw. „Sonstiges“ (2,7 %). Im Vergleich zum Vorjahr ist somit eine relative Abnahme der qualitativ auffälligen Ergebnisse von 20,8 % auf 15,0 % und eine relative Zunahme der qualitativ unauffälligen Ergebnisse von 39,6 % auf 51,1 % zu verzeichnen.

Die meisten Hinweise wurden zum Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV“ (QI-ID 181800) übermittelt (n = 20 von 32 rechnerischen Auffälligkeiten; 62,5 %). Vonseiten der Bundesländer wurde angegeben, dass insbesondere bei Einzelfällen und erstmaligen und minimalen rechnerischen Abweichungen vom Referenzbereich Hinweise versandt werden.

Im planungsrelevanten Qualitätsindikator „Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung“ (QI-ID 50045) wurden im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2020 bei 50,0 % (n = 3 von 6; EJ 2019: 33,3 %) der rechnerisch auffälligen Ereignisse Dokumentationsfehler festgestellt. Im planungsrelevanten Qualitätsindikator „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (QI-ID 330) waren es 21,0 % (n = 13 von 62; EJ 2019: 18,6 %).

Im planungsrelevanten Qualitätsindikator „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (QI-ID 1058) wurde weiterhin ein hoher Anteil (69,2 %) der rechnerischen Auffälligkeiten im Indikator (n = 18 von 26) als qualitativ unauffällig eingestuft. Das Ergebnis ist im Vergleich zum Vorjahr in etwa gleich geblieben (68,2 %). Ein Grund für den hohen Anteil an qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen waren laut den Länderberichten zum Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2020 vereinzelte Dokumentationsfehler wie z. B. eine falsch dokumentierte E-E-Zeit. Im planungsrelevanten Qualitätsindikator „Anwesenheit eines Pädiateurs bei Frühgeburten“ (QI-ID 318) wurde der höchste Anteil an qualitativ unauffällig bewerteten Ereignissen ermittelt (73,3 %; n = 63 von 86 rechnerischen Auffälligkeiten). Nach Einschätzung der Bundesfachgruppe „Perinatalmedizin“ werden rechnerische Auffälligkeiten häufig bei Geburtskliniken ohne angeschlossene Kinderklinik identifiziert, da hier nur wenige Frühgeburten stattfinden und bei diesen selten Pädiateurinnen bzw. Pädiateur anwesend sind; somit wird der Referenzbereich von $\geq 90\%$ bei wenigen Fällen in der Grundgesamtheit verfehlt. Daher soll auch jede rechnerische Auffälligkeit im Strukturierten Dialog untersucht werden. Rückmeldungen der Krankenhäuser zu Auffälligkeiten weisen oftmals auf Notfälle und im Vorfeld nicht planbare geburtshilfliche Einzelsituationen hin, bei denen es nicht zu vermeiden sei, dass die Pädiateurin bzw. der Pädiateur – selbst in einer pädiatrischen Fachabteilung – erst nach der Geburt eintrifft oder dass eine Verlegung kurz vor der Geburt nicht erfolgen konnte. Solche Situationen werden allerdings insofern bereits im Indikator berücksichtigt, als nur in 90 % (Referenzbereich) der Frühgeburten eine Pädiateurin oder ein Pädiateur anwesend sein muss. Zudem zeigen sich bei Schwangeren häufig schon weit im Voraus Anzeichen einer Frühgeburt, wodurch diese in der Regel planbar und ggf. verlegbar ist. Darüber hinaus wurden als Begründungen Fehldokumentationen in der QS-Dokumentation genannt (z. B. ausbleibende Dokumentation der bereits präpartal eingetroffenen Pädiateurin bzw. des Pädiateurs, Fehldokumentationen des Gestationsalters).

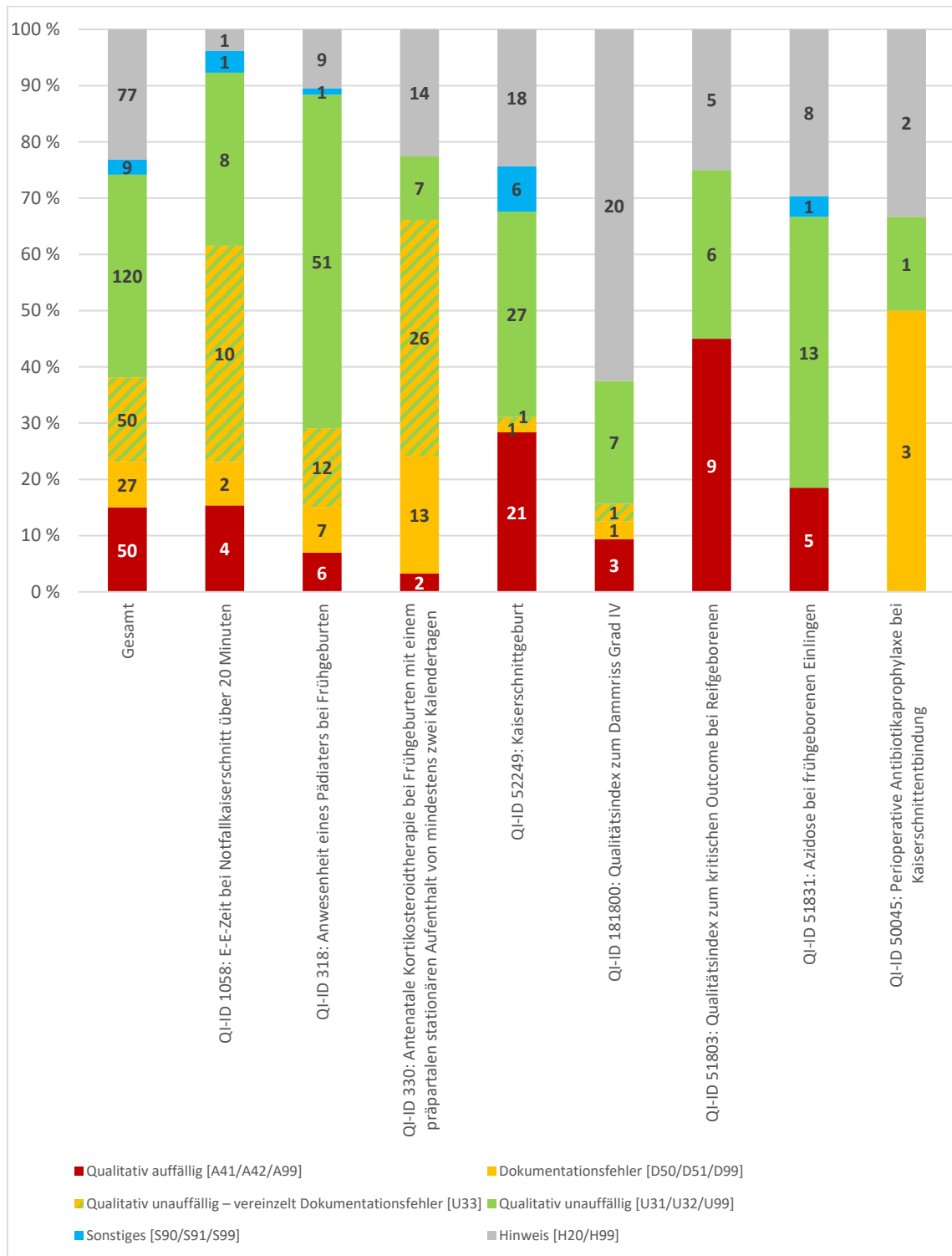


Abbildung 25: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Geburtshilfe

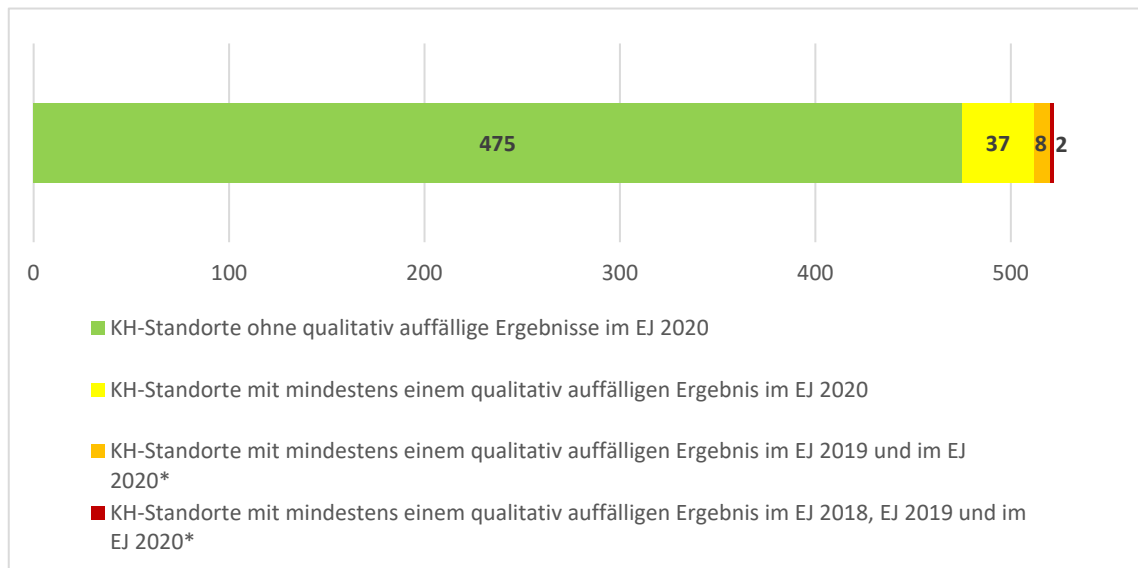
Perinatalmedizin – Neonatologie

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

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2018, 2019 und 2020 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im QS-Verfahren *Neonatalogie* wurden im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2020 insgesamt 330 rechnerische Auffälligkeiten basierend auf 8 Qualitätsindikatoren identifiziert (EJ 2019: n = 312). Zu den 330 rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Erfassungsjahr 2020 wurden 39 Hinweise (11,8 %) versendet, im Erfassungsjahr 2019 lag die Anzahl noch bei 29 Hinweisen (9,3 %). Im Vergleich zum Vorjahr wurden im Erfassungsjahr 2020 prozentual weniger Stellungnahmen angefordert (EJ 2020: 88,2 %; n = 291; EJ 2019: 90,7 %; n = 283). Als weiterführende Maßnahme wurden im Erfassungsjahr 2020 in 8 Fällen (2,4 %) kollegiale Gespräche durchgeführt, im Erfassungsjahr 2019 lag diese Anzahl bei 6 (1,9 %). Insgesamt wurden zwölf Zielvereinbarungen (3,6 %) für das Erfassungsjahr 2020 getroffen (EJ 2019: n = 15; 4,8 %).

