

# Beschluss



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## **des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Bundesqualitätsberichtes 2019 gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zur Veröffentlichung (DeQS-RL)**

Vom 19. Dezember 2019

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. Dezember 2019 beschlossen, den Bundesqualitätsbericht 2019 des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) (**Anlage**) gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) zur Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG ([www.iqtig.org](http://www.iqtig.org)) freizugeben.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 19. Dezember 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# Bundesqualitätsbericht 2019

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 12. September 2019

---

# Impressum

**Thema:**

Bundesqualitätsbericht 2019

**Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner:**

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

Alina Wolfschütz für das QS-Verfahren *QS PCI*

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum der Abgabe:**

15. August 2019, aktualisierte Fassung vom 21. August 2019; redaktionelle Änderung am 12. September 2019

**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](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	6
Abkürzungsverzeichnis.....	8
<b>QS-Verfahren <i>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</i> .....</b>	<b>10</b>
1 Hintergrund und Zielsetzung.....	11
2 Einordnung der Ergebnisse.....	15
2.1 Datengrundlagen.....	15
2.2 Risikoadjustierung.....	17
2.3 Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und deren Weiterentwicklung .....	18
2.4 Bewertung der Ergebnisse .....	24
2.4.1 QS-Daten-basierte Indikatoren .....	24
2.4.2 Sozialdatenbasierte Indikatoren (Follow-up-Indikatoren).....	30
3 Qualitätssicherungsergebnisberichte der Bundesländer (EJ 2017) .....	33
3.1 Hintergrund und Zielsetzung.....	33
3.2 Zusammenfassung der QSEB-Ergebnisse auf Bundesebene (EJ 2017) .....	35
4 Evaluationsergebnisse (EJ 2017) .....	38
4.1 Hintergrund und Zielsetzung.....	38
4.2 Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse auf Bundesebene (EJ 2017) .....	39
5 Datenvalidierung .....	45
6 Ausblick und Empfehlungen 2019.....	46
Literatur.....	48
Anhang 1: Ergebnisse des QSEB zum Erfassungsjahr 2017 .....	49
Anhang 2: Ergebnisse der Bundesauswertung .....	77
<b>QS-Verfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)</i> .....</b>	<b>88</b>
1 Hintergrund und Zielsetzung.....	89
2 Einordnung der Ergebnisse.....	92
2.1 Datengrundlagen.....	92
2.2 Ergebnisse der Qualitätsindikatoren, deren Bewertung und Weiterentwicklungsvorschläge .....	94
2.2.1 Hygiene- und Infektionsmanagement.....	95
2.2.2 Händedesinfektionsmittelverbrauch .....	101

3	Einordnung der Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der Bundesländer (EJ 2017) .....	110
3.1	Zielsetzung und Hintergrund.....	110
3.2	Zusammenfassung der QSEB-Ergebnisse auf Bundesebene für das Erfassungsjahr 2017.....	112
4	Wissenschaftliche Begleitung der Erprobung .....	114
4.1	Beauftragung des IQTIG .....	114
4.2	Erhebung von Informationen von der Landesebene .....	115
4.3	Aufbau der wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung.....	115
4.4	Identifizierte Optimierungsbedarfe .....	115
4.4.1	Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung.....	115
4.4.2	Optimierungsbedarf hinsichtlich einzelner QIs, der dazugehörigen Rechenregeln oder der QI-Ergebnisse und der Bewertung von Leistungserbringern .....	123
4.4.3	Optimierungsbedarfe hinsichtlich der Aufklärung von Auffälligkeiten.....	123
4.4.4	Optimierungsbedarfe bezüglich der Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen .....	124
4.4.5	Überprüfung der Datenzusammenführung aus den beiden Datenquellen Sozialdaten bei den Krankenkassen und fallbezogene Dokumentation ....	124
4.4.6	Überprüfung der Datenlieferfristen für Sozialdaten bei den Krankenkassen .....	124
4.4.7	Überprüfung der Termine für die Zwischen- und Rückmeldeberichte.....	125
4.4.8	Funktionalität und Praktikabilität der Auslösung der fall- bzw. einrichtungsbezogenen Datenerfassung.....	126
4.4.9	Heterogene Einrichtungsformen in der vertragsärztlichen Versorgung....	129
4.4.10	Zeitpunkt der Auslösung .....	129
4.4.11	Zuordnung der Dokumentationsverpflichtung (z. B. stationäre und ambulante Operationen in denselben Räumlichkeiten, Belegärztinnen und Belegärzte, ermächtigte Ärztinnen und Ärzte, Krankenhausstandorte).....	129
4.4.12	Aufwand-Nutzen-Relation der fallbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation.....	130
4.4.13	Aufwand-Nutzen-Relation der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation.....	131
4.4.14	Validität der erhobenen Daten und der aus allen Datenquellen ermittelten einrichtungs-, landes- und bundesbezogenen Ergebnisse .....	132

4.4.15	Rückmeldeberichte nach § 10 und länderbezogene Auswertungen nach § 11.....	132
4.4.16	Bewertung und Aufklärung von Auffälligkeiten.....	133
4.4.17	Bewertungsprozesse und Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen .....	133
4.4.18	Zusammensetzung der Fachkommission nach § 14.....	133
4.4.19	Durchführung der QS-Verfahren.....	133
4.4.20	Sonstige Hinweise auf Optimierungsbedarfe.....	134
5	Fazit .....	135
	Literatur.....	136
	Anhang 1: Ergebnisse der Qualitätssicherungsergebnisberichte .....	137
	Anhang 2: Ergebnisse der Bundesauswertung .....	159
	Anhang 3: Überleitungstabelle von den vorläufigen IDs zu den endgültigen IDs der Indikatoren im QS-Verfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)</i> .....	193

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die Indikatoren (2018).....	12
Tabelle 2: Übersicht über Datenannahme und Auswertungsbasis (QS-Datensätze) für das Erfassungsjahr 2018.....	16
Tabelle 3: Übersicht über die Anzahl der Fälle und Prozeduren je Leistungserbringergruppe (2018).....	19
Tabelle 4: Übersicht über die Anzahl rechnerisch auffälliger Leistungserbringer je Qualitätsindikator und Leistungserbringergruppe (2018).....	21
Tabelle 5: Übersicht über Unterschiede in der Patientenpopulation nach Leistungserbringergruppen (2018).....	23
Tabelle 6: Vergleich der Ergebnisse für QS-Daten-basierende Indikatoren (Indexjahr 2018 vs. 2017).....	27
Tabelle 7: Ergebnisse zur Anzahl der rechnerisch auffälligen Standorte (EJ 2017).....	49
Tabelle 8: Ergebnisse der Empfehlung zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens (EJ 2017).....	51
Tabelle 9: Ergebnisse zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens durch die LAG (EJ 2017).....	55
Tabelle 10: Bewertung zur qualitativen Auffälligkeit durch die Fachkommission (EJ 2017).....	59
Tabelle 11: Ergebnisse zur Anzahl der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen (EJ 2017).....	65
Tabelle 12: Ergebnisse zur Anzahl der durchgeführten Stellungnahmen und weiterführenden Maßnahmen durch die LAG (EJ 2017).....	69
Tabelle 13: Ergebnisse zur Anzahl rechnerisch und qualitativ auffälliger Leistungserbringer (EJ 2017).....	75
Tabelle 14: Übersicht über die Indikatoren (EJ 2018).....	90
Tabelle 15: Übersicht über die Daten der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zur ambulanten und stationären Versorgung.....	94
Tabelle 16: Anzahl erwarteter und gelieferter Datensätze (stationäre Versorgung).....	94
Tabelle 17: Vergleich der Ergebnisse zu einrichtungsbezogenen QS-Daten (EJ 2018 vs. EJ 2017).....	103
Tabelle 18: Vergleich der Ergebnisse der Kennzahlen (durchschnittliche Punktzahl) zum Index-QI 1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen (EJ 2018 vs. EJ 2017).....	104
Tabelle 19: Vergleich der Ergebnisse der Kennzahlen zum Index-QI 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen (EJ 2018 vs. EJ 2017).....	107
Tabelle 20: Einschätzung der Landesarbeitsgemeinschaften zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis der fallbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation.....	130
Tabelle 21: Einschätzung der Landesarbeitsgemeinschaften zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation.....	131
Tabelle 22: Ergebnisse zur Anzahl der rechnerisch auffälligen Standorte (EJ 2017).....	137

Tabelle 23: Ergebnisse der Empfehlung zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens (EJ 2017) .....	139
Tabelle 24: Ergebnisse zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens durch die LAG (EJ 2017) .....	142
Tabelle 25: Bewertung zur qualitativen Auffälligkeit durch die Fachkommission (EJ 2017) ....	145
Tabelle 26: Ergebnisse zur Anzahl der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen (EJ 2017) .....	148
Tabelle 27: Ergebnisse zur Anzahl der durchgeführten Stellungnahmen und weiterführenden Maßnahmen durch die LAG (EJ 2017) .....	152
Tabelle 28: Ergebnisse zur Anzahl rechnerisch und qualitativ auffälliger Leistungserbringer (EJ 2017).....	156
Tabelle 29: ID-Bezeichnungen der Indikatoren der ambulanten Versorgung laut Qesü-RL und QIDB endgültige RR 2017/prospektive RR 2019 .....	193
Tabelle 30: ID-Bezeichnung der Indikatoren der stationären Versorgung laut Qesü-RL und QIDB endgültige RR 2017/prospektive RR 2019 .....	194

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
ACS	Akutes Koronarsyndrom
BÄ	Belegärzte (bzw. belegärztliche Leistungen)
BÄ stat.	durch Belegärzte stationäre erbrachte Leistungen
BMI	Body-Mass-Index
BSNR	Betriebsstättennummer
DAS	Datenannahmestelle(n)
DAS-KV	Datenannahmestellen der Kassenärztlichen Vereinigung
DAS-LKG	Datenannahmestellen der Landeskrankenhausgesellschaft
DAS-SV	Datenannahmestelle für selektivvertraglich erbrachte Leistungen
DeQS-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
FU-QI	Follow-up-Indikator
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
IKNR	Institutionskennzeichen
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KH	Krankenhaus, Krankenhäuser
KH amb.	durch ein Krankenhaus ambulant erbrachte Leistungen
KH stat.	durch ein Krankenhaus stationär erbrachte Leistungen
KHK	koronare Herzkrankheit
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft(en)
LE	Leistungserbringer
MACCE	schwere kardiale und zerebrovaskuläre Komplikationen ( <i>major adverse cardiac and cerebrovascular events</i> )
MDS	Minimaldatensatz
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

Abkürzung	Bedeutung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NWIEA	Einrichtungsbefragung ambulant
NWIES	Einrichtungsbefragung stationär
NWIF	Fallbezogene QS-Dokumentation
OP	Operation
PAP	Perioperative Antibiotikaphylaxe
PCI	perkutane Koronarintervention ( <i>percutaneous coronary intervention</i> )
Qesü-RL	Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
QI	Qualitätsindikator
QI-ID	Identifikationsnummer des Qualitätsindikators
qM	qualitätssichernde Maßnahmen
QS	Qualitätssicherung
QS PCI	QS-Verfahren <i>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</i>
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
QS WI	Qualitätssicherungsverfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen</i>
SEB	Sektorenübergreifendes Expertengremium auf Bundesebene
STEMI	ST-Hebungsinfarkt
SVL	selektivvertragliche Leistungen (bzw. selektivvertraglich erbrachte Leistungen)
TIMI	TIMI-Klassifikation (Thrombolysis in myocardial Infarction-Klassifikation)
VÄ	Vertragsärzte (bzw. vertragsärztlich erbrachte Leistungen)
VÄ amb.	durch Vertragsärzte ambulant erbrachte Leistungen

# **QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie***

# 1 Hintergrund und Zielsetzung

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

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

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

---

<sup>1</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. April 2010, zuletzt geändert am 21. Juni 2018, in Kraft getreten am 1. Januar 2019. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/72/> (abgerufen am 10.08.2019).

Das QS-Verfahren verfolgt mehrere Zielsetzungen:

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

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

Tabelle 1: Übersicht über die Indikatoren (2018)

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

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

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

\* Keine Auswertung in diesem Jahr, da es sich um sozialdatenbasierte QI handelt

\*\* RA = Risikoadjustierung geplant

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

Die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen befindet sich weiterhin in der Startphase, die Anfangsprobleme der Datenübermittlung und -qualität konnten noch nicht gänzlich behoben werden. Aus diesem Grund basiert der vorliegende Bericht auf den 14 QS-Daten-basierten Indikatoren (von insgesamt 20 Indikatoren im QS-Verfahren) und berichtet die Ergebnisse für das Erfassungsjahr bzw. Indexjahr 2018.

## 2 Einordnung der Ergebnisse

Der vorliegende Bundesqualitätsbericht ist der dritte Bericht zum QS-Verfahren *QS PCI* gemäß Qesü-RL bzw. gemäß der an deren Stelle am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL).<sup>2</sup> Er enthält deskriptive Analysen und gibt punktuell Einschätzungen zu den Handlungsbedarfen einzelner Qualitätsindikatoren. Er enthält erstmalig Ergebnisse zu dem im Jahr 2018 für das Erfassungsjahr 2017 durchgeführte Stellungnahmeverfahren auf der Landesebene (für QS-datenbasierte Indikatoren). Er enthält weiterhin keine Ergebnisse zur Datenvalidierung, da es hierzu bisher keine Festlegungen und Umsetzung im Rahmen der DeQS-RL gibt. Es können Rückmeldungen zu der erstmalig durchgeführten Stakeholder-Evaluation berichtet werden.

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

Nachfolgend wird eine Übersicht zu Auswertungsergebnissen – auch im Vergleich zum Vorjahr<sup>3</sup> – gegeben. Darauffolgend wird kurz auf die Einschränkungen bei der Vergleichbarkeit der Ergebnisse der einzelnen Auswertungsgruppen eingegangen und die Problematik der fehlenden Risikoadjustierung für einige Qualitätsindikatoren erläutert (vgl. Abschnitt 2.2). Abschließend werden die Ergebnisse des Erfassungsjahres bzw. Indexjahres 2018 einer Bewertung unterzogen und den Ergebnissen aus dem vorherigen Erfassungsjahr gegenübergestellt sowie die geplante Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren skizziert (vgl. Abschnitt 2.3 und Abschnitt 2.4).

### 2.1 Datengrundlagen

Für das Erfassungsjahr 2018 übermittelten insgesamt 264 vertragsärztliche kardiologische Praxen bzw. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und 1.040 Krankenhäuser sowie 20 selektivvertragliche Leistungserbringer Daten zu durchgeführten Koronarangiographien und PCI. Insgesamt wurden dem IQTIG 768.477 QS-Datensätze übermittelt, von diesen wurden 6.613 sogenannte Überlieger<sup>4</sup> aus der Auswertung ausgeschlossen und 7.898 Überlieger aus dem vorangegangenen Jahr (2017) eingeschlossen. Die Auswertungsgrundlage beläuft sich somit auf insgesamt 770.031 Datensätze (769.755 Basisbögen und 276 Minimaldatensätze).

---

<sup>2</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, in Kraft getreten am 1. Januar 2019. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am 10.07.2019).

<sup>3</sup> Ergebnisse zum ersten Erfassungsjahr 2016 werden nicht weiter berücksichtigt, da hier die Datengrundlage zu unvollständig war, um einen sinnvollen intertemporalen Vergleich zu ziehen.

<sup>4</sup> QS-Datensätze werden immer dem Auswertungsjahr (bzw. Auswertungsquartal) zugeordnet, in dem das Entlassungsdatum der Patientin bzw. des Patienten liegt (bei stationären Leistungen), es handelt sich hierbei um sogenannte Überlieger. Bei ambulant erbrachten Leistungen entfällt dieser Grundsatz, hier gilt das Prozedurdatum als Datum für die Zuordnung zu einem Jahr (bzw. Quartal).

Für das Erfassungsjahr 2018 lieferten alle Datenannahmestellen der Krankenhäuser QS-Dokumentationsdaten und Sollstatistiken. Bei den Vertragsärztinnen und -ärzten wurden von zwei Datenannahmestellen keine QS-Dokumentationsdaten übermittelt, wobei hier eine Datenannahmestelle bzw. eine KV-Region keinen Leistungserbringer mit dokumentationspflichtigen Prozeduren aufweist. Vier der vertragsärztlichen Datenannahmestellen lieferten keine Solldaten. Eine vertragsärztliche Datenannahmestelle lieferte keine Sollstatistik, weil kein Leistungserbringer mit dokumentationspflichtigen Prozeduren gemeldet war. Es wurden erstmals QS-Daten aus dem selektivvertraglichen Bereich an die Vertrauensstelle geliefert und im Anschluss an das IQTIG übermittelt werden (2.183 Datensätze).

Tabelle 2: Übersicht über Datenannahme und Auswertungsbasis (QS-Datensätze) für das Erfassungsjahr 2018

	Krankenhaus (DAS-LKG)	Vertragsärzte (DAS-KV)	Selektiv- verträge (DAS-SV)	Bund (gesamt)
Datenannahme IQTIG	2018: 698.163 (2017: 720.867)	2018: 68.131 (2017: 60.240)	2018: 2.183 (2017: -)	2018: 768.477 (2017: 781.107)
Ausschluss von Über- liegern <sup>5</sup>	2018: 6.585 (2017: 7.389)	2018: 28 (2017: 605)	2018: 0 (2017: -)	2018: 6.613 (2017: 7.994)
Einschluss von Über- liegern aus Vorjahr	2018: 7.877 (2017: 7.417)	2018: 21 (2017: 24)	2018: 0 (2017: -)	2018: 7.898 (2017: 7.441)
Minimaldatensätze (MDS)	2018: 279 (2017: 175)	2018: 0 (2017: -)	2018: 0 (2017: -)	2018: 279 (2017: 175)
Auswertungsgrund- lage (Datensätze ge- samt)	2018: 699.455 (2017: 720.895)	2018: 68.117 (2017: 59.659)	2018: 2.183 (2017: -)	2018: 769.755 (2017: 780.554)
<b>Solldaten</b>	2018: 693.469 (2017: 711.980)	2018: 68.544 (2017: 74.132)	2018: - (2017: -)	2018: 762.013 (2017: 786.112)

Von den 1.069 Krankenhäusern lieferten 1.065 Krankenhäuser QS-Dokumentationsdaten, entsprechend einem Anteil von 99,63 %. Im vertragsärztlichen Bereich lag der Anteil mit 264 Leistungserbringern bei 98,8 %, entsprechend einem Soll von 214 vertragsärztliche Einrichtungen. Die geringfügigen Abweichungen bei den Krankenhäusern können sich u. a. durch die hilfswise

<sup>5</sup> Die Fälle (Patientinnen und Patienten) wurden im Jahr 2018 aufgenommen bzw. erhielten eine Prozedur, wurden jedoch nicht im Jahr 2018 entlassen. Da diese Fälle nicht der Sollstatistik 2018 zugerechnet werden, werden sie aus der Auswertung 2018 ausgeschlossen.

Standortzuordnung ergeben, da eindeutige Mapping-Listen für Krankenhausstandorte weiterhin fehlen. Für insgesamt 1.336 Leistungserbringer wurde auf dieser Datenbasis eine Auswertung in Form eines Rückmeldeberichts erstellt.

Sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren können zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht berechnet und berichtet werden. Die erstmalige Übermittlung der Sozialdaten bei den Krankenkassen an das IQTIG fand im April 2018 statt. Im Anschluss wurden diese Daten detailliert auf technische und inhaltliche Plausibilität geprüft. Die bestehenden Implausibilitäten und teilweise unvollständigen Datensätze wurden und werden an die liefernden Krankenkassen zurückgespielt. Ein Ergebnis der Überprüfung der inzwischen abgeschlossenen Datenlieferung für das Erfassungsjahr 2016 war, dass deren Datenqualität für eine einrichtungsbezogene Auswertung nicht ausreicht, sodass für Indexeingriffe aus dem Jahr 2016 keine Indikatoreauswertungen erfolgen werden. Der Datenannahmeschluss der 1-Jahres-Follow-up-Daten für Indexeingriffe des Jahres 2017 ist für Ende Oktober 2019 terminiert. Es wird erwartet, dass sich die Datenqualität deutlich verbessert hat und voraussichtlich im Jahr 2020 mit sozialdatenbasierten Auswertungen gerechnet werden kann.

## 2.2 Risikoadjustierung

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

Eine Risikoadjustierung ist v. a. für die Ergebnisindikatoren vorgesehen, für deren Berechnung Sozialdaten bei den Krankenkassen herangezogen werden müssen. Da dem IQTIG jedoch noch keine vollständigen Sozialdaten vorliegen (die ersten, zum Erfassungsjahr 2016 nun eingetroffenen Sozialdaten werden aufgrund der Datenqualität bisher nicht verwendet), können für diese Indikatoren bislang noch keine angemessenen Risikomodelle entwickelt werden. Für einige ausschließlich auf QS-Daten basierende Indikatoren (v. a. die Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt) wird auf Empfehlung des sektorenübergreifenden Expertengremiums zudem derzeit geprüft, ob relevante und für eine Risikoadjustierung geeignete Faktoren identifiziert werden können. So können z. B. die Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt zukünftig nach dem Body-Mass-Index (BMI) adjustiert werden; die nötigen Informationen hierzu wurden erstmalig ab dem Erfassungsjahr 2019 erhoben. Darüber hinaus werden in den QS-Dokumentationsfeldern bislang wenige Vorerkrankungen der Patientinnen und Patienten erfasst. Künftig sollen solche relevanten Risikofaktoren bevorzugt aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen gewonnen werden, sobald diese dem IQTIG vorliegen.

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

Für die vorliegende Auswertung des Erfassungsjahres 2018 besteht wegen der fehlenden Sozialdaten wie im Vorjahr die Einschränkung, dass relevante Einflussfaktoren (beispielsweise Komorbiditäten) nicht berücksichtigt werden können. Ein direkter Vergleich der Leistungserbringerergebnisse, insbesondere der Ergebnisse von Leistungserbringergruppen sowie der Sektoren ist deshalb nur sehr eingeschränkt möglich.

### **2.3 Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und deren Weiterentwicklung**

Nachfolgend ist eine kurze Auswahl deskriptiver Analysen der Versorgungssituation getrennt nach Auswertungsgruppen für das Erfassungsjahr 2018 dargestellt. Bei den nachfolgenden Auswertungsgruppen handelt es sich um Arten der Leistungserbringung (stationär, belegärztlich, ambulant) durch die jeweiligen Leistungserbringer, nicht zu verwechseln mit den jeweiligen Leistungserbringern selbst (Krankenhaus bzw. Vertragsarzt bzw. -ärztin / Praxis / MVZ). Die deskriptive Auswertung gibt einen Überblick und ist nicht als vollständig anzusehen: sie ermöglicht lediglich eine erste vorsichtige Einschätzung der Ergebnisse der einzelnen Leistungserbringer sowie der entsprechenden Auswertungsgruppen.