Im Erfassungsjahr 2020 wurden die meisten rechnerischen Auffälligkeiten, wie bereits in den Vorjahren, insbesondere zum Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (QI-ID 51070; EJ 2020: n = 155; EJ 2019: n = 155; EJ 2018: n = 140; EJ 2017: n = 143) ermittelt.

Innerhalb des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2020 wurden insgesamt 56 rechnerisch auffällige Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (EJ 2019: n = 39). Dies ergibt einen Anteil von 17,0 % (EJ 2019: 12,5 %). Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Krankenhäuser wurden, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, wie bereits im Vorjahr in den Qualitätsindikatoren „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ (QI-ID 50069; EJ 2020: n = 9 von 25; 36,0 %; EJ 2019: n = 5 von 18; 27,8 %; EJ 2018: n = 9 von 24; 37,5 %) und „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ (QI-ID 50074; EJ 2020: n = 10

von 29; 34,5 %; EJ 2019: n = 9 von 25; 36,0 %; EJ 2018: n = 12 von 18; 66,7 %) festgestellt. Bezogen auf diese Qualitätsindikatoren wurden vonseiten der Länder Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel wie ein nicht ausreichend verfügbares Wärmemanagement (z. B. Verwendung von Wärmelampen, Wärmetüchern und bestimmten Wärmefolien, Bonding, Beobachtung durch erfahrene Hebamme bei Risikogeburten), Umbaumaßnahmen oder eine Erweiterung der personellen Zuständigkeiten genannt.

Im Erfassungsjahr 2020 wurde im QS-Verfahren *Neonatalogie* der größte Anteil an Hinweisen, wie bereits in den Vorjahren, zum Qualitätsindikator „Zunahme des Kopfumfangs“ (QI-ID 52262; EJ 2020: 28,6 %; EJ 2019: 22,2 %; EJ 2018: 47,62 %; EJ 2017: 60,0 %) versendet. Zudem wurden zu 25,0 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse im Qualitätsindikator „Pneumothorax unter oder nach Beatmung“ (QI-ID 50062) Hinweise versendet (n = 6 von 24). Im Erfassungsjahr 2019 lag der Anteil in diesem Indikator lediglich bei 8,3 % (n = 2 von 24). Infolge einer grundlegenden Überarbeitung der für den Qualitätsindikator verwendeten Rechenregel sind die Ergebnisse allerdings nicht mit dem Vorjahr vergleichbar. Im Qualitätsindikator werden nun nur noch Pneumothoraxe erfasst, die nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung (während der Behandlung in der Neonatalogie des eigenen Standortes oder bei Aufnahme aus dem Kreißaal/der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standorts) aufgetreten sind. Pneumothoraxe, die ohne jegliche vorangehende oder bestehende Atemhilfe/Beatmung aufgetreten sind, werden nicht mehr im Qualitätsindikator berücksichtigt.

Im Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2020 wurden 2,4 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation auffällig (EJ 2019: 4,5 %). Die meisten Dokumentationsfehler (n = 6; 15,8 %) wurden für das Erfassungsjahr 2020 im Qualitätsindikator „Durchführung eines Hörtests“ (QI-ID 50063) festgestellt, im Erfassungsjahr 2019 lag der Anteil an Fehldokumentationen in diesem Indikator noch bei 11,8 % (n = 4). In den Länderberichten zum Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2020 wurde u. a. zurückgemeldet, dass der Hörtest vonseiten einiger Leistungserbringer ordnungsgemäß durchgeführt, allerdings nicht dokumentiert wurde. Ebenso wurden mehrjährig auftretende Dokumentationsprobleme eines Standortes in diesem Indikator genannt.

Der Anteil aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse, die im Strukturierten Dialog als qualitativ unauffällig eingestuft wurden, ist von 69,9 % (n = 218) im Erfassungsjahr 2019 auf 66,4 % (n = 219) im Erfassungsjahr 2020 gesunken. Im Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (QI-ID 51070) fanden sich für das Erfassungsjahr 2020, wie bereits im Vorjahr, die meisten Bewertungen als qualitativ unauffällig (n = 134; 86,5 %). Im Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2019 betrug die Rate an qualitativen Unauffälligkeiten in diesem Indikator 91,0 % (n = 141), im Erfassungsjahr 2018 sogar 92,9 % (n = 130); wenngleich der Anteil in den vergangenen Jahren gesunken ist. In den Rückmeldungen der Bundesländer zum Strukturierten Dialog wurden unvermeidliche, schicksalhaft verlaufende und medizinisch begründete Einzelfälle, bei denen keine Mängel in der Qualität der medizinischen Leistungserbringung zu erkennen waren, als Begründung für eine Einstufung als qualitativ unauffällig genannt. In vielen Fällen handelte es sich hierbei um palliativ begleitete Kinder mit schweren angeborenen oder letalen angeborenen Erkrankungen (Sterbefälle pränatalen Ursprungs). Perinatal aufgetretene

Sterbefälle wurden zumeist durch schwere, im Rahmen der Geburt aufgetretene Asphyxien (bei z. T. aus externen Geburtskliniken zuverlegten Kindern) verursacht. In den Länderberichten zum Strukturierten Dialog wurde vielfach berichtet, dass jeder aufgetretene neonatologische Sterbefall in interdisziplinären Einzelfallbesprechungen aufgearbeitet und bewertet wird (z. B. durch Sichtung umfangreicher Auszüge aus der Patientendokumentation wie Epikrise, OP-Bericht, Reanimationsprotokoll, Obduktionsergebnis). Hierdurch können mögliche alternative Vorgehensweisen in Diagnostik und Therapie entwickelt und Empfehlungen für das zukünftige Handeln in ähnlichen Fällen herausgegeben werden (z. B. Erstellung einer detaillierten Verfahrensanweisung zum Umgang mit besonderen Situationen bei der Erstversorgung von Neugeborenen).