Von den Leistungserbringern, welche Koronarangiographien und/oder PCI erbrachten (Prozeduren), wurden 87,5 % stationär durch Krankenhäuser (KH), ca. 3,7 % ambulant durch Krankenhäuser, 7,1 % von ambulant tätigen Vertragsärzten (VÄ), 1,4 % von stationär tätigen Belegärzten (BÄ) und 0,3 % durch selektivvertragliche Leistungserbringer durchgeführt. Insgesamt behandelten alle Leistungserbringer zusammen 769.755 Fälle<sup>6</sup> und führten 804.079 Prozeduren<sup>7</sup> durch. Diese verteilen sich auf 490.023 isolierte Koronarangiographien, 27.968 isolierte PCI sowie 286.088 einzeitige PCI. Insgesamt wurden somit 776.111 Koronarangiographien und 314.056 PCI durchgeführt.

---

<sup>6</sup> Ohne die 276 Minimaldatensätze

<sup>7</sup> Unter einer Prozedur wird eine isolierte Koronarangiographie, isolierte PCI oder eine einzeitige PCI verstanden (Durchführung einer Koronarangiographie und PCI bei einem gemeinsamen Eingriff).

Tabelle 3: Übersicht über die Anzahl der Fälle und Prozeduren je Leistungserbringergruppe (2018)

Leistungs- erbringergruppen		Fälle (Basis- bögen)	Prozeduren (Prozedur- bögen)	Isolierte Koronar- angio- graphien	Isolierte PCI	Einzeitige PCI	Koronar- angio- graphien (gesamt)	PCI (gesamt)
ambulant	VÄ	57.133	57.204	47.927	911	8.366	56.293	9.277
	Anzahl LE	258	258	258	69	125	-	-
	KH	29.819	29.901	29.115	31	755	29.870	786
	Anzahl LE	402	402	391	17	137	-	-
stationär	KH	669.636	703.676	405.127	26.658	271.891	677.018	298.549
	Anzahl LE	1.034	1.034	1.006	608	857	-	-
	BÄ	10.984	11.112	6.167	293	4.652	10.819	4.945
	Anzahl LE	41	41	35	19	35	-	-
Selektivvertrag.		2.183	2.186	1.687	75	424	2.111	499
Anzahl LE		20	20	20	8	13	-	-
<b>Bund (gesamt)</b>		<b>769.755</b>	<b>804.079</b>	<b>490.023</b>	<b>27.968</b>	<b>286.088</b>	<b>776.111</b>	<b>314.056</b>
Anzahl LE		1.302	1.302	1.274	692	1.005	-	-

Der weitaus größte Anteil an Prozeduren, Koronarangiographien und PCI (isolierte und einzeitige PCI) wurde mit 87,2 % bzw. 95,1 % erwartungsgemäß stationär durch Krankenhäuser erbracht. Ambulant tätige Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erbrachten 7,3 % der durchgeführten Koronarangiographien und 3,0 % der PCI. 3,8 % der isolierten Koronarangiographien wurden ambulant durch Krankenhäuser durchgeführt, jedoch nur 0,3 % der durchgeführten PCI. Belegärztinnen und Belegärzte führten einen Anteil von 1,4 % der Koronarangiographien durch und 1,6 % der PCI. Selektivvertragliche Leistungserbringer führten jeweils 0,3 % der gemäß der externen Qualitätssicherung dokumentieren Koronarangiographien bzw. 0,2 % der PCI durch. Zu berücksichtigen ist, dass nicht genau bekannt ist, wie hoch hier der Anteil der selektivvertraglichen Prozeduren tatsächlich liegt, da diese Informationen nicht – bspw. im Rahmen einer Sollstatistik – erfasst werden.

Tabelle 4 zeigt die Anzahl an rechnerisch auffälligen Leistungserbringern je Qualitätsindikator sowohl auf Bundesebene als auch für die jeweiligen Auswertungsgruppen im Vergleich zur Grundgesamtheit des jeweiligen QI auf. Von den insgesamt 1.186 Leistungserbringern, welche beispielsweise für den Indikator „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie“ (QI-ID 56000) ausgewertet wurden, wurden 102 Leistungserbringer als rechnerisch auffällig eingestuft (8,6 %). 8,9 % (31 von 347) der Krankenhäuser, die ambulante Koronarangiographien durchführen, sind rechnerisch auffällig. Etwas höher liegt der Anteil rechnerisch auffälliger Leistungserbringer für Krankenhäuser, die stationär Koronarangiographien durchführen, mit ca. 12 % (120 von 985 Krankenhäuser) sowie für Belegärztinnen und Belegärzte mit 12,5 % (5 von 40 Belegärztinnen und Belegärzten). Den im Vergleich

zum Bundesdurchschnitt geringsten Anteil an rechnerisch auffälligen Leistungserbringern weisen beim jetzigen Datenbestand die ambulant tätigen Vertragsärztinnen und -ärzte mit ca. 8 % (22 von 263 Vertragsärzten) auf. Bei der Betrachtung der Ergebnisse zu den selektivvertraglich erbrachten Leistungen ist zu berücksichtigen, dass hier wahrscheinlich nur ein geringer Anteil der tatsächlich selektiven Leistungen im Rahmen der QS-Dokumentation erfasst und an das IQTIG übermittelt wurden. Dies sollte bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Tabelle 4: Übersicht über die Anzahl rechnerisch auffälliger Leistungserbringer je Qualitätsindikator und Leistungserbringergruppe (2018)

QI-ID	Indikator	ambulant				stationär				Selektivvertragliche Leistungen		Bund (gesamt)	
		Vertragsärzte		Krankenhaus		Belegärzte		Krankenhaus		Anzahl LE rechnerisch auffällig	% (rechnerisch auffällig)	Anzahl LE rechnerisch auffällig	% (rechnerisch auffällig)
		Anzahl LE rechnerisch auffällig	% (rechnerisch auffällig)	Anzahl LE rechnerisch auffällig	% (rechnerisch auffällig)	Anzahl LE rechnerisch auffällig	% (rechnerisch auffällig)	Anzahl LE rechnerisch auffällig	% (rechnerisch auffällig)				
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	23 von 258	8,91 %	31 von 374	8,29 %	1 von 34	2,94 %	84 von 917	9,16 %	0,00%	0 von 20	102 von 1.186	8,60 %
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	31 von 257	12,06 %	78 von 363	21,49 %	2 von 30	6,67 %	81 von 911	8,89 %	26,32%	5 von 19	109 von 1.179	9,25 %
56002	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	7 von 257	2,72 %	43 von 385	11,17 %	0 von 37	0,00 %	52 von 987	5,27 %	0,00%	0 von 20	63 von 1.255	5,01 %
56003	„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	2 von 8	25,00 %	10 von 40	25,00 %	0 von 7	0,00 %	53 von 682	7,77 %	n.a.	n.a.	55 von 697	7,89 %
56004	„Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt	1 von 9	11,11 %	3 von 41	7,31 %	1 von 7	14,28 %	63 von 702	8,97 %	100,00%	1 von 1	65 von 718	9,05 %
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm <sup>2</sup>	15 von 257	5,83 %	21 von 391	5,37 %	7 von 34	20,58 %	78 von 996	7,83 %	20,00%	4 von 20	93 von 1.263	7,36 %
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm <sup>2</sup>	5 von 69	7,24 %	5 von 17	29,41 %	1 von 19	5,26 %	44 von 607	7,24 %	0,00%	0 von 8	49 von 691	7,09 %

QI-ID	Indikator	ambulant				stationär				Selektivvertragliche Leistungen		Bund (gesamt)	
		Vertragsärzte		Krankenhaus		Belegärzte		Krankenhaus		Anzahl LE rechnerisch auffällig	%(rechnerisch auffällig)	Anzahl LE rechnerisch auffällig	%(rechnerisch auffällig)
		Anzahl LE rechnerisch auffällig	%(rechnerisch auffällig)										
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm <sup>2</sup>	7 von 123	5,69 %	28 von 137	20,43 %	2 von 35	5,71 %	60 von 853	7,03 %	7,69%	1 von 13	68 von 999	6,80 %
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	17 von 258	6,58 %	27 von 402	6,71 %	2 von 41	4,87 %	121 von 1.034	11,70 %	10,00%	2 von 20	138 von 1.302	10,59 %
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	8 von 258	3,10 %	23 von 391	5,88 %	5 von 35	14,28 %	83 von 1.006	8,25 %	5,00%	1 von 20	91 von 1.274	7,14 %
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	4 von 69	5,79 %	4 von 17	23,52 %	1 von 19	5,26 %	51 von 608	8,38 %	25,00%	2 von 8	58 von 692	8,38 %
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	7 von 125	5,60 %	14 von 137	10,21 %	2 von 35	5,71 %	64 von 857	7,46 %	7,69%	1 von 13	72 von 1.005	7,16 %
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	3 von 13	23,07 %	2 von 42	4,76 %	1 von 9	11,11 %	59 von 721	8,18 %	0,00%	0 von 2	63 von 744	8,46 %
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	26 von 128	20,31 %	33 von 138	23,91 %	4 von 36	11,11 %	64 von 863	7,41 %	21,43%	3 von 14	88 von 1.015	8,66 %

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

Ein Beispiel für einen patientenseitigen Risikofaktor ist das Alter, da mit höherem Alter die Wahrscheinlichkeit von Komorbiditäten steigt. Beispielsweise lag das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten für die Leistungserbringergruppe Krankenhaus (ambulant) bei lediglich 64,8 Jahren, gefolgt von 66,1 Jahren bei ambulant tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten. Im Krankenhaus stationär versorgte Fälle wiesen mit 68,6 Jahren ein wiederum höheres Durchschnittsalter auf. Patientinnen und Patienten, welche von selektivvertragliche Leistungserbringern versorgt wurden, wiesen ein Durchschnittsalter von 67,0 Jahren auf. Die durchschnittlich ältesten Patientinnen und Patienten betreute die Gruppe der stationär tätigen Belegärztinnen und Belegärzte (69,4 Jahre). Im Rahmen der Entwicklung der Risikomodelle wird zu prüfen sein, inwiefern diese Unterschiede die jeweiligen Indikatorergebnisse beeinflussen.

Tabelle 5: Übersicht über Unterschiede in der Patientenpopulation nach Leistungserbringergruppen (2018)

Leistungserbringergruppen		Anzahl QS-Datensätze	Zustand nach koronarem Bypass		Prozedur als Notfall	STEMI als Hauptdiagnose bei Indikation zur PCI		
ambulant	VÄ	57.133	5,3 %	3.049	0,3 %	148	0,1 %	46
	KH	29.819	4,5 %	1.330	1,5 %	459	0,5 %	142
stationär	KH	669.636	7,9 %	53.012	14,8 %	99.071	6,4 %	42.862
	BÄ	10.984	9,0 %	989	4,6 %	509	3,3 %	367
Selektivvertragliche LE		2.183	5,5%	120	0,1%	2	0,1%	3
<b>Bund (gesamt)</b>		<b>769.755</b>	<b>7,6 %</b>	<b>58.500</b>	<b>13,0 %</b>	<b>100.189</b>	<b>5,6 %</b>	<b>43.420</b>

Tabelle 5 zeigt beispielhafte Unterschiede in den Risikofaktoren der Patientinnen und Patienten je Leistungserbringergruppe. Im Bundesdurchschnitt weisen 7,6 % der Fälle eine bereits erfolgte Bypass-Operation auf („Zustand nach koronarer Bypass-OP“). Dabei liegt der Anteil der ambulant behandelten Fälle mit einer bereits erfolgten Bypass-Operation (vgl. VÄ amb.: 5,3 %; KH

amb.: 4,5 %) deutlich unter den entsprechenden Anteilen, die bei den stationären Leistungserbringern zu finden sind (KH stat.: 7,9 %; BÄ stat.: 9,0 %). Die selektivvertraglichen Leistungserbringer wiesen mit 5,5 % der behandelten Patientinnen und Patienten einen ähnlich hohen Anteil von Patientinnen und Patienten mit einer bereits erfolgten Bypass-Operation auf. Ähnliches gilt für den Anteil der notfallmäßig behandelten Fälle (bzw. Patientinnen und Patienten), deren Anteil im Bundesdurchschnitt bei ca. 13,0 % liegt. Im selektivvertraglichen und ambulanten Bereich ist der Anteil mit 0,1 % (selektivvertragliche Leistungserbringer), 0,3 % (VÄ amb.) und 1,5 % (KH amb.) hingegen deutlich geringer. Der Anteil der Fälle, welche belegärztlich notfallmäßig betreut wurden, war mit 4,6 % etwas größer, aber immer noch deutlich unterhalb der 14,8 % Notfälle, die durch die Krankenhäuser stationär versorgt wurden.

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

## **2.4 Bewertung der Ergebnisse**

Die Auswertung des Erfassungsjahres 2018 berücksichtigt weiterhin lediglich Indikatoren, welche ausschließlich auf QS-Daten basieren, d. h. auf Daten, die durch die Leistungserbringer dokumentiert wurden. Zum aktuellen Zeitpunkt können keine sozialdatenbasierten Indikatoren berechnet werden.

### **2.4.1 QS-Daten-basierte Indikatoren**

Das QS-Verfahren *QS PCI* umfasst 14 ausschließlich auf QS-Daten basierende Qualitätsindikatoren (QIs). Tabelle 6 bietet einen Vergleich der Ergebnisse der auf QS-Daten basierenden Indikatoren der Erfassungsjahre 2018 und 2017. Zum Erfassungsjahr 2018 gab es nur geringfügige Änderungen an der Berechnung der Qualitätsindikatoren im Vergleich zum Vorjahr. Für alle berichteten Qualitätsindikatoren gilt, dass es für das Jahr 2018 eine tendenzielle Verbesserung der Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr gab. Dabei ist zu beachten, dass die Vergleichbarkeit zwischen zwei Jahren immer nur zum Teil gegeben sein kann. Dies beruht darauf, dass es im Zeitverlauf Änderungen bei den Datenlieferungen geben kann (bspw. kommen Leistungserbringer neu hinzu oder geben ihre Tätigkeit auf), dass neue Datengrundlagen hinzukommen (bspw. selektivvertragliche Leistungen) oder aber im Rahmen der Verfahrenspflege (bspw. Anpassung an neue Leitlinien) auch Änderungen am Dokumentationsbogen bzw. Anpassungen an der Berechnung des Qualitätsindikators vorgenommen werden.

### **Indikationsindikatoren**

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

ten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund“ (QI-ID 56001) misst bei Patientinnen und Patienten mit dem Verdacht auf das Vorliegen einer KHK inwieweit diese Indikation, die zu einer Koronarangiographie geführt hat, auch durch die Untersuchung bestätigt werden konnte. Hier sollte der Anteil an Koronarangiographien, die trotz des Verdachtes auf eine KHK keinen pathologischen Befund erbrachten, niedrig ausfallen, um sicherzustellen, dass möglichst nur Patientinnen und Patienten einer Koronarangiographie unterzogen werden, für die dies auch erforderlich war. Der Indikator „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie (QI-ID 56000)“ erzielte für das Erfassungsjahr 2018 ein Ergebnis von 59,50 %, für das Jahr 2017 liegt dieser Wert bei 58,05 % und damit etwas höher (besser) als im Vorjahr. Ähnlich verhält es sich bei dem Indikator „Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund“ (QI-ID 56001); hier liegt das Ergebnis für das Indexjahr 2018 bei 31,96 % und zeigt damit eine leichte Verbesserung zu dem Vorjahresergebnis (32,41 %).

Die Berechnung des Indikators „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie“ (QI-ID 56000) wurde – im Vergleich zu den endgültigen Rechenregeln 2017 und den prospektiven Rechenregeln 2018 angepasst. Von der Landesebene wurde – auf Basis der Stellungnahmen durch Leistungserbringer – zurückgemeldet, dass einige Leistungserbringer rechnerisch auffällig wurden, obwohl dies nicht gerechtfertigt sei. Nachprüfungen ergaben, dass die rechnerische Auffälligkeit bei einigen Leistungserbringern aufgrund von widersprüchlicher Dokumentation im Basis- und Prozedurbogen zustande kam. Um dieser Problematik entgegenzuwirken, erfolgte u. a. eine Anpassung des Dokumentationsbogens für das Erfassungsjahr 2020. Für das Erfassungsjahr 2018 wurden aus diesem Grund die prospektiven Rechenregeln angepasst und Patientinnen und Patienten mit einem akuten Koronarsyndrom aus der Grundgesamtheit des Indikators ausgeschlossen. Aufgrund der Anpassung der Rechenregel ist der Qualitätsindikator „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie“ (QI-ID 56000) nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen zu vergleichen.

Zum Erfassungsjahr 2019 wird es gemäß den prospektiven Rechenregeln weitere Anpassungen am QI 56000 geben. Es werden die aktuell noch in der Grundgesamtheit enthaltenen dringlichen Fälle ausgeschlossen, die Indikation „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“ aus der Grundgesamtheit genommen und die Bezeichnungen in der Zählerbeschreibung konkretisiert werden (Streichung des Ausdrucks „bei Belastung“ im Zähler sowie Aufnahme von Stress-MRT in die Zählerbeschreibung). Auch wurden ab dem Erfassungsjahr 2019 für beide Indikationsindikatoren vorgesehen, die neuen Empfehlungen der DGK (Achenbach et al. 2017) zu berücksichtigen und diese in der Rechenregel abzubilden. Für die QIs 56000 und 56001 wird deshalb zukünftig die Prä-Test-Wahrscheinlichkeit<sup>8</sup> für das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen KHK mit berücksichtigt und ist entsprechend in der Rechenregel definiert.

---

<sup>8</sup> Klinische Abschätzung für das Vorliegen einer relevanten/behandlungsbedürftigen KHK anhand von Alter, Geschlecht und Symptomatik.

## Prozessindikatoren

Die „Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI“ (QI-ID 56002) stellt einen Prozessindikator dar. Der Indikator erfasst die Anzahl an elektiven (geplanten) oder dringlichen Koronarangiographien oder PCI, bei denen die Nierenfunktion innerhalb einer Woche vor dem Eingriff laborchemisch gemessen wurde. Deren Anteil sollte möglichst hoch sein, da kontrastmittelinduzierte Komplikationen, z. B. ein akutes Nierenversagen, eine erhebliche Relevanz für die untersuchten Patientinnen und Patienten hat. Die Messung der Nierenfunktion ist wichtig für eine zuverlässige Identifizierung von Risikopatientinnen und -patienten, um ggf. präventive Maßnahmen bei diesen einleiten zu können. Wie bereits in den letzten beiden Jahren sichtbar, liegen die Ergebnisse für diesen Indikator auf einem sehr hohen Niveau. Der perzentilbasierte Referenzwert liegt bei  $\geq 94,53\%$ , das Bundesergebnis für diesen Indikator bei  $98,24\%$ . Aus diesem Grund wird bei diesem Indikator ein Deckeneffekt vermutet. Auf einem ähnlich hohen Niveau lag der QI bereits für das Erfassungsjahr 2017 mit  $97,68\%$ . Diese guten Ergebnisse sind aus Sicht des Expertengremiums plausibel, da die Messung der Nierenfunktion zum klinischen Standard gehört und kein Qualitätsdefizit vermutet wird. Aus diesem Grund wurde dieser Indikator ab dem Erfassungsjahr 2020 zur Streichung empfohlen. Gleichwohl sollte ggf. in Zukunft über ein Auffälligkeitskriterium überprüft werden, wie hoch der Anteil der Fälle ist, bei denen keine Nierenfunktion gemessen bzw. Kreatininwerte angegeben wurden.

Der Indikator „„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt“ (QI-ID 56003, DTB-Zeit) misst die Zeit, die zwischen der Krankenhausaufnahme einer Patientin oder eines Patienten mit der Hauptdiagnose „ST-Hebungsinfarkt“ (akuter Herzinfarkt) und dem PCI-Eingriff (bzw. dem Öffnen des Ballons) liegt. Er ist ein wesentlicher Indikator für die Prozessqualität der akuten Notfallbehandlung in einem Krankenhaus. Die frühzeitige Durchführung einer PCI senkt für diese Patientengruppe signifikant sowohl die Morbidität als auch die Mortalität und kann somit als Ausdruck einer guten Versorgungsqualität angesehen werden. Die leichte Verbesserung des Indikators zur Schnelligkeit der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Herzinfarkten („„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt“; ID 56003) um mehr als 2 Prozentpunkte auf  $69,52\%$  (EJ 2017:  $67,42\%$ ) ist erfreulich. Für diesen Indikator wird jedoch erwartet, dass sich das Ergebnis in Zukunft noch leicht verbessern wird, wenn aufgrund einer verbesserten Definition im Dokumentationsbogen zwischen einem akuten und subakutem Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) unterschieden werden kann.

Der Indikator „„Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt“ (QI-ID 56004) misst, wie häufig ein Leistungserbringer keine Angaben zum „Door“- bzw. „Balloon“-Zeitpunkt gemacht hat. Das Qualitätsziel ist dabei, dass die Anzahl an durchgeführten Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt, für die der „Door“-Zeitpunkt und/oder „Balloon“-Zeitpunkt bei Erst-PCI unbekannt ist, möglichst niedrig sein sollte. Auf Bundesebene lag dieses Ergebnis bei  $6,99\%$ , für das Erfassungsjahr 2017 lag das Indikatorergebnis mit  $7,52\%$  noch etwas höher und zeigt damit eine leichte Verbesserung.