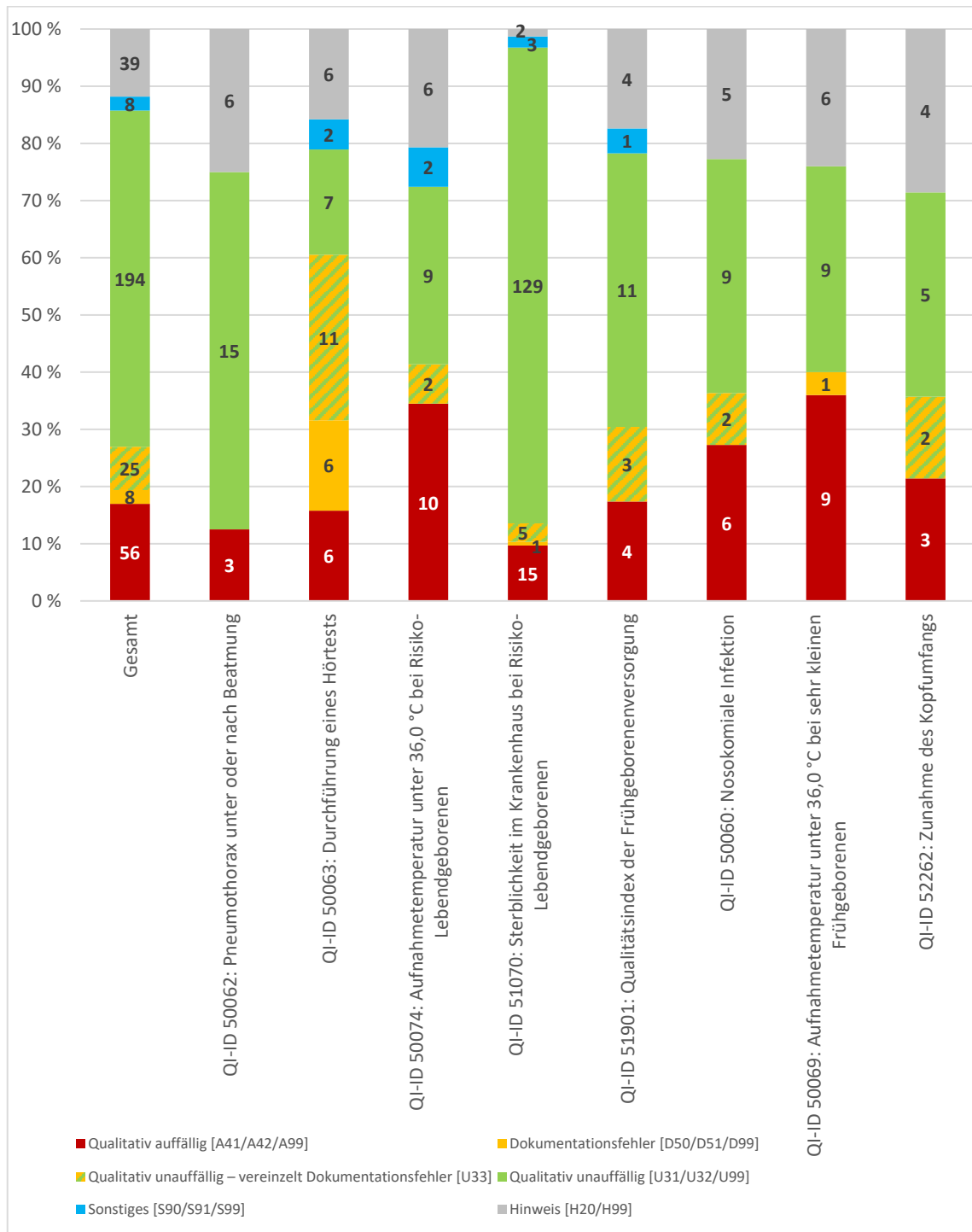


Abbildung 27: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Neonatologie

5.2.7 Orthopädie und Unfallchirurgie

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

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

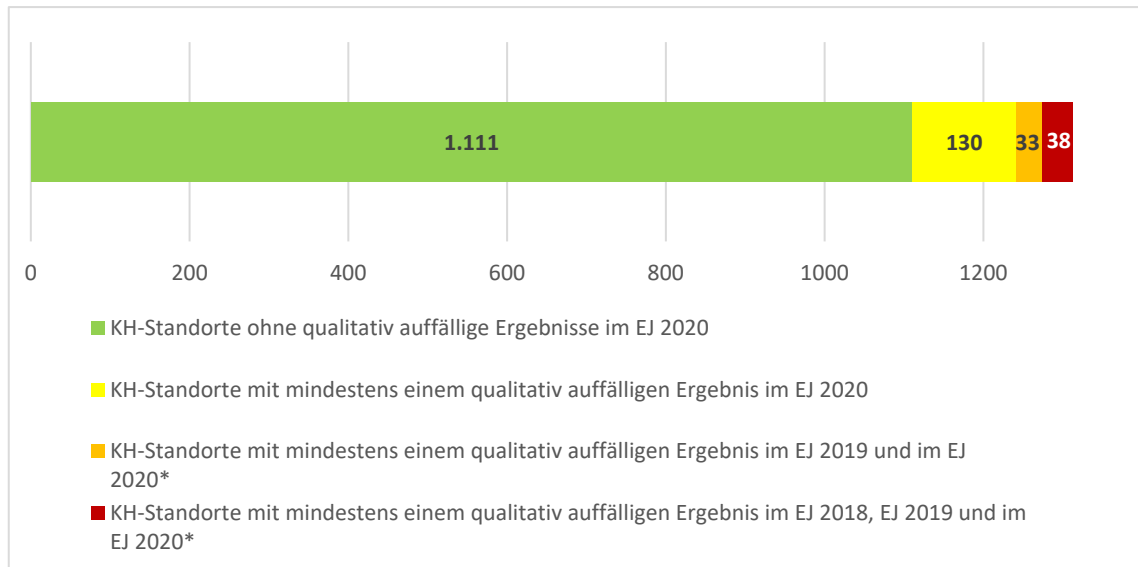


Abbildung 28: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2018, 2019 und 2020 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Der Versorgungsbereich *Orthopädie und Unfallchirurgie* umfasste im EJ 2020 insgesamt 28 Qualitätsindikatoren, die in 1.447 Krankenhausstandorten erhoben wurden. In 289 der Standorte (20 %) konnte mindestens ein qualitativ auffälliges Ergebnis festgestellt werden. Dies stellt eine leichte Verbesserung zum Vorjahr (EJ 2019: 25 %) dar.

Wie in den Jahren zuvor wurden auch im Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2020 in allen drei Verfahren häufig Hinweise an rechnerisch auffällige Leistungserbringer verschickt (17/1 = 31,3 %, HEP = 40,1 %, KEP = 52,1 %). In den übrigen Fällen forderten die Landesgeschäftsstellen Stellungnahmen an. „Sonstige“ eingeleitete Maßnahmen fanden nicht statt.

Die verfahrensübergreifende Betrachtung der Anzahl qualitativ auffälliger Ergebnisse pro Qualitätsindikator verzeichnet im Vergleich zum Vorjahr einen deutlichen Rückgang (EJ 2020 = 196 qualitativ auffällige Indikatorenergebnisse; EJ 2019 = 337), der alle drei Verfahren betrifft, jedoch verfahrensindividuelle Ursachen hat.

Im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* ergibt sich die geringere Anzahl qualitativ auffällig bewerteter Ergebnisse (EJ 2020: n = 91; 2019: n = 126) u. a. aus der Verringerung der Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse (EJ 2020 = 517; EJ

2019 = 597). Die meisten rechnerischen und qualitativen Auffälligkeiten summierten sich im Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ (QI-ID 54030, rechnerisch n = 269; qualitativ n = 72).

Im QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* ist bei vielen Qualitätsindikatoren eine z. T. deutliche Verringerung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse festzustellen, sodass weniger Ergebnisse im Strukturierten Dialog betrachtet und bewertet wurden. Besonders deutlich ist der Rückgang der rechnerisch auffälligen Ergebnisse im Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ (QI-ID 54003). Von 367 rechnerisch auffälligen Ergebnissen im EJ 2019 ging die Anzahl auf 234 im EJ 2020 zurück.

Im QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung* wurden ebenfalls weniger rechnerisch auffällige Ergebnisse (EJ 2020 = 701; EJ 2019 = 755) festgestellt und auch weniger Ergebnisse als qualitativ auffällig nach dem Strukturierten Dialog bewertet (EJ 2020: n = 25; EJ 2019 = 30). Das Gesamtergebnis lässt sich auf unterschiedliche Entwicklungen in den Qualitätsindikatoren im Vergleich zum EJ 2019 zurückführen, die jedoch nicht auf Änderungen in der Spezifikation oder Rechenregel gründen. Die rechnerisch auffälligen Ergebnisse nahmen in den Qualitätsindikatoren „Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“ (QI-ID 54022), „Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation“ (QI-ID 54124) und ganz besonders in „Indikation zur unikondylären Schlittenprothese“ (QI-ID 54021) und „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (QI-ID 54127) ab. Hingegen ist eine deutliche Zunahme bei „Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“ (QI-ID 54125) zu verzeichnen.

Über alle Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs hinweg führten überwiegend Struktur- und Prozessmängel (EJ 2020 = 79 %; EJ 2019 = 78 %;) zu einer qualitativ auffälligen Bewertung, wobei wie im Vorjahr der Einfluss der Qualitätsindikatoren zur präoperativen Verweildauer maßgeblich war.

Wie im Erfassungsjahr 2019 wurden in allen drei Verfahren viele Leistungserbringer nach Abschluss des Strukturierten Dialogs lediglich auf ihr rechnerisch auffälliges Ergebnis (Einstufung H20 oder H99) hingewiesen (1.054 Hinweise von 2.532 Fällen mit rechnerisch auffälligem Ergebnis; 41,6 %). Dabei spielt es für den Leistungserbringer eine Rolle, in welchem Bundesland er die Versorgung übernimmt. Je nach Qualitätsindikator verschicken einige Landesstellen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen ausschließlich Hinweise, wohingegen andere Landesstellen hierfür Stellungnahmen anfordern. Das unterschiedliche Vorgehen beeinflusst somit auch das quantitative Ergebnis qualitativ auffälliger bzw. qualitativ unauffälliger Standorte im Bundesland.

Präoperative Verweildauer

Am häufigsten wurden Krankenhäuser aufgrund rechnerisch auffälliger Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren zur präoperativen Verweildauer (HEP: QI-ID 54003, 17/1: QI-ID 54030) qualitativ auffällig. Die Landesstellen haben im Vorjahr bei Standorten mit rechnerisch auffälligem Ergebnis in diesen Qualitätsindikatoren etwas häufiger Stellungnahmen angefordert (EJ 2020 = 75 %; EJ 2019 = ca. 70 %).

Wenn ein Leistungserbringer in den Qualitätsindikatoren zur präoperativen Verweildauer rechnerisch auffällig wird, so bleibt die Wahrscheinlichkeit, als qualitativ auffällig bewertet zu werden, im Vergleich zu den vergangenen Jahren unverändert. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs war in den Qualitätsindikatoren „Präoperative Verweildauer“ (17/1: QI-ID 54030; HEP: QI-ID 54003) der Anteil qualitativ auffälliger Leistungserbringer an den rechnerisch auffälligen Leistungserbringern geringer als im Vorjahr (EJ 2020 = 24 %; EJ 2019 = 30 %).

Im Rahmen der kollegialen Gespräche konnten Prozessmängel (z. B. Arbeitsabläufe und klinikinterne Monitoringschwierigkeiten) identifiziert werden. Eine LQS berichtete zudem von anfänglichen Problemen im Umgang mit der COVID-19-Pandemie. In der Gruppe der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser waren Kliniken vertreten, die den Referenzbereich erheblich überschritten hatten. Zu Beginn der Pandemie trafen teilweise die Ergebnisse der PCR-Tests aufgrund der unzureichenden COVID-19-Testkapazität erst Tage später ein, was zu einer verzögerten Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur im Einzelfall führte. Einige dieser auffälligen Krankenhäuser waren jedoch bereits vor der COVID-19-Pandemie in den Qualitätsindikatoren auffällig. An einem anderen Standort kam es zu einer Entanonymisierung im Lenkungsausschuss. Das folgende Gespräch mit der Klinikleitung führte zu der Vereinbarung, dass keine hüftgelenknahen Femurfrakturen mehr in der Abteilung versorgt werden.

Indikationsstellung HEP und KEP

In einem Bundesland wurde aufgrund einer mehrjährig auffälligen Klinik eine Begehung durch Mitglieder des Fachausschusses mit Sichtung von präoperativen Röntgenbildern durchgeführt. Diese ergab sowohl deutliche Dokumentationsfehler als auch teilweise massive Qualitätsdefizite in der Indikationsstellung von Hüft- und Knieprothesen. Das zuständige Ministerium für Soziales und Integration als zuständige Planungsbehörde wurde eingeschaltet und führt mit der Klinik Gespräche über die künftige Leistungserbringung.

Gehunfähigkeit

Alle drei Verfahren beinhalten Qualitätsindikatoren zur Gehunfähigkeit; im Vergleich zum Vorjahr sind keine Veränderungen festzustellen.