Tabelle 6: Vergleich der Ergebnisse für QS-Daten-basierende Indikatoren (Indexjahr 2018 vs. 2017)

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Ergebnis 2018 (Referenzbereich)	Ergebnis 2017*	Änderungen hinsichtlich Rechenregeln und Datenbasis	Tendenz
<b>Indikatoren zur Indikationsstellung</b>					
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	59,50 % (≥ 26,72 %)	58,05 %	Rechenregel wurde verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	Besser
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	31,96 % (≤ 57,07 %)	32,41 %	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	Besser
56002	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	98,24 % (≥ 94,53 %)	97,24 %	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	Besser
<b>Prozessindikatoren</b>					
Indikatorengruppe: Door-to-Ballon-Zeit					
56003	„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	69,52 % (≥ 38,31 %)	67,42 %	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	Besser
56004	„Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt	6,99 % (≤ 28,02 %)	7,52 %	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	Besser
Indikatorengruppe: Dosis-Flächen-Produkt					

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Ergebnis 2018 (Referenzbereich)	Ergebnis 2017*	Änderungen hinsichtlich Rechenregeln und Datenbasis	Tendenz
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm <sup>2</sup> (2016: 3.500 cGy x cm <sup>2</sup> )	16,94 % (≤ 37,80 %)	19,71 %	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	Besser
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm <sup>2</sup> (2016: 6.000 cGy x cm <sup>2</sup> )	25,63 % (≤ 57,69 %)	27,67 %		Besser
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm <sup>2</sup> (2016: 8.000 cGy x cm <sup>2</sup> )	23,36 % (≤ 49,02 %)	26,28 %		Besser
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	0,35 % (≤ 0,94 %)	0,50 %	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	Besser
<b>Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge</b>					
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	5,72 % (≤ 12,85 %)	6,11 %	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	Besser
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	19,68 % (≤ 46,33 %)	21,18 %		Besser
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	13,33 % (≤ 28,61 %)	14,28 %		Besser
<b>Ergebnisindikatoren</b>					
Indikatorengruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI					

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Ergebnis 2018 (Referenzbereich)	Ergebnis 2017*	Änderungen hinsichtlich Rechenregeln und Datenbasis	Tendenz
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	91,67 % (≥ 83,33 %)	90,72 %	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	Besser
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	93,20 % (≥ 87,94 %)	93,89 %		Besser

\* Berechnet mit den Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2018

Die Indikatoren der Indikatorengruppe „Dosis-Flächen-Produkt“ messen die Strahlenbelastung, welcher die Patientinnen und Patienten im Rahmen einer isolierten Koronarangiographie, einer isolierten PCI oder einer einzeitigen PCI ausgesetzt sind (QI-IDs 56005, 56006, 56007 und 56008). Sie stellen damit einen wesentlichen Parameter für die Prüfung der Einhaltung des Strahlenschutzes und damit für die Patientensicherheit dar. Für den Indikator „Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm<sup>2</sup> (QI-ID 56005)“ lag das Bundesergebnis mit 16,93 % deutlich unter dem Ergebnis aus dem Vorjahr (19,71 %). Ähnlich gestaltet sich das Bild für die weiteren Indikatoren der Gruppe, auch hier verbesserten sich die Bundesergebnisse im Vergleich zum Vorjahr (vgl. QI-IDs 56006, 56007). Die Verbesserung der Ergebnisse erfolgt weiterhin im dritten Jahr in Folge, trotz der für diese Indikatorengruppe angepassten Grenzwerte des Dosis-Flächen-Produktes an die neuen, herabgesetzten Dosisreferenzwerte des Bundesamtes für Strahlenschutz im Jahr 2017. Für das Erfassungsjahr 2019 ist zudem vorgesehen, für diese Indikatorengruppe eine Risikoadjustierung anhand des BMI auf Fallebene durchzuführen. Hierfür wurden die Felder Körpergröße und Gewicht ab der Spezifikation 2019 in den QS-Dokumentationsbogen aufgenommen.

Die Indikatorengruppe „Kontrastmittelmenge“ enthält weitere Prozessindikatoren, welche die Menge von benötigtem Kontrastmittel bei einer isolierten Koronarangiographie, einer isolierten PCI oder einer einzeitigen PCI messen (QI-IDs 56009, 56010 und 56011). Da das Kontrastmittel insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit vorbestehender Nierenschädigung Komplikationen hervorrufen kann, sollten generell die eingesetzten Kontrastmittelmengen möglichst niedrig ausfallen. Die Indikatoren bewegen sich auf einem ähnlichen Niveau wie bereits im Vorjahr. Für den QI „Isolierte Koronarangiographie mit Kontrastmittelmenge über 150 ml“ (QI-ID 56009) lag das bundesweite Ergebnis bei 5,72 % (2017: 6,11 %). Die Bundesergebnisse für alle QI dieser Gruppe haben sich, im Vergleich zum Erfassungsjahr 2017, weiter verbessert.

### **Ergebnisindikatoren**

Die Indikatorengruppe „Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI“ (QI-IDs 56014 und 56016) misst die Ergebnisqualität der PCI, indem überprüft wird, ob das zuvor verengte Gefäß durch die Ballondilatation erweitert werden konnte und ob der nach dem Eingriff gemessene Blutfluss in diesem Gefäß zufriedenstellend ausfällt. Im Vergleich zum Vorjahr sind lediglich sehr geringe Verbesserungen zwischen den jeweiligen Indikatorergebnissen der Indikatorgruppe „Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI“ festzustellen. Für den Indikator „Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt“ (QI-ID 56014) liegt der Bundesdurchschnitt bei 91,67 % (EJ 2017: 90,72 %). Der Indikator „Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI“ (QI-ID 56016) lag mit 94,20 % (EJ 2017: 93,89 %) sehr nah an den Vorjahreswerten und weist einen leichten Anstieg auf.

#### **2.4.2 Sozialdatenbasierte Indikatoren (Follow-up-Indikatoren)**

Eine Innovation im Verfahren stellen die neu eingeführten Indikatoren zur Nachverfolgung des Patientenverlaufes (Follow-up) dar. Für die Berechnung dieser Follow-up-Indikatoren werden erstmalig sowohl die von den Leistungserbringern dokumentierten Daten zur Qualitätssicherung

(bisherige ausschließliche Datengrundlage) als auch Sozialdaten bei den Krankenkassen (Abrechnungsdaten der Leistungserbringer und personenbezogene Versorgungsdaten bei den Krankenkassen) verwendet. Die Sozialdaten werden mittels eines Pseudonymisierungsverfahrens fallbezogen bzw. patientenbezogen mit der durch die Leistungserbringer erhobenen Dokumentation zusammengeführt, um den gesamten Krankheitsverlauf der einzelnen Patientin bzw. des einzelnen Patienten integriert auswerten zu können. So können die Leistungen, die für eine Patientin oder einen Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten durch verschiedene Ärztinnen oder Ärzte erbracht wurden, in einen Zusammenhang gebracht werden, um auch den weiteren Verlauf nach Eingriff und ggf. aufgetretenen Komplikationen unabhängig vom Ort der Behandlung oder dem „Sektor“ sichtbar zu machen.

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

- Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen (QI-ID 56012)
- MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patienten mit isolierter Koronarangiographie (QI-ID 56018)
- MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patienten mit PCI (QI-ID 56020)
- MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt (QI-ID 56022)
- 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (QI-ID 56024)
- 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (QI-ID 56026)

Ab einer vollumfänglichen Umsetzung des QS-Verfahrens *QS PCI* ist vorgesehen, dass in einem einzelnen Bericht an die Leistungserbringer (Benchmarkbericht) Auswertungen zu drei verschiedenen Erfassungsjahren bzw. Indexjahren (Jahr des Eingriffs) berichtet werden: das aktuell abgeschlossene Behandlungsjahr und die Follow-up-Indikatoren zu den zwei zurückliegenden Jahren.

Die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen befindet sich weiterhin in der Startphase und die Anfangsprobleme der Datenübermittlung sowie -qualität konnten noch nicht gänzlich behoben werden. Die bisherigen Datenlieferungen seit April 2018 wurden detailliert auf technische und inhaltliche Plausibilität geprüft. Die bestehenden Implausibilitäten und teilweise unvollständigen Datensätze wurden und werden an die liefernden Krankenkassen zurückgespielt. Ein Ergebnis der Überprüfung der inzwischen abgeschlossenen Datenlieferung für das Erfassungsjahr 2016 war, dass deren Datenqualität für eine einrichtungsbezogene Auswertung nicht ausreicht, sodass für Indexeingriffe aus dem Jahr 2016 keine Indikatoreauswertungen erfolgen werden. Der Datenannahmeschluss der 1-Jahres-Follow-up-Daten für Indexeingriffe des Jahres

2017 ist für Ende Oktober 2019 terminiert. Es wird erwartet, dass sich die Datenqualität deutlich verbessert hat und voraussichtlich im Jahr 2020 mit sozialdatenbasierten Auswertungen gerechnet werden kann. Daher können zum aktuellen Zeitpunkt zu den Follow-up-Indikatoren noch keine Ergebnisse berechnet und berichtet werden.

## 3 Qualitätssicherungsergebnisberichte der Bundesländer (EJ 2017)

### 3.1 Hintergrund und Zielsetzung

Das nachfolgende Kapitel stellt die Ergebnisse aus dem Qualitätssicherungsergebnisbericht (QSEB) der Bundesländer für das Erfassungsjahr 2017 dar. Der Qualitätssicherungsergebnisbericht wird jährlich zum 15. März an das IQTIG übermittelt und enthält strukturierte Informationen zu den im jeweiligen Bundesland durchgeführten „Qualitätssichernden Maßnahmen“. Die Spezifikation für den Qualitätssicherungsergebnisbericht wurde gemäß den Vorgaben der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) erstellt und mit den Landesarbeitsgemeinschaften abgestimmt. Zum 31. Dezember 2018 wurde die Qesü-RL durch Plenumsbeschluss des G-BA aufgehoben, sodass die themenspezifischen Bestimmungen für die Verfahren gemäß Qesü-RL zum 1. Januar 2019 in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) überführt wurden.

Die Spezifikation zum QSEB, welche den Bundesländern jeweils im Vorjahr zum Berichtsjahr zur Verfügung gestellt wird, orientiert sich an der Spezifikation zum Bericht über den Strukturierten Dialog gemäß der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)<sup>9</sup>, um bestehende Erfahrungen und Kenntnisse bei den Verfahrensteilnehmern im Sinne einer nachhaltigen Entwicklung zu berücksichtigen. Sie wurde jedoch umfassend an den veränderten Fokus der Qesü-RL angepasst. Sie wird auf Basis der bisherigen Rückmeldungen der Bundesländer verbessert und für die nachfolgenden Erfassungsjahre an die DeQS-RL angepasst.

Eine Zielsetzung ist es, dass durch die Anpassungen und Änderungen der QSEB-Spezifikationen – im Vergleich zur bisherigen Berichterstattung der Länder im Rahmen der QSKH-RL – der Umgang bzw. die Bewertung der rechnerischen und qualitativen Auffälligkeiten bundesweit besser vergleichbar gemacht wird und die länderspezifische Auslegung verringert wird. Das Erfassungsjahr 2017 ist das erste Erfassungsjahr, für welches die Länder ein Stellungnahmeverfahren im Rahmen der Qesü-RL zum QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie* durchgeführt haben. Zudem ist zum ersten Mal die neue entwickelte QSEB-Spezifikation eingesetzt worden.

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

---

<sup>9</sup> 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 21. Juni 2018, in Kraft getreten am 1. Januar 2019. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (abgerufen am 10.08.2019).

Qesü-RL gab. Aus diesem Grund ist zu berücksichtigen, dass die Spezifikation die bisherige Ausgestaltung der Richtlinie hinsichtlich des Prüfablaufs für Qualitätssicherungsmaßnahmen zwar widerspiegelt, es jedoch noch genauere Definitionen in der Richtlinie (Bewertungskriterien) und Ausfüllhinweise geben muss.

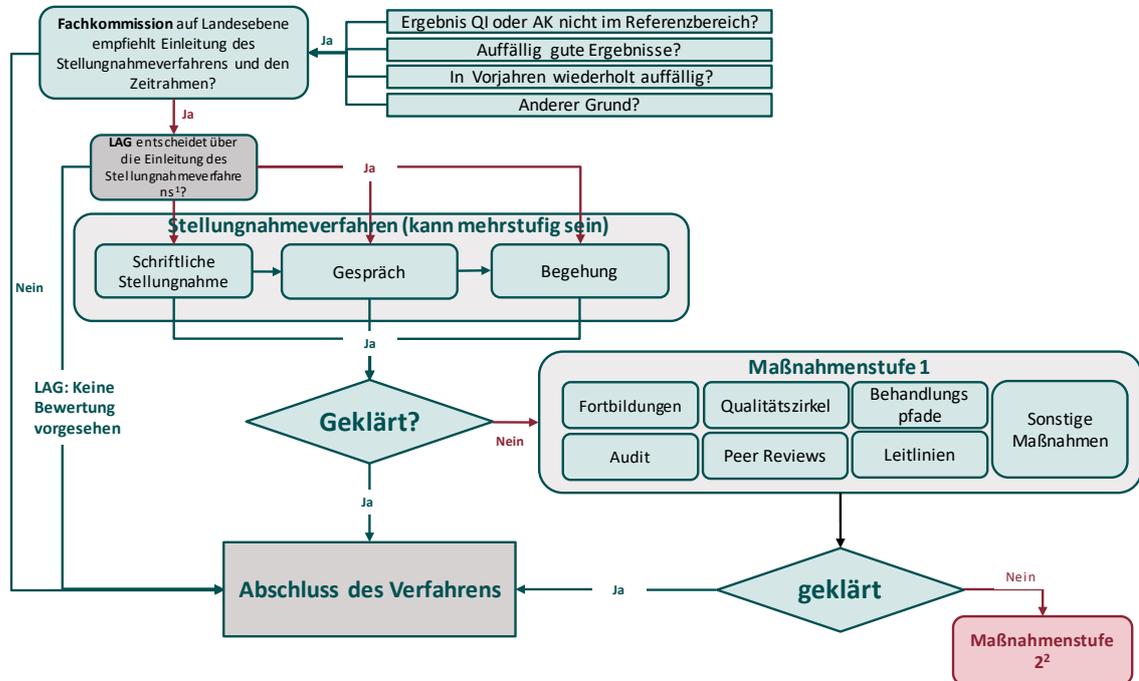


Abbildung 1: Schematischer Ablauf zur Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §17 / §12 themenspezifische Bestimmungen der Qesü-RL

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

Da es noch keine weiteren Präzisierungen des Stellungnahmeverfahrens nach Qesü-RL bzw. nach DeQS-RL gab bzw. gibt, konnten den LAG bzw. den Fachkommissionen keine eindeutigen Empfehlungen bzw. Handlungsanweisungen gegeben werden. Gemäß Qesü-RL (§ 12 Teil 2, Verfahren 1 (Qesü-RL), Abs. 3) bzw. der Überführung in die DeQS-RL sollen „[...] innerhalb von drei Jahren nach Beginn der Datenerhebung bundesweit einheitliche Kriterien für die Datenbewertung und die Einleitung und Durchführung von Maßnahmen gegenüber den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß Teil 1 § 3 Satz 2 Nr. 9 der Richtlinie [...]“ festgelegt werden. Für das Erfassungsjahr 2017 konnten keine Vorgaben zur Bewertung vorgegeben werden. Aufgrund der fehlenden bundesweit einheitlichen Bewertungskriterien ist von einer heterogenen Interpretation hinsichtlich der Bewertung auf Landesebene auszugehen. Dies ist insbeson-

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

### **3.2 Zusammenfassung der QSEB-Ergebnisse auf Bundesebene (EJ 2017)**

Für das QS-Verfahren *QS PCI* haben zum Erfassungsjahr 2017 insgesamt 10 LAG fristgerecht den Qualitätssicherungsergebnisbericht am 15. März 2019 dem IQTIG übermittelt. Eine LAG hat den QSEB mit knapp drei Monaten Verspätung an das IQTIG übermittelt. Für die nachfolgenden Auswertungen wurden alle 11 gelieferten QSEB-Berichte berücksichtigt. Insgesamt 5 LAG haben für das Erfassungsjahr 2017 keinen QSEB abgegeben. Sie begründeten dies u. a. mit der noch nicht vollständigen Arbeitsfähigkeit bzw. mit noch nicht abgeschlossenen Aufbauprozessen.<sup>10</sup>

Die Auswertungen zum QSEB erfolgen auf Bundesebene je QI-Verfahren bzw. auf Indikator-ebene. Die Auswertungen erfolgen in tabellarischer Form und sind im Anhang verfügbar (Anhang 1: Ergebnisse des QSEB zum Erfassungsjahr 2017). Bei der Betrachtung der Ergebnisse zu den QSEB-Auswertungen ist zu beachten, dass die Summen für die einzelnen QI bzw. das QS-Verfahren insgesamt nicht mit den bereits berichteten Auswertungen im Bundesqualitätsbericht 2018 übereinstimmen. Bspw. weicht die Anzahl an rechnerisch auffälligen Standorten (insgesamt 1.016 rechnerisch auffällige Standorte in Tabelle 7 in diesem Bericht) von der Anzahl der tatsächlich rechnerisch auffälligen Standorte auf QS-Verfahrensebene für das Erfassungsjahr 2017 ab (insgesamt 1.238 rechnerisch auffällige Standorte in Tabelle 4 des BQB 2018). Dies ist damit zu begründen, dass nicht alle LAG zum Erfassungsjahr 2017 einen Bericht an das IQTIG übermittelt haben und sich somit Abweichungen ergeben. Bei der Interpretation der Ergebnisse des ersten Stellungnahmeverfahrens im Rahmen der Qesü-RL (nun abgelöst von der DeQS-RL) ist dies zu berücksichtigen. Im folgenden wird sich immer auf die Zahlen bezogen, welche durch die LAG an das IQTIG übermittelt wurden.

Tabelle 7 stellt die Übersicht über die Anzahl der rechnerisch auffälligen Standorte auf QI-Ebene sowie auf Ebene des QS-Verfahrens dar, für welche für das Erfassungsjahr 2017 qualitätssichernde Maßnahmen initiiert wurden. Beispielsweise gab es für den Indikator „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten, Koronarangiographie“ (QI-ID 56000) insgesamt 115 rechnerisch auffällige Standorte. In Tabelle 8 wurde dann für insgesamt 90 der 115 rechnerisch auffälligen Standorte ein Stellungnahmeverfahren von den Fachkommissionen auf Landesebene empfohlen.

Für insgesamt 25 rechnerisch auffällige Standorte wurde für diesen Indikator kein Stellungnahmeverfahren empfohlen. Laut Aussagen der Landesarbeitsgemeinschaften wurde dies durch die Fachkommissionen der Bundesländer unterschiedlich begründet. Unter anderem sei durch eine

---

<sup>10</sup> Berlin, Brandenburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt

Fachkommission beschlossen worden, dass alle Krankenhausstandorte, deren Indikator außerhalb des Bundes- und/oder Landesergebnisses lägen, einen schriftlichen Hinweis erhalten sollten. Diese wies die Standorte darauf hin, „ihre Ergebnisse hausintern zu kommunizieren und zu erarbeiten, welche Maßnahmen sie ggf. ergreifen werden, um ihr Ergebnis zu verbessern“. Auch andere Fachkommissionen bzw. LAG schickten bei rechnerischer Auffälligkeit lediglich einen Hinweis. Mehrfach wurde die Nicht-Initiierung eines Stellungnahmeverfahrens bei rechnerischer Auffälligkeit damit begründet, dass „das Ergebnis auf einem Einzelfall“ beruhe und daher in Anlehnung an die QSKH-RL kein Stellungnahmeverfahren vorgesehen werde. Desweiteren wurde auch öfter kein Stellungnahmeverfahren initiiert, wenn es sich um eine Verbringungsleistung gehandelt hatte oder aber unterjährig ein Pseudonymwechsel dazu geführt habe, dass bei Zusammenführung der Daten keine rechnerische Auffälligkeit mehr vorlag. Eine weitere Begründung, warum kein Stellungnahmeverfahren initiiert wurde, war der Hinweis, dass Stellungnahmeverfahren erst durchgeführt werden, wenn der „Ergebniswert bereits im Vorjahr außerhalb des Referenzbereichs lag oder bestimmte Konstellationen mehrerer Qualitätsindikatoren [eines Standortes] auffällig“ waren.

Die Fachkommissionen können grundsätzlich verschiedene Formen eines Stellungnahmeverfahrens empfehlen, jedoch empfahlen sie für alle Standorte des QI „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten, Koronarangiographie“ (QI-ID 56000), für welche ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden sollte, eine schriftliche Stellungnahme. Dieses Vorgehen wurde für alle QI des QS-Verfahrens gleichermaßen von allen LAG so gehandhabt. Für das Erfassungsjahr 2017 wurden lediglich schriftliche Stellungnahmen empfohlen und keine Stellungnahme in Form eines Gesprächs oder einer Begehung umgesetzt. Wie dies in Zukunft gehandhabt bzw. entsprechend umgesetzt wird, bleibt abzuwarten. Zum aktuellen Zeitpunkt muss berücksichtigt werden, dass die qualitätssichernden Maßnahmen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum ersten Mal durch neu gegründete Fachkommissionen durchgeführt wurden. Auch fehlen noch eindeutige Definitionen und Vorgaben der Bundesebene, um den Fachkommissionen und LAG einen Handlungsleitfaden zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens bereitstellen zu können.

Für den oben angegebenen QI, aber auch für alle anderen QI des QS-Verfahrens *QS PCI*, gab es auch keine Abweichungen zu den Empfehlungen der Fachkommissionen. Das heißt die Empfehlungen der Fachkommissionen wurden durch die LAG für alle QI des Verfahrens übernommen. Tabelle 9 zeigt die Ergebnisse der Durchführung der von den Fachkommissionen empfohlenen und durch die LAG durchgeführten Stellungnahmeverfahren. Auf die Aufforderung zur schriftlichen Stellungnahme reagierten insgesamt 86 der 90 aufgeforderten rechnerisch auffälligen Standorte für den QI „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten, Koronarangiographie“ (QI-ID 56000). Für 11 Standorte waren „noch keine Maßnahme zur Behebung der Auffälligkeit bekannt“, an 32 Standorten wurde mit „Maßnahmen zur Behebung des Problems begonnen“ und 21 Standorte wurden als „Sonstiges“ im Bericht bezeichnet.

Inwiefern ein Standort mit rechnerischer Auffälligkeit durch die Fachkommission als qualitativ auffällig eingeschätzt wurde, wird in Tabelle 10 dargestellt. Für den QI 56000 wurden 13 der 90

Standorte durch die Fachkommissionen als qualitativ auffällig bewertet. Die Einstufung als „qualitativ auffällig“ begründeten die Fachkommissionen unterschiedlich. Insgesamt sechs Mal gab es Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. Es waren zudem, gemäß den Erläuterungen im QSEB, fehlende Leitlinienadhärenz, umfangreiche Fehldokumentationen bzw. Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel bei den qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringern festzustellen. Auch wurden vereinzelt keine Maßnahmen zur Beseitigung des Problems durch den Leistungserbringer berichtet, sodass teilweise die Einleitung von Maßnahmenstufe 1 mit Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien durch die Fachkommission vorgeschlagen wurde. Eine qualitative Auffälligkeit wurde als „Sonstiges“ klassifiziert, da der Leistungserbringer zum eine große Anzahl falscher Dokumentationen in einem Datenfeld aufwies, ACS-Patientinnen und ACS-Patienten fehldokumentiert habe und es durch den Leistungserbringer keine detaillierte Analyse zur Entstehung der Auffälligkeit gegeben habe.