Nach dem Strukturierten Dialog wurden wie im Vorjahr ähnlich viele Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (EJ 2020 = 6, 3,3 %; EJ 2019 = 5, 6,5 %), und vergleichbar viele als qualitativ unauffällig (EJ 2020 = 76, 41,5 %; EJ 2019 = 29, 37,7 %). Die Anzahl fehlerhafter Dokumentationen (EJ 2020 = 26, 14,4 %; EJ 2019 = 12, 15,6 %) und sonstiger Bewertungen (EJ 2020 = 5; EJ 2019 = 1) blieb näherungsweise unverändert.

Komplikationen

Bei Betrachtung der Qualitätsindikatoren zu Komplikationen in den drei QS-Verfahren fällt auf, dass weiterhin vergleichsweise viele Hinweise verschickt (40,6 % für QI-ID 54042 in 17/1; 61,0 % für QI-ID 54017 in HEP und 70,0 % für QI-ID 50481 in KEP), selten Ergebnisse als qualitativ auffällig beschrieben und wenige weiterführende Maßnahmen durchgeführt wurden (17/1: keine kollegialen Gespräche und vier Zielvereinbarungen; HEP: keine kollegialen Gespräche und sechs Zielvereinbarungen; KEP: keine kollegialen Gespräche und eine Zielvereinbarung).

Eine LQS berichtete, dass mehrheitlich vereinzelte Dokumentationsfehler zur rechnerischen Auffälligkeit führten, da Harnwegsinfektionen überdokumentiert wurden, die bereits bei Aufnahme vorlagen oder nicht katheterassoziiert waren. Diese Anforderungen an die Dokumentation sind in dem Dokumentationsbogen beschrieben.

Eine LQS schlug vor, die Komplikationen in Ebenen der Organsysteme mit Risikoadjustierung abzubilden, um diese kalkulatorischen Kennzahlen im Stellungnahmeverfahren getrennt betrachten zu können.

Follow-up-Indikatoren

Die Follow-up-Indikatoren „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf“ (QI-ID 10271; HEP) und „Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf“ (QI-ID 54128; KEP) gehören erneut zu den Qualitätsindikatoren, bei denen verhältnismäßig viele Stellungnahmen zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen angefordert wurden (HEP = 77,0 %; KEP = 67,0 %). Die Anzahl der rechnerisch auffälligen Leistungserbringer ist unverändert (HEP: 2019 = 67, 2020 = 61; KEP: 2019 = 53, 2020 = 49).

Bei beiden Qualitätsindikatoren kann darüber hinaus festgestellt werden, dass anteilig gleichbleibend rechnerisch auffällige Ergebnisse nach dem Strukturierten Dialog als qualitativ auffällig bewertet wurden. 2019 lag der Anteil in HEP bei 15 % (n = 10) und in KEP bei 5,6 % (n = 3). 2020 waren es in HEP noch 14,8 % (n = 9) und in KEP 2 % (n = 1).

Sterblichkeit

Zu den Todesfällen in HEP und KEP wurden gemäß den Landesstellen ausführliche Einzelfallanalysen erstellt, dazu Epikrisen, Operations- und, wenn vorhanden, Obduktionsberichte angefordert. Überwiegend wurde festgestellt, dass es sich bei den Todesfällen um tragische Einzelfälle handelte.

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Ergebnisübersicht

Im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* wurden in Deutschland über alle 5 Qualitätsindikatoren (5.553 Indikatorenergebnisse) insgesamt 517 (9 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt (EJ 2019 = 11 %).

Maßnahmen

Bei etwa einem Drittel (31,3 %) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 517) endete der Strukturierte Dialog mit dem Versand eines Hinweises (n = 162), sodass keine Beurteilung dieser Ergebnisse vorgenommen werden konnte. Bayern, Bremen, Sachsen-Anhalt und Thüringen haben bei weniger als 50 % der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis Stellungnahmen angefordert (19–44 %). In Berlin, Brandenburg, Saarland und Sachsen wurden hingegen wie im Vorjahr zu allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen Stellungnahmen eingeholt. Der Anteil der Stellungnahmen an den rechnerisch auffälligen Ergebnissen war bei den Qualitätsindikatoren „Präoperative Verweildauer“ (QI-ID 54030; 75,5 %) und „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (QI-ID 54033; 71,2 %) wiederholt am höchsten.

Bundesweit schlossen sich an 351 schriftliche Stellungnahmen 53 (15 %) weiterführende Maßnahmen wie kollegiale Gespräche (n = 11) und Zielvereinbarungen (n = 42) an. Im Erfassungsjahr 2019 lag dieser Anteil mit 19 % (351 Stellungnahmen; 76 weiterführende Maßnahmen; 27 kollegiale Gespräche, keine Begehung und 49 Zielvereinbarungen) nur geringfügig höher. Alle kollegialen Gespräche (n = 11) und die mit Abstand meisten Zielvereinbarungen (n = 26) mit den Krankenhäusern wurden zum Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ (QI-ID 54030) geführt bzw. geschlossen. Zu den anderen vier Qualitätsindikatoren fanden jeweils maximal fünf Zielvereinbarungen statt.

Ergebnisbewertungen

In 4 der 16 Bundesländer lag der Anteil der rechnerisch auffälligen Standorte, die nach dem Strukturierten Dialog auch als qualitativ auffällig (A41, A42, A99) bewertet wurden, bei ca. 30 %. Fünf Bundesländer bewerteten keinen rechnerisch auffälligen Standort als qualitativ auffällig. Bundesweit konnte im Erfassungsjahr 2020 bei fast einem Drittel (n = 29) der als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse keine Verbesserung zum Vorjahr festgestellt werden, d. h., dass die Ergebnisse dieser Krankenhäuser sowohl 2020 als auch 2019 als qualitativ auffällig bewertet wurden.

Die meisten qualitativ auffälligen Ergebnisse in diesem QS-Verfahren betrafen den Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ (QI-ID 54030; 79 %; 72 von 91). Qualitativ auffällige Bewertungen kommen mit einem Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen von 27 % (72 von 269 rechnerisch auffälligen Ergebnissen) wie im Vorjahr ebenfalls am häufigsten bei diesem Indikator vor. Im Gegensatz dazu wurde für den Qualitätsindikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (QI-ID 54033) im Erfassungsjahr 2020 nur in zwei Fällen (3 %) die Bewertung „qualitativ auffällig“ vorgenommen.

Wie auch in den Erfassungsjahren 2017, 2018 und 2019 lässt sich außergewöhnlich oft ein rechnerisch auffälliges Ergebnis in dem Qualitätsindikator „Sturzprophylaxe“ (QI-ID 54050; 29 %) auf Dokumentationsprobleme zurückführen.

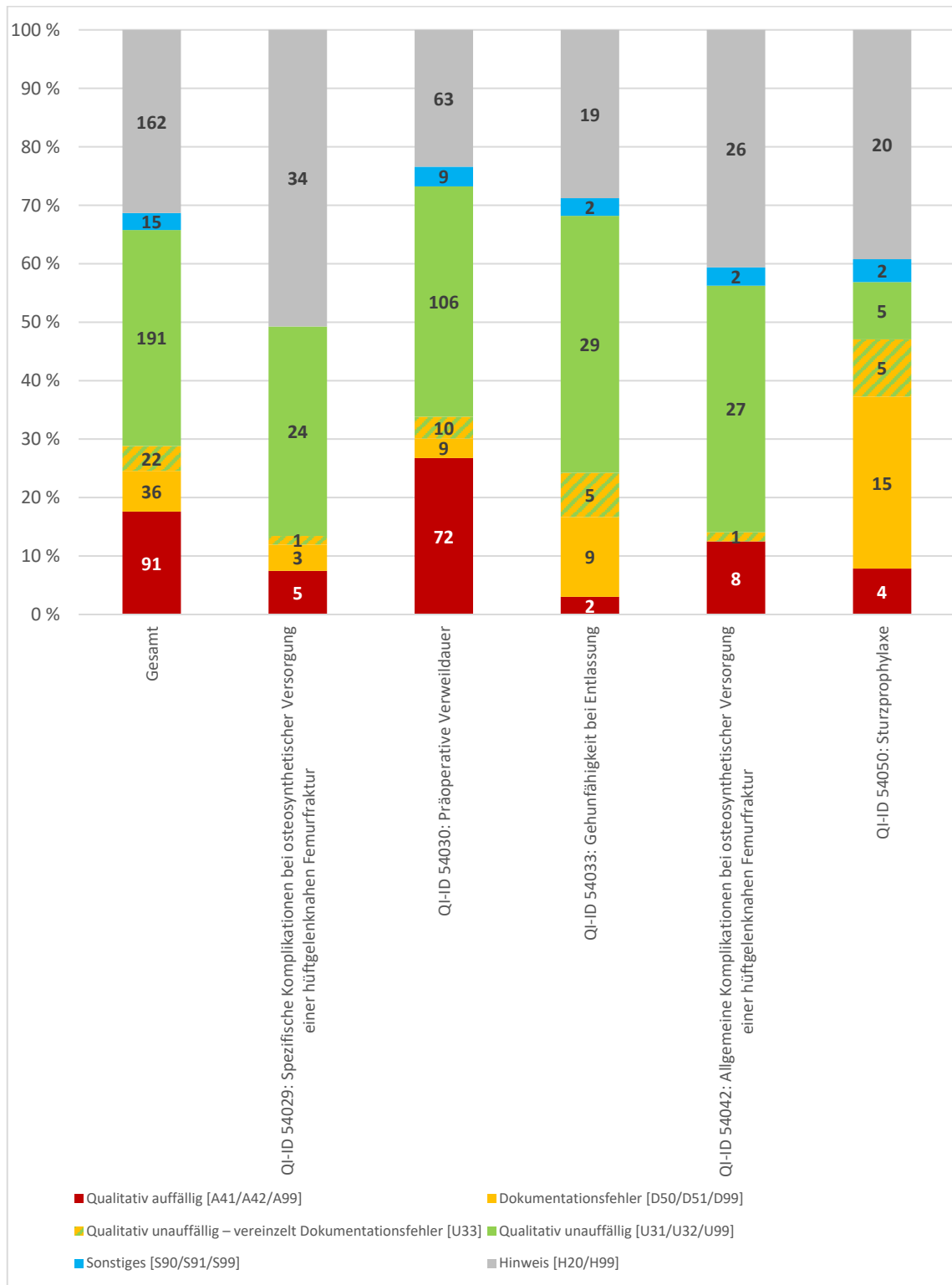


Abbildung 29: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Hüftendoprothesenversorgung

Ergebnisübersicht

Im QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* wurden im Erfassungsjahr 2020 in Deutschland über alle 13 Qualitätsindikatoren (14.983 Indikatorenergebnisse) insgesamt 1.314 (9 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt (EJ 2019 = 10 %).