Für das gesamte QS-Verfahren *QS PCI* stuften die Fachkommissionen von den insgesamt 681 durchgeführten Stellungnahmeverfahren (bzw. 648 Stellungnahmeverfahren mit Rückmeldungen durch den Leistungserbringer) 176 Standorte als qualitativ auffällig in mindestens einem der QI ein. Dabei kann ein Standort aber auch mehr als eine qualitative Auffälligkeit aufweisen.

Von den 90 initiierten Stellungnahmeverfahren für den QI 56000 empfahlen die Fachkommissionen für 9 als qualitativ auffällig bewertete Standorte die „Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen“ in Form von Maßnahmenstufe 1 (vgl. Tabelle 8).

Für das gesamte QS-Verfahren *QS PCI* wurden für das Erfassungsjahr 2017 für 33 der als qualitativ auffällig bewerteten Standorte die „Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen“ in Form der Maßnahmenstufe 1 im QS-Verfahren *QS PCI* empfohlen. Für insgesamt 26 der 33 durch die Fachkommissionen empfohlenen Standorte wurden durch die LAG weiterführende qualitätssichernde Maßnahmen in Form der Maßnahmenstufe 1 initiiert. Es wurde bisher für keinen Standort, bei dem die Maßnahmenstufe 1 durchgeführt wurde, die Maßnahmenstufe 2 eingeleitet.

Für die kommenden Jahre ist angedacht, die Auswertungen zum Stellungnahmeverfahren auszubauen. Zum aktuellen Zeitpunkt wurde jedoch davon abgesehen, weil 5 LAG keine Rückmeldung zum Stellungnahmeverfahren abgegeben haben bzw. noch nicht in der Lage waren, ein Stellungnahmeverfahren durchzuführen. Zudem handelt es sich um das erste Jahr der Anwendung der QSEB-Spezifikation, was zu einigen Anpassungen in der QSEB-Spezifikation für das Jahr 2018 führte.

## 4 Evaluationsergebnisse (EJ 2017)

### 4.1 Hintergrund und Zielsetzung

Gemäß der Richtlinie beinhaltet der Bundesqualitätsbericht eine fortlaufende Evaluation des Verfahrens (Teil 1 § 20 Satz 3 Qesü-RL bzw. ab 2019 Teil 1 § 20 Satz 3 DeQS-RL). Des Weiteren soll, „[...] sobald eine ausreichende Datengrundlage vorliegt [...]“, eine empirische Abschätzung über das Ausmaß des Verbesserungspotenzials vorgenommen sowie „[...] die Zielerreichung näher quantifiziert [...]“ werden (Teil 2 Verfahren 1 (QS PCI) § 2 Qesü-RL Abs. 6 bzw. Teil 2 Verfahren 1 (QS PCI) § 2 DeQS-RL Abs. 6). Beides zusammen bildet die Grundlage für die Entscheidung über den weiteren Fortgang des Verfahrens im Rahmen der abschließenden Bewertung. Wie diese abschließende Bewertung des Verfahrens gestaltet werden soll, ist in den Tragenden Gründen lediglich cursorisch aufgeführt. Über die genaue Form und Konzeption einschließlich Zieldefinitionen muss noch entschieden werden: „Das Kriterienraster und strukturierte Vorgehen wird noch durch den G-BA in Zusammenarbeit mit dem Institut nach § 137a SGB V festgelegt“ (Tragende Gründe vom 19. Februar 2015).

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

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

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

Die aus dem QSEB-Bericht erhobenen Informationen zu den Prozessen auf Landesebene und den Rückmeldungen der Leistungserbringer werden dann im Anschluss zusammengeführt und

ausgewertet. Unter anderem dienen dann diese semistrukturierten Rückmeldungen der Landesebene dazu, etwaige notwendige Handlungsempfehlungen für die Verbesserung von Prozessen im Rahmen des QS-Verfahrens zu erkennen und zu formulieren.

## **4.2 Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse auf Bundesebene (EJ 2017)**

Für das Erfassungsjahr 2017 haben insgesamt acht der insgesamt 16 LAG die Evaluationsfragen beantwortet und an das IQTIG übermittelt. Die LAG wurden gebeten, eine Evaluationstabelle (Excel-Format) für das QS-Verfahren *QS PCI* auszufüllen. Die in der Tabelle aufgeführten Fragen beziehen sich jeweils auf ein QS-Verfahren und auf ein Erfassungsjahr. Die Evaluationsfragen sollen im Sinne einer halb-strukturierten Erhebung von Eindrücken und der Einschätzung der Landesebene der Evaluation des QS-Verfahrens dienen. Die LAG sollen dabei auch die Rückmeldungen von Leistungserbringern oder den Fachkommissionen berücksichtigen und ggf. an das IQTIG zurückmelden. Die an das IQTIG zurückgemeldeten Einschätzungen wurden im Anschluss aufbereitet und nachfolgend zusammenfassend dargestellt.

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

#### **Allgemeine Anmerkungen**

Von den insgesamt acht LAG, welche eine Rückmeldung gegeben haben, meldeten drei LAG, dass leistungserbringerübergreifend für das Erfassungsjahr 2017 Probleme aufgetreten seien. Insgesamt vier LAG meldeten zurück, dass keine leistungserbringerübergreifenden Probleme hinsichtlich des QS-Dokumentationsbogens/der QS-Dokumentationsbögen aufgetreten seien. Eine LAG kommentierte, dass die aufgetretenen Probleme durch das IQTIG behoben worden seien. Eine LAG meldete keine expliziten Probleme zurück, fügte jedoch den Hinweis hinzu, dass für eine strukturierte Analyse alle Leistungserbringer befragt werden müssten und bat das IQTIG, die entsprechenden Evaluationsfragen für alle Leistungserbringer zur Verfügung zu stellen.

Es wurden verschiedentlich Hinweise gegeben, u. a. wurde durch eine LAG angemerkt, dass „in der Spezifikation ... der Bezugszeitraum der Dokumentation nur als optionales Datenfeld vom Leistungserbringer zu befüllen [war]. Dadurch war eine zeitliche Zuordnung der eingereichten Dokumentationen in den Datenannahmestellen nicht möglich. Die Sollstatistik wurde dadurch verfälscht.“ Eine weitere LAG wies darauf hin, dass eine Aussage beschränkt möglich sei, da möglicherweise nicht alle Anfragen durch die Leistungserbringer bei der LAG angekommen seien, sondern durch das IQTIG direkt beantwortet wurden.

#### **Verbringungsleistungen**

Desweiteren wurde durch die LAG berichtet, dass Leistungserbringer vereinzelt bei Verbringungsleistungen herausgefordert sind, die für die QS-Dokumentation notwendigen Informationen aus der Patientenakte zusammenzutragen. Dies hätte dazu geführt, dass diese Leistungserbringer die Felder „Door-Zeitpunkt oder Balloon-Zeitpunkt unbekannt“ bzw. „Dosis-Flächen-

Produkt unbekannt“ vermehrt angekreuzt hätten. Auch wurde darauf hingewiesen, dass aufgrund der ungünstigen Konstellation der kardialen Anamnese im Basisbogen („akutes Koronarsyndrom“) und der Frage zur Indikation für die Koronarangiographie im Koronarangiographie-Bogen (v. a. KHK bzw. Ausschluss KHK als „führende Indikation für diese Koronarangiographie“) dazu geführt hätten, dass diese Leistungserbringer „rasch rechnerisch auffällig“ wurden.

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

Von den acht LAG meldeten fünf ein „nein“ zurück, wobei eine LAG wiederum darauf hinwies, dass für eine strukturierte Analyse alle Leistungserbringer miteinbezogen werden sollten und bat, die Evaluationsfragen allen Leistungserbringern zur Verfügung zu stellen. Eine weitere meldete zurück, dass es keine expliziten Rückmeldungen von Leistungserbringern gab.

**Software, Export und Pseudonymisierung**

Drei der befragten LAG wiesen im Rahmen der Erhebung darauf hin, dass in den Softwarelösungen, unabhängig vom Softwareanbieter (ambulant und/oder stationär), Probleme hinsichtlich der Spezifikation aufgetreten seien. Eine LAG vermerkte lediglich, dass vom Wechsel von AQUA auf IQTIG technische Probleme aufgetreten seien. Eine weitere LAG wies darauf hin, dass beim Export für das Erfassungsjahr 2017 Probleme aufgetreten seien und bei einem Leistungserbringer ein Zuordnungsfehler der QS-Daten für PCI\_KV vorlag; dieser Zuordnungsfehler sei aber behoben worden. Auch kam die Rückmeldung einer LAG, dass die Software zur Leistungserbringer-Pseudonymisierung fehlerhaft sei, was zur Folge gehabt habe, dass „das IQTIG in der Lage gewesen wäre, die Leistungserbringer zu identifizieren“. Dieser sei durch die KBV „aufgedeckt und dann erst durch das IQTIG behoben“ worden. Auch kam der Hinweis, dass aufgrund von Softwarefehlern mehrfach Datensätze von Ärztinnen und Ärzten erneut eingereicht werden mussten, obwohl diese fehlerfrei übertragen worden seien.

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

Von den befragten LAG meldeten fünf zurück, dass es weitere Hinweise zu Problemen bei der Durchführung des QS-Verfahrens gegeben habe. Zwei der LAG kommentierten diese Aussagen jedoch nicht weiter, sodass hier keine weiteren Informationen vorliegen.

**Herausforderungen zwischen Leistungserbringern und Softwareanbietern**

Eine LAG vermerkte, dass es „lange Zeit keine zertifizierte Dokumentationssoftware“ gegeben habe, „sodass die verpflichtende Datenerfassung gar nicht möglich“ gewesen sei. Auch wird geschildert, dass es bei der Datenübertragung Probleme gegeben habe, was u. a. darauf zurückzuführen sei, dass Leistungserbringer bspw. Softwareaktualisierungen nicht regelhaft durchführen würden. Auch sei die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Softwareanbietern teilweise schwierig. Angeführt wird, dass es Probleme bei der Kommunikation und/oder dem Support gäbe oder aber die Softwarehersteller würden Anpassungen bzw. Veränderungen der Spezifikation nicht umsetzen. Dies würde dazu führen, dass die Dokumentationen der Leistungserbringer nicht verarbeitet werden könnten.

### **Verschlüsselung der Rückmeldeberichte (Feedbackkey)**

Auch wiesen zwei LAG auf die Probleme der verschlüsselten Rückmeldeberichte hin. Leistungserbringer könnten bei Verlust des initialen Passwortes (wird durch Leistungserbringer selbst vergeben) die ihnen übermittelten, verschlüsselten Rückmeldeberichte nicht öffnen, da dieses Passwort für die Einsicht in die Rückmeldeberichte benötigt werde. Problematisch sei an dieser Stelle, dass das IQTIG kein Standardverfahren habe, um die nochmalige Vergabe eines Passwortes zu ermöglichen. Es wird zudem darauf hingewiesen, dass der Datenexport für viele Praxen einen hohen technischen und zeitlichen Aufwand darstelle, und vereinzelt hätten Praxen jedes Quartal Probleme beim Export der QS-Dokumentation. Die LAG weist zudem darauf hin, dass es viele Fehlerquellen gäbe und es zu einer hohen Verärgerung bei den (vertragsärztlichen) Leistungserbringern komme, da auch das Entschlüsseln der Rückmeldeberichts für viele sehr schwer umsetzbar sei und zu einem sehr hohen Betreuungsaufwand führe.