Maßnahmen

Maßnahmen wurden in Form von schriftlichen Stellungnahmen bei 59 % und in Form von Hinweisen bei 40 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse eingeleitet. Anhand der Ergebnisbewertung der Qualitätsindikatoren wird der über alle Qualitätsindikatoren sehr hohe Anteil an verschickten Hinweisen deutlich. Vor allem bei den Qualitätsindikatoren zu Komplikationen beträgt dieser wie im Vorjahr um die 50 %. Gleichzeitig ist festzustellen, dass drei Bundesländer (Brandenburg, Bremen und Saarland) keine Hinweise verschickt haben, sondern zu allen rechnerisch auffälligen Ergebnisse Stellungnahmen anforderten.

Im Vergleich zum Vorjahr fanden weiterführende Maßnahmen wie kollegiale Gespräche (n = 10) und Zielvereinbarungen (n = 73) vergleichbar oft statt (EJ 2019 = 15 kollegiale Gespräche und 65 Zielvereinbarungen). Wie auch im Erfassungsjahr 2019 fanden nur zu 5 bzw. 6 der 13 Qualitätsindikatoren kollegiale Gespräche statt. Die Schließung von Zielvereinbarungen fand zu allen Qualitätsindikatoren statt.

Ergebnisbewertungen

Im gesamten QS-Verfahren wurden 10 % als qualitativ auffällig und 42 % der Indikatorenergebnisse als qualitativ unauffällig eingestuft. Bei 15 % (n = 20) der als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse des Erfassungsjahres 2020 konnte keine Verbesserung zum Vorjahr verzeichnet werden, d. h., dass die Ergebnisse der Krankenhäuser sowohl im Erfassungsjahr 2020 als auch im Erfassungsjahr 2019 als qualitativ auffällig bewertet wurden. Bei 7 % (n = 87) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse war eine fehlerhafte Dokumentation (Einstufung D50, D51 oder D99) für die Auffälligkeit verantwortlich. Wie im Vorjahr wurden insbesondere bei fünf Qualitätsindikatoren (QI-ID 54001, QI-ID 54002, QI-ID 54003, QI-ID 5404 und QI-ID 540012) 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.

Wie im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* gehen die meisten qualitativ auffälligen Ergebnisse im QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* auf den Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ (QI-ID 54003; 49 von 130 qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen; 37,7 %) zurück, jedoch anteilig deutlich weniger als im Vorjahr 62,4 %. In diesem Indikator wurden darüber hinaus anteilig die meisten Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (49 von 234 rechnerisch auffälligen Ergebnissen, 20,9 %).

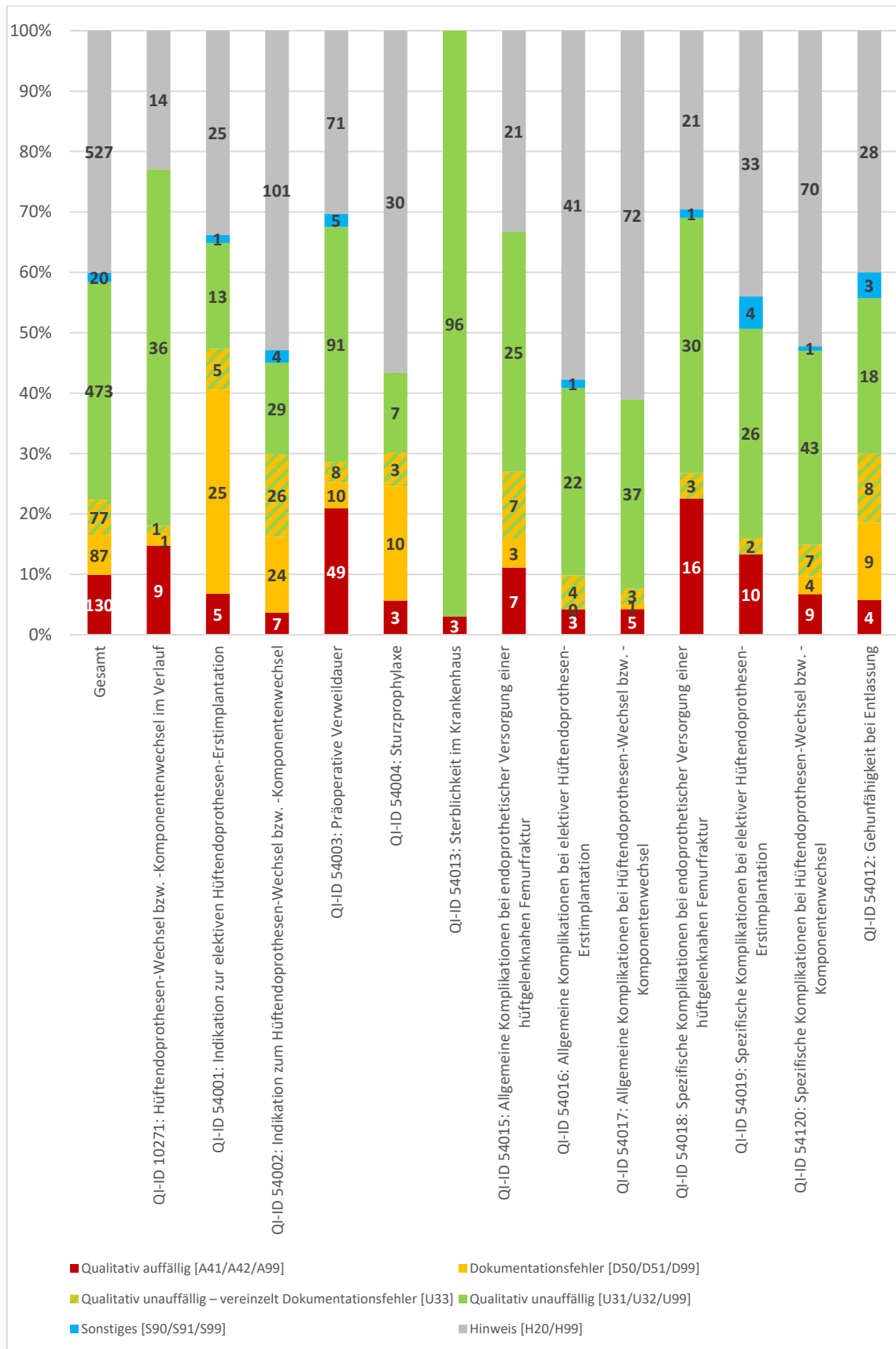


Abbildung 30: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftendoprothesenversorgung

Knieendoprothesenversorgung

Ergebnisübersicht

Im QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung* sind in Deutschland über alle 10 Qualitätsindikatoren (9.961 Indikatorenergebnisse) insgesamt 701 (7,0 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt worden (EJ 2019 = 7,6 %).

Maßnahmen

Im Rahmen des Strukturierten Dialogs wurden in 52,1 % der Fälle Hinweise verschickt und zu 47,9 % Stellungnahmen angefordert. 4 der 16 Bundesländer verschickten wie im Vorjahr keine Hinweise zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen, wohingegen 3 Bundesländer dies bei mehr als 70 % der Fälle taten. Die Spanne der verschickten Hinweise pro Qualitätsindikator betrug zwischen 3,2 % („Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“, QI-ID 54127) und 70,1 % („Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“, QI-ID 50481).

Als weiterführende Maßnahmen sind 3 kollegiale Gespräche (EJ 2019 = 1) und eine Begehung (EJ 2019 = 0) durchgeführt sowie 20 Zielvereinbarungen (EJ 2019 = 15) geschlossen worden. Wie im Vorjahr betrafen die meisten Zielvereinbarungen den Qualitätsindikator „Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“ (QI-ID 54022).

Ergebnisbewertungen

Von 701 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurden nach dem Strukturierten Dialog 3,5 % (n = 25; EJ 2019 = 4,0 %; n = 30) als qualitativ auffällig und 37 % (n = 260; EJ 2018 = 33 %; n = 259) als qualitativ unauffällig eingestuft. Bemerkenswert ist, dass 7 der 16 Bundesländer die Einstufung „qualitativ auffällig“ gar nicht vorgenommen haben. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass dies auch Bundesländer sind, die z. T. zwar wenigen rechnerisch auffälligen Ergebnissen (n = 4 bis 25) nachgehen mussten, hierfür aber oftmals Stellungnahmen einforderten. In den restlichen Bundesländern wurden jeweils maximal sieben rechnerisch auffällige Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet.

Die Einstufung als qualitativ auffällig erfolgte in 14 der 25 Fälle aufgrund von Hinweisen auf Struktur- oder Prozessmängel. Der Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen über alle Qualitätsindikatoren, die aufgrund von Dokumentationsfehlern (D50, D51 oder D99) nicht in die Bewertung eingegangen sind, erreichte nach dem Hoch im Vorjahr (10,6 %) wieder das Niveau von 2018 (6 %). Dies betraf vor allem die drei Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung (QI-ID 54021, QI-ID 54002 und QI-ID 54020), bei denen meist eine unvollständige oder falsche Dokumentation (Einstufung D50) vorlag.

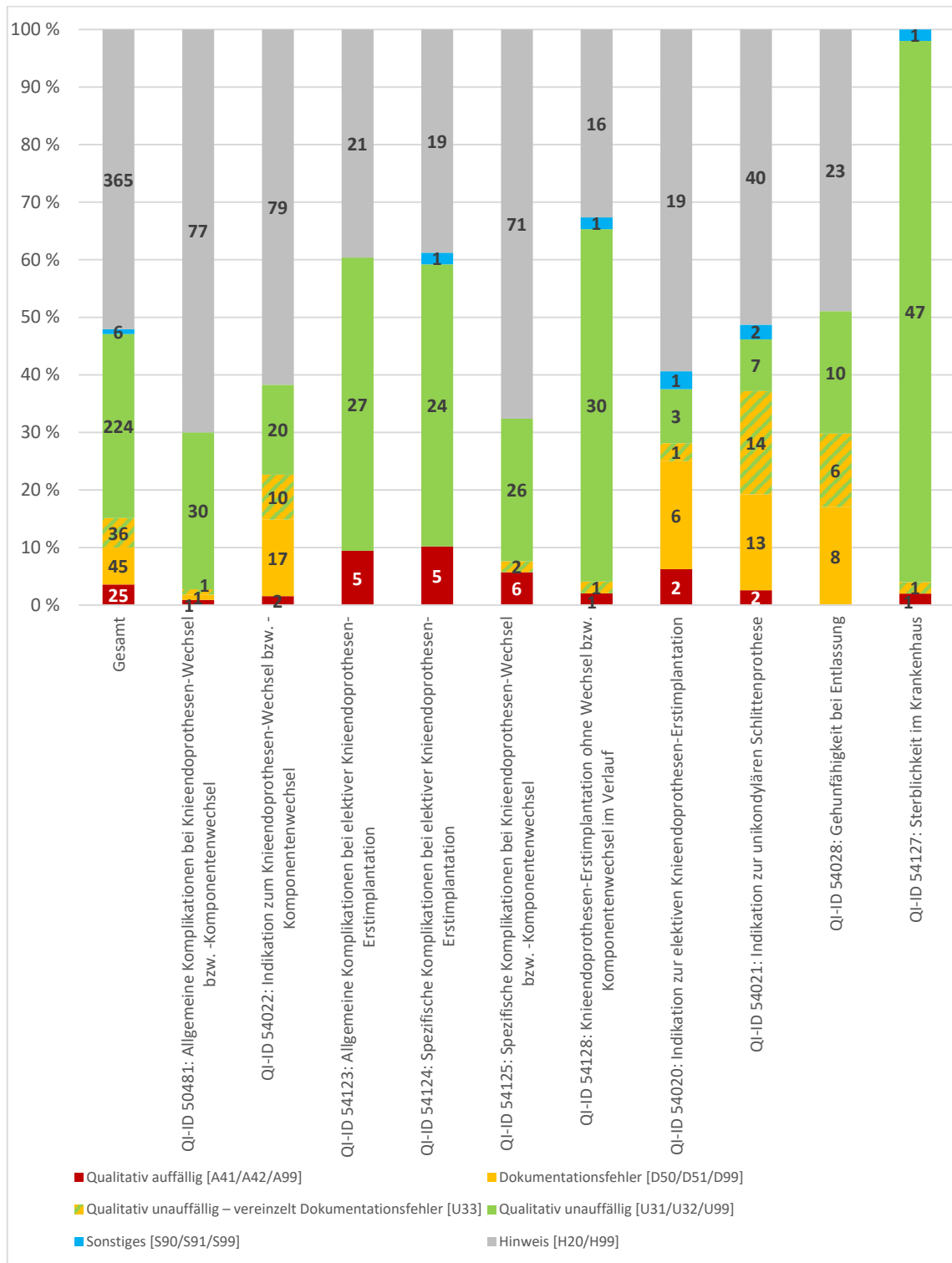


Abbildung 31: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Knieendoprothesenversorgung

5.2.8 Pflege

Claudia Damrau, Martina Dost, Dr. Susanne Nolte

■ QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe*

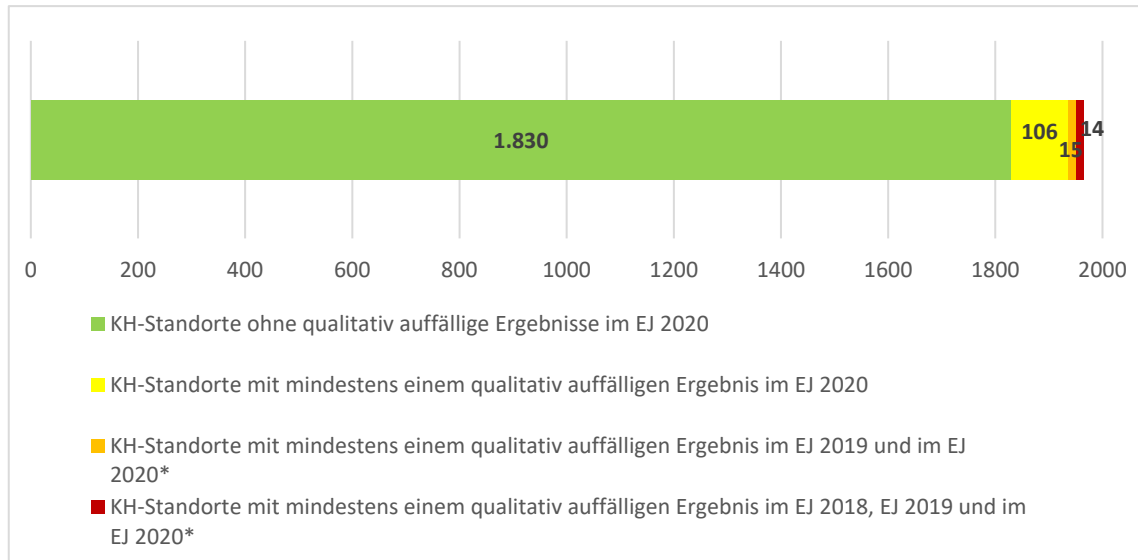


Abbildung 32: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2018, 2019 und 2020 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Vom Erfassungsjahr 2019 zum Erfassungsjahr 2020 wurden im Rahmen der Verfahrenspflege keine neuen Qualitätsindikatoren eingeführt oder gestrichen, sodass dieselben Qualitätsindikatoren wie im Vorjahr im Strukturierten Dialog bearbeitet wurden.

Im Erfassungsjahr 2020 wurden für 527 der 3.904 Indikatorenergebnisse (EJ 2019: N = 3.814, n = 565) rechnerisch auffällige Ergebnisse ermittelt, was einem Anteil von 13,5 % entspricht (EJ 2019: 14,8 %). Somit zeigt sich ein leichter Rückgang der Anzahl an rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Vergleich zum Vorjahr. Unter allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen gab es im Erfassungsjahr 2020 insgesamt 245 Standorte (46,5 %), die eine wiederholte Auffälligkeit das zweite Jahr in Folge aufweisen. Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2019 (EJ 2019: n = 286; 50,6 %) ist damit eine Abnahme zu verzeichnen. Insgesamt 155 Standorte erhielten die Bewertung „rechnerisch auffällig“ bereits das dritte Jahr in Folge. Im Hinblick auf die 130 Standorte, die nach dem Strukturierten Dialog eine qualitativ auffällige Bewertung erhielten, kann festgestellt werden, dass 30 Standorte bereits im Vorjahr und 13 Standorte zum wiederholten Male als qualitativ auffällig bewertet wurden.

Ein Großteil der rechnerisch auffälligen Bewertungen (n = 402) ist im Sentinel-Event-Indikator „Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4“

(QI-ID 52010) erfolgt. Im Erfassungsjahr 2019 erhielten 459 Standorte die Bewertung „rechnerisch auffällig“, somit ist die Entwicklung der Anzahl bzw. des Anteils der als rechnerisch auffällig bewerteten Krankenhausstandorte zurückgegangen (EJ 2020: 20,6 %; EJ 2019: 24,1 %). Die Anzahl der als qualitativ auffällig eingestuft Standorte betrug im Erfassungsjahr 2020 insgesamt 83 (EJ 2019: n = 80). Dies entspricht, gemessen an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen in diesem Indikator, einem Anteil von 20,7 % und zeigt einen Anstieg zum Vorjahr (EJ 2019: 17,4 %). Die qualitativ auffällige Bewertung „Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ ist von 10 im Erfassungsjahr 2019 auf 18 im Erfassungsjahr 2020 angestiegen, wohingegen die qualitativ auffällige Bewertung „Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ mit 61 im Erfassungsjahr 2020 gegenüber 63 im Erfassungsjahr 2019 nahezu gleich geblieben ist. Im Erfassungsjahr 2020 wurden 16 der 83 als qualitativ auffällig bewerteten Krankenhausstandorte im zweiten Jahr und 6 das dritte Jahr in Folge als qualitativ auffällig bewertet. In Bezug auf das Gesamtindikatorenergebnis (n = 1.952) machen die im EJ 2020 als qualitativ auffällig bewerteten Standorte einen Anteil von 4,3 % (EJ 2019: N = 1.907, n = 80; 4,2 %) in diesem Indikator aus.

Im Indikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ (QI-ID 52009) erhielten 125 Standorte die Bewertung „rechnerisch auffällig“; dies sind 6,4 % aller betrachteten Standorte in diesem Indikator. Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2019 (N = 1.907, n = 106; 5,6 %) ist somit ein Anstieg zu verzeichnen. Von den 125 rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Erfassungsjahr 2020 wurden insgesamt 47 Standorte und somit ein Anteil von 37,6 % als qualitativ auffällig bewertet, was im Vergleich zum Erfassungsjahr 2019 (30,2 %) einen Anstieg bedeutet. Dieser ist sowohl bei der qualitativ auffälligen Bewertung „Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ mit 0 im Erfassungsjahr 2019 auf 9 im Erfassungsjahr 2020 als auch bei der qualitativ auffälligen Bewertung „Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ mit 34 im Erfassungsjahr 2020 gegenüber 27 im Erfassungsjahr 2019 zu verzeichnen. Im Erfassungsjahr 2020 wurden 14 der 47 als qualitativ auffällig bewerteten Krankenhausstandorte im zweiten Jahr auffällig (29,8 %) und 7 Standorte wurden das dritte Jahr in Folge als qualitativ auffällig bewertet (14,9 %). In Bezug auf das Gesamtindikatorenergebnis (n = 1.952) machen die im EJ 2020 als qualitativ auffällig bewerteten Standorte einen Anteil von 2,4 % (EJ 2019: n = 1.907; 1,7 %) in diesem Indikator aus. Es wurden insgesamt 24 Hinweise versendet.

Die Fachgruppen Dekubitusprophylaxe der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung begründen ihre qualitativ auffälligen Bewertungen bspw. damit, dass eine Risikoeinschätzung für das Entstehen eines Dekubitus bei der Patientenaufnahme nicht immer zeitnah, ungenügend oder häufig ausschließlich anhand nicht valider Assessments vorgenommen wurde. Zudem fehlte die Aufklärung über eine bestehende Dekubitusgefahr. Im weiteren Behandlungsverlauf erfolgte die Risikoeinstufung entweder gar nicht oder in zu großen Zeitintervallen sowie mit inkonsequenter Umsetzung. Weiterhin wird ausgeführt, dass bestehende Risikofaktoren bei hochkomplexen Pflegesituationen oftmals nicht erkannt wurden oder es diesbezüglich zu Fehleinschätzungen kam. Darüber hinaus wurde im Rahmen des Strukturierten Dialogs festgestellt, dass prophylaktische Maßnahmen gar nicht, zu spät oder unzureichend ergriffen wurden und dass es

zu Informationsverlusten aufgrund interner Verlegungen kam. Für die Verzögerung bei der Umsetzung von Maßnahmen wird zudem ohne weitere Ausführungen auf pandemiebedingte Umstände verwiesen.

Als Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität dieses QS-Verfahrens werden u. a. die konsequente Erhebung des Dekubitusrisikos am Aufnahmetag, die klinikinterne Überwachung der Ergebnisverläufe und eine systematische Evaluation der Maßnahmen sowie Optimierungen bei der Pflegeplanung, die Weiterentwicklung und Einhaltung des Pflegestandards und -prozesses inkl. der Durchführung von Pflegevisiten und Fallbesprechungen, ferner Pflichtschulungen (z. B. Bedside-Schulungen) und die Unterstützung der Pflegefachpersonen bei der Einschätzung des Dekubitusrisikos bei hochkomplexen Fällen durch Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten bzw. Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftlern empfohlen.

Im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie berichtete eine Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung, dass im Hinblick auf die Dekubitusentstehung bei intensivmedizinisch versorgten COVID-19-Patientinnen und -Patienten die Frage nach der Bauchlagerung in den Fragebogen zum Strukturierten Dialog aufgenommen wurde; Fälle, bei denen sich diesbezüglich ein Dekubitus herausgebildet hätte, kamen demnach nicht vor. Des Weiteren trat die Fachgruppe dieses Bundeslandes zur Erweiterung ihrer fachlichen Expertise 2021 in den Austausch mit Expertinnen und Experten sowie Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftlern (APN) aus einem Krankenhaus der Maximalversorgung, in dem COVID-19-Patientinnen und -Patienten schwerpunktmäßig versorgt wurden.

Die Anzahl der als qualitativ unauffällig bewerteten Standorte betrug im Erfassungsjahr 2020 insgesamt 282 (EJ 2019: n = 354); dies entspricht einem Anteil von 53,5 % an allen rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorten (n = 527) und zeigt einen deutlichen Rückgang zum Vorjahr (EJ 2019: 62,7 %). Im QI 52010 „Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4“ wurden nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2020 insgesamt 242 der 402 rechnerisch auffällig bewerteten Standorte als unauffällig eingestuft (60,2 %; EJ 2019: 70,2 %). Von diesen 242 wurden 161 als Einzelfälle begründet (66,5 %). Der QI 52009 „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ wurde nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2020 insgesamt bei 40 der 125 rechnerisch auffällig bewerteten Standorte als unauffällig eingestuft (32,0 %; EJ 2019: 30,2 %). Die Fachgruppen auf Landesebene begründen ihre Bewertung bspw. mit einer ausgeprägten Krankheitsschwere, kognitiven Einschränkungen bzw. mit einer Multimorbidität der Patientinnen und Patienten, womit eine erschwerte bzw. eingeschränkte Mobilität und Compliance einhergehen, sowie mit den diesbezüglich entsprechenden pflegerischen Limitationen. Es wird berichtet, dass die nötige zeitintensive pflegerische Betreuung in diesen Fällen nicht immer im erforderlichen Umfang gewährleistet werden kann. Die Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung eines Bundeslandes hebt explizit hervor, dass im Kontext der Herausforderungen durch zum Teil extreme, vor allem intensivmedizinische Behandlungssituationen eine vollständige Vermeidung eines Dekubitus in jedem Einzelfall des Sentinel-Event-Indikators „Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4“ (QI-ID 52010) als nicht realistisch eingeschätzt wird.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2020 im Vergleich zum Vorjahr einen Anstieg des prozentualen Anteils der als qualitativ auffällig bewerteten Standorte in Bezug auf die rechnerisch auffälligen Standorte in beiden Indikatoren des QS-Verfahrens. Den Berichten der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung ist dementsprechend zu entnehmen, dass Potenzial für eine weitere Qualitätsverbesserung gesehen wird. Darüber hinaus ist festzustellen, dass es einzelne Krankenhausstandorte gibt, bei denen sich z. T. bereits über mehrere Jahre hinweg Defizite bei der Dekubitusprophylaxe zeigen.

Bei der Einstufung der Krankenhausstandorte mit „Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation“ kam es für das Erfassungsjahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr zu einem deutlichen Anstieg auf insgesamt 68 Standorte (EJ 2019: n = 54). Das entspricht einem Anteil von 12,9 % an allen rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorten des Erfassungsjahres 2020 gegenüber 9,6 % im Erfassungsjahr 2019. Insbesondere beim QI 52010 „Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4“ wurden nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2020 alle 60 festgestellten fehlerhaften Dokumentationen als unvollständig oder falsch eingestuft. Aus den Rückmeldungen der Fachgruppen der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung geht hervor, dass sowohl Fehldokumentationen bei der Dekubitusklassifikation als auch bei der Angabe, ob der Dekubitus bei Aufnahme vorhanden war („Present on Admission“), erfolgten. Zudem bestehen weiterhin Unsicherheiten bezüglich der Abgrenzung eines Dekubitus gegenüber anderen Wunden. Zur Vermeidung von Fehldokumentationen werden bspw. die verstärkte Nutzung einer unterjährigen Auswertung der QS-Daten sowie die Überprüfung der QS-Daten vor dem Versand an die Datenannahmestelle empfohlen. Des Weiteren wird die Sensibilisierung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Hinblick auf eine korrekte Dokumentation und ein intensiviertes, verbessertes Schnittstellenmanagement bei der Dokumentation sowie eine interne Analyse bzw. Nachschulung der Fallkodierer zur Vermeidung von Fehldokumentationen und Übertragungsfehlern in die Dokumentation der externen Qualitätssicherung angeregt.

Eine Anfrage des G-BA zu bestehenden qualitativen Auffälligkeiten im QS-Verfahren und ergriffenen Maßnahmen bildete einen Schwerpunkt des Strukturierten Dialogs 2020. Der Fokus lag auf Standorten mit wiederholt auffälligen Ergebnissen (sowohl rechnerisch als auch qualitativ), deren Ursachen und ergriffenen Maßnahmen.

Insgesamt sechs Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung gaben hierzu Rückmeldung. In der Zusammenfassung werden Struktur- und Prozessmängel, besondere klinische Situationen, begründete Einzelfälle sowie Dokumentationsprobleme angeführt. Im Einzelnen bestehen die Ursachen für eine qualitativ auffällige Bewertung bspw. in Versäumnissen und Problemen sowohl bei der Erhebung und lückenlosen Dokumentation des Dekubitusrisikos und des Hautstatus bei Aufnahme, einschließlich Schwierigkeiten bei der Bestimmung des korrekten Hautzustandes, als auch bei der Evaluation des Dekubitusrisikos und bezüglich von Pflege- und prophylaktischen Maßnahmen im weiteren Behandlungsverlauf. Weiterhin wird die Verwendung veralteter Pflegestandards angeführt. Die Fachkommission eines Bundeslandes berichtet, dass aus ihrer Sicht Schulungsangebote hauptsächlich bzw. ausschließlich über Onlineformate kommerzieller Anbieter nicht ausreichend seien. Dieselbe Fachkommission kommt zu dem

Schluss, dass die Dekubitusprophylaxe in der herausfordernden Situation „Bauchlage“ nicht dem Expertenstandard entspreche, und empfiehlt diesbezüglich andere Lagerungshilfsmittel und Mikrolagerungen. In Bezug zur COVID-19-Pandemie wird zudem zurückgemeldet, dass Schulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen teilweise nicht oder nur in reduziertem Maße durchführbar waren. Des Weiteren werden in diesem Zusammenhang die Zunahme beatmungspflichtiger Patientinnen und Patienten und eine erhöhte Beatmungsdauer als Herausforderung in der Dekubitusprophylaxe genannt. Einen weiteren kritisch zu sehenden Aspekt stellt die Durchdringung der administrativen Vorgaben an der Basis und deren Umsetzung dar. Gerade in pandemischen Zeiten gelinge den Einrichtungen eine adäquate Fortbildung und Sensibilisierung der Pflege aufgrund von Kontakteinschränkungen und Personalmangel schwer.

Des Weiteren werden das hohe Maß an palliativ zu versorgenden Patientinnen und Patienten sowie fehlende personelle Ressourcen ursächlich für qualitativ auffällige Bewertungen angeführt. Insbesondere bei (geronto-)psychiatrischen Einrichtungen werden diese teilweise durch fehlende Compliance bis hin zu aggressivem Verhalten bei Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen und Demenz begründet; die Umsetzung prophylaktischer Maßnahmen sei dadurch erschwert.

Im Hinblick auf die QS-Dokumentation werden zum einen Fehler des Status bei Aufnahme (Datenfeld „Present on Admission“), zum anderen Unsicherheiten bezüglich der Kodierung von Dekubitalulcera aufgrund der Unterschiede in den Kategorien nach ICD-10 und EPUAP/NPUAP angegeben. Aus einem Bundesland wird berichtet, dass in Bezug auf Dokumentationsfehler meist zunächst ein langwieriger Schulungsprozess eingeleitet werden muss, um diese nachhaltig zu beseitigen. Daher seien viele wiederholt auffälligen Ergebnisse auch auf diese zeitliche Komponente zurückzuführen. Weiterhin wird als eine Hauptursache für qualitative Auffälligkeiten die lückenhafte Dokumentation während des gesamten Behandlungsablaufs angeführt.

Die Fachkommissionen der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung empfehlen als Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung bspw.:

- Sensibilisierung aller Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen für das Thema Dekubitusprophylaxe
- Verbesserung der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen
- Thematisierung von fehlenden Ressourcen (Personal, Zeit, Lagerungshilfsmittel etc.) auch auf Führungsebene, um Bewusstsein zu schaffen und Verbesserungen herbeizuführen bzw. die notwendigen Mittel dafür zu erhalten
- eine konsequente Erhebung des Dekubitusrisikos bei Aufnahme sowie regelmäßig im Behandlungsverlauf
- eine Planung individueller Prophylaxemaßnahmen (Mobilisierung, Lagerungshilfsmittel, Bewegungsförderungsplan) unterstützt durch Digitalisierung der Pflege- und Behandlungsdokumentation
- die (Weiter-)Entwicklung von Standards und Checklisten
- Weiterbildung und Schulungen (z. B. Schwerpunkt Wunddokumentation) von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Prophylaxe von Dekubitus und Maßnahmenableitung

- Konzepte zum Einsatz akademischer Pflegekräfte als Pflegeexperten und Pflegeexpertinnen auf allen Stationen mit dem Ziel der Stärkung der Pflegefachkompetenz und Umsetzung von Expertenstandards
- Einführung strukturierter Fallbesprechungen im Team, ggf. unter Hinzuziehung der Pflegedirektion
- die verstärkte Konsultation von Wundexperten und Wundexpertinnen
- interne Analyse und Nachschulung der Fallkodierer und Fallkodiererrinnen zur Vermeidung von Fehldokumentationen und Übertragungsfehlern in die Dokumentation der externen Qualitätssicherung
- Verbesserungsmaßnahmen hinsichtlich der Dokumentation (z. B. digitale Systeme zur Erfassung und Evaluation des Dekubitusrisikos anstelle papiergestützter Systeme, detaillierte Schulungen zur digitalen Dokumentation im Krankenhausinformationssystem, stationsübergreifende Vereinheitlichung von Dokumentationssystemen, verbesserte QS-Dokumentation durch Prüfung der Fälle im Vieraugenprinzip oder durch eine hauptverantwortliche Person, Sensibilisierung im Hinblick auf eine korrekte Dokumentation)
- unterjährige Auswertung der QS-Daten
- Überprüfung der QS-Daten vor dem Versand an die Datenannahmestelle

Aus einem Bundesland wird konkret berichtet, dass bei qualitativen Auffälligkeiten, die über drei Jahre bestehen, mit den betreffenden Krankenhäusern kollegiale Gespräche geführt werden, um die aufgezeigten Struktur- und Prozessmängel zu erörtern und Verbesserungsmöglichkeiten herauszuarbeiten; dabei werden Zielvereinbarungen getroffen.

Die Fachgruppe eines weiteren Bundeslandes prüft mittels eines standardisierten Fragebogens und einheitlichen Bewertungsmaßstabs die Umsetzung des Expertenstandards in seiner aktuellen Version. Werden Einrichtungen qualitativ auffällig, sieht die Fachgruppe mindestens die internen Verfahrensanweisungen und weitere Dokumente der Dekubitusprophylaxe ein. In der Regel schließen sich hier bei fachlichen Kritikpunkten Zielvereinbarungen an. Die Einrichtungen werden somit bei der Umsetzung des Prozesses begleitet, auch wenn eine erstmalige Auffälligkeit besteht. Des Weiteren wird zurückgemeldet, dass sich die Maßnahme der Begehung als sehr aufwendiges, aber gleichwohl zielführendes Instrument erwiesen hat, da im Vor-Ort-Termin oftmals Aspekte zutage treten, die im allgemeinen Stellungnahmeverfahren unberücksichtigt blieben. Darüber hinaus kann damit auch intensiver im Sinne der Qualitätsförderung durch die Fachgruppe beraten werden. Sind alle Maßnahmen ausgeschöpft, übergibt die Fachgruppe den Vorgang an das Lenkungsgremium und empfiehlt die Entanonymisierung. Ein solcher Fall, bei dem auch die Planungsbehörde eingebunden wurde, wird in dem rückmeldenden Bundesland aktuell bearbeitet.

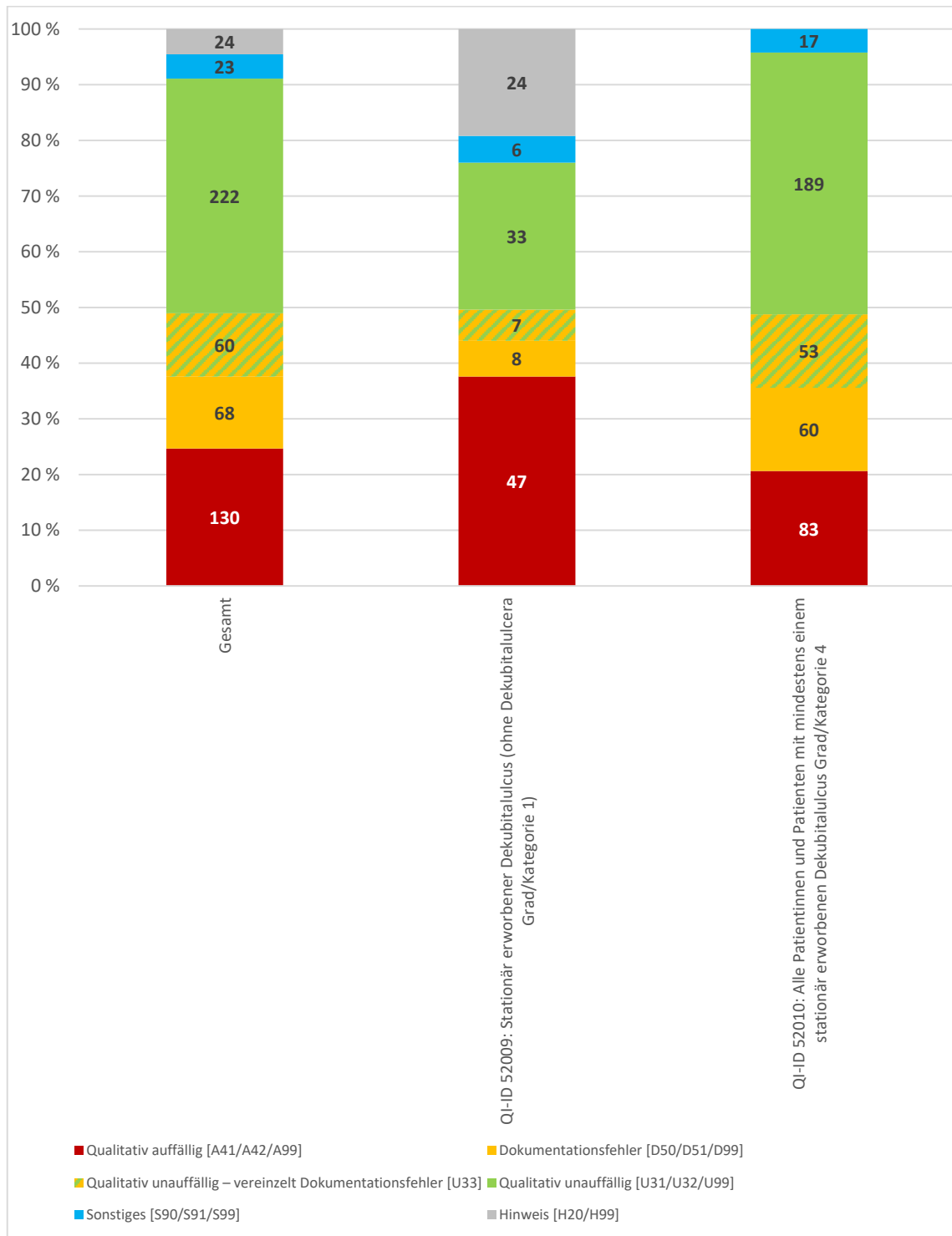


Abbildung 33: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Pflege: Dekubitusprophylaxe

6 Fazit und Ausblick

Der Strukturierte Dialog zum Erfassungsjahr 2020 wurde 2021 gemäß QSKH-RL geführt. Die QS-Verfahren der Herzchirurgie und Transplantationsmedizin sind bereits zum Erfassungsjahr 2020 in die DeQS-RL übergegangen. Die weiteren QS-Verfahren dieses Berichtes unterliegen seit dem Erfassungsjahr 2021 der DeQS-RL. Die Ergebnisse des dann durchzuführenden Stellungnahmeverfahrens werden zukünftig im Bundesqualitätsbericht dargestellt.

Eine QS-Verfahren-übergreifende bzw. -bundesländerübergreifende Darstellung der Zahlen im Sinne von Zu- und Abnahmen rechnerisch und qualitativ auffälliger Ergebnisse erfolgte im vorliegenden Bericht nicht. Sowohl die einzelnen QS-Verfahren als auch die Prozessstruktur der für die Durchführung verantwortlichen Stellen weisen erhebliche Unterschiede auf, sodass eine einfache Addition nicht aussagekräftig erscheint.

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

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