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

Von den acht LAG meldeten fünf zurück, dass es hinsichtlich einzelner QI, den dazugehörigen Rechenregeln oder der QI-Ergebnisse Probleme gegeben habe. Drei der LAG meldeten keine Probleme zurück.

#### **Dokumentationsprobleme**

Eine LAG meldete, dass es bei den Angaben zur Kontrastmittelmenge in Abhängigkeit der verwendeten Anlage zu wesentlich höheren Angaben gekommen sei, „weil die Luft mittels Kontrastmitteldurchlauf aus den Schläuchen gedrückt wird und die Geräte diese Kontrastmittelmenge mitberechnen“ würden. Auch sei es bei den Belegärztinnen und Belegärzten zu ungerechtfertigten [rechnerischen] Auffälligkeiten bzgl. der Indikationsstellung gekommen.

#### **Patientenselektion (Fallzuordnung)**

Es habe eine „situationspezifische Patientenselektion“ gegeben, da Patientinnen und Patienten mit pathologischen Befunden anscheinend erst ambulant untersucht und dann stationär behandelt worden seien und damit nicht mehr in der Auswertung der Belegärztin oder dem Belegarzt zugeordnet wurden. Ein ähnliches Bild würde sich auch im stationären Bereich abzeichnen, weil dort die Zuordnung der untersuchten Patienten nach dem entlassenden Standort vorgenommen würde. Dies würde dazu führen, dass Patientinnen und Patienten mit unauffälligen Befunden häufig in anderen Standorten (ohne Herzkatheterlabor) verlegt und dort entlassen würden, die Patientinnen und Patienten mit pathologischen Befunden hingegen nicht. Diese Problematik träte auch häufig bei Verbringungsleistungen auf.

#### **Anamnese ACS und Indikation zur Koronarangiographie**

Ein weiterer Hinweis kam von drei LAG zur Rechenregel des QI 56000 („Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie“), welcher problematisch sei, da er das „akute Koronarsyndrom“ nicht aus der Grundgesamtheit ausschließe. Daher sollte er modifiziert werden. Dies habe laut Aussagen mehrerer LAG dazu geführt, dass Leistungserbringer „rasch rechnerisch auffällig“ wurden. Auch wurde von einer LAG angemerkt, dass für den QI 56001 („Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund) es Fälle gegeben habe, „bei denen bei kardialer Anamnese ein akutes

Koronarsyndrom angegeben wurde, bei der Indikation zur Prozedur wurde aber die Auswahl v. a. KHK getroffen“, aber anscheinend nicht der passendere Schlüssel im Feld ausgewählt (STEMI).

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

Eine LAG gab keine Probleme hinsichtlich der qualitätssichernden Maßnahmen bzw. des Stellungnahmeverfahrens an, alle weiteren schilderten kurz oder ausführlicher die Herausforderungen. Eine LAG wies darauf hin, dass der fehlende Feedbackkey bei einzelnen Leistungserbringern eine Analyse der Rückmeldeberichte und die Antworten auf Stellungnahmeaufforderungen im Stellungnahmeverfahren unmöglich machte.

#### **Verbringungsleistungen**

Eine weitere LAG wies darauf hin, dass es viele Leistungserbringer gegeben habe, welche nur eine geringe Anzahl an Fällen gehabt hätten, da sie ausschließlich Verbringungsleistungen aufwiesen. Es wäre mit diesen verbringenden Leistungserbringern kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt worden. Dies wurde von einer weiteren LAG bekräftigt. Auch hier wurde auf die Krankenhausstandorte verwiesen, die über kein eigenes Herzkatheterlabor verfügen würden und ausschließlich Verbringungsleistungen aufweisen würden. Es würde ein „enormer Aufwand [entstehen], die verbringenden Kliniken in die Stellungnahme einzubeziehen und z. B. herauszufinden, warum eine erhöhte Kontrastmittelmenge verwendet wurde“. Auch sei aus Sicht der LAG die Zuordnung einer Bewertung hier dann fraglich.

#### **Rohdaten, mandantenfähige Datenbank und Umfang der Informationen zu den Leistungserbringern**

Zudem weisen zwei LAG darauf hin, dass ihnen viele wichtige Informationen nicht vorgelegen hätten, um ein Stellungnahmeverfahren durchführen zu können bzw. dieses ausreichend fundiert bewerten zu können. Die LAG sieht es als essentiell an, dass bspw. bestimmte Angaben der LAG zur Verfügung stehen (Verbringungsleistungen, konkrete Angaben zu Kontrastmittelverbrauch/Flächen-Dosis-Produkt etc.) damit die Fachkommission die Begründung des Leistungserbringers besser nachvollziehen könne (Höhe der Kontrastmittelmengenüberschreitung, Informationen zum Patientengut (Alter, Komplexität der Verschlüsse/Prozeduren, z. B. CTO) und um die Angaben des Leistungserbringers besser überprüfen zu können. Die LAG weist auf die Wichtigkeit der geplanten mandantenfähigen Datenbank hin. Es wird darauf hingewiesen, dass eine umfassende Analyse der rechnerischen Auffälligkeiten nur mittels Rohdaten möglich sei.

#### **Kommunikation und Akzeptanz des Verfahrens**

Auch wird durch eine LAG darauf hingewiesen, dass den Leistungserbringern besser verdeutlicht werden müsse, dass rechnerisch auffällig nicht gleichbedeutend mit qualitativ auffällig sei. Es solle den Leistungserbringern verdeutlicht werden, dass eine rechnerische Auffälligkeit zunächst nur ein Aufgreifkriterium darstellt, welches im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens die Gelegenheit bietet, in einem kollegialen Prozess beispielsweise Dokumentationsfehler, Softwareprobleme, Besonderheiten der Einrichtungen u. a. identifizieren. Dies würde denn Leistungserbringern einen „positiven Zugang mit Akzeptanz zu dem QS-Verfahren“ ermöglichen.

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

### **Allgemeine Anmerkungen**

Es wurde kritisch angemerkt, dass den LAG (und Fachkommissionen) keine Informationen aus der Bundesfachgruppe zur Verfügung gestellt werden würden (bspw. in Form von Protokollen). Dies würde die Arbeit auf Bundesebene nicht transparent machen und die Arbeit auf Landesebene behindern.

Zudem wird angemerkt, dass der Ausschluss von Privatpatientinnen und Privatpatienten aus der externen Qualitätssicherung als sehr kritisch angesehen wird. Die LAG regt an, dass langfristig die Dokumentationspflicht auch wieder auf die Privatpatientinnen und Privatpatienten ausgeweitet werden solle, „um für diese zumindest die Qualitätsindikatoren, die keine Sozialdaten verwenden, berechnen zu können“. Dies sei aus Sicht der LAG relevant, auch vor dem Hintergrund des in den Medien häufig vorgebrachten Vorwurfs von unnötigen Eingriffen an Privatpatientinnen und -patienten.

Zudem wird angemerkt, dass die „Überführung des Verfahrens von der QSKH zur Qesü/DeQS-RL als Rückschritt gesehen“ werde. Die Akzeptanz des Verfahrens sei aufgrund der vielfachen Probleme und Neuerungen deutlich gesunken. Bspw. musste für das Erfassungsjahr 2016 das Stellungnahmeverfahren aufgrund der verspäteten Bundesländerauswertungen ausgesetzt werden, die Ergebnisindikatoren zu Komplikationen und Sterblichkeit würden aktuell gar nicht berechnet werden und insgesamt würden den Leistungserbringern und Fachkommissionen wichtige Informationen fehlen.

### **Verfahrensspezifisch**

Auch wird mehrfach angemerkt, dass die sehr unterschiedlichen Patientenkollektive der unterschiedlichen Leistungserbringer eine Risikoadjustierung in bestimmten Indikatoren als sinnvoll erscheinen lassen würden. Zudem wird darauf hingewiesen, dass speziell das Fehlen der früher berechneten Ergebnisindikatoren (MACCE etc.) bisher für sowohl das Erfassungsjahr 2016 als auch das Erfassungsjahr 2017 nicht berechnet wurden. Dies wird von mehreren LAG bemängelt, da die etablierten Komplikationsindikatoren ein wichtiger Bereich seien, zu dem es aktuell keinerlei Informationen gebe. Somit können aktuell „qualitätsrelevante Aspekte, wie Tod oder schwere Komplikationen im Verfahren“ nicht berücksichtigt werden.

Von einer LAG wird gefordert, dass die Jahresauswertungen bereits kurz nach Datenannahmeschluss zur Verfügung gestellt werden sollten und nicht erst zum 30. Juni, wie in der DeQs-RL festgelegt. Es wäre aus Sicht der LAG möglich, Routinen zu schaffen, die auch eine „wöchentlich tagesaktuelle Auswertungen den Kliniken“ ermöglichen würde, um zu motivieren, „bereits unterjährig damit zu arbeiten, um sowohl Dokumentations- als auch Prozessprobleme frühzeitig zu detektieren und intern bereits Maßnahmen einzuleiten“. Hingegen wird von einer weiteren LAG angemerkt, dass es sich um ein „junges Verfahren“ handle, bei dem sich das „Miteinander der Akteure im Verfahren noch in der Routine etablieren“ müsse.

### **Qualitätssichernden Maßnahmen bzw. Stellungnahmeverfahren**

Es ist aus Sicht einer LAG nicht nachvollziehbar, weshalb im Rahmen der qualitätssichernden Maßnahmen die Versendung von Hinweisen an die Leistungserbringer ohne Stellungnahme

nicht vorgesehen ist. Auch wird angemerkt, dass es problematisch sei, dass die „errechneten Ergebnisse keine Wechsel von Standortnummern- und Betriebsstätten“ berücksichtigen würden, was zur Folge hätte, dass die Ergebnisse nicht zusammengeführt würden und dass dies die Bewertung für die Fachkommission erschweren würde. Es wird zudem kritisiert, dass in den Rückmeldeberichten lediglich die rechnerische Auffälligkeit dargestellt werden würde. Aus Sicht der LAG sei für eine verbesserte Bewertung der Ergebnisse durch die Fachkommission auch die Darstellung einer statistischen Auffälligkeit von Relevanz. Die LAG spricht sich dafür aus, dass eine statistische Auffälligkeit als Kriterium für die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens dienen solle. Zudem wird noch angeregt, dass bei der Begründung der qualitativen Auffälligkeit auch mehrere Begründungsschlüssel zur Bewertung dieser ermöglicht werden sollen, da oftmals eine Kombination von mehreren Begründungen der qualitativen Auffälligkeit zuträfe.

## 5 Datenvalidierung

Am 15. Juni 2017 wurde das IQTIG durch einen Plenumsbeschluss des G-BA beauftragt, ein wissenschaftlich fundiertes Konzept zur Datenvalidierung in der externen Qualitätssicherung für die Verfahren nach § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zu entwickeln. Das Konzept soll sowohl für die Verfahren der Qesü-RL als auch für die Verfahren der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)<sup>11</sup> (sektorspezifische, sektorgleiche und sektorenübergreifende Verfahren) Anwendung finden. Neben der Konzeptentwicklung ist auch die Erstellung einer Anleitung zur praktischen Umsetzung des Konzepts für die Verfahrensbeteiligten Gegenstand des Auftrages zum Thema Datenvalidierung. Ebenfalls Bestandteil des Auftrags ist die Entwicklung eines Konzepts zur jährlichen Berichterstattung gegenüber den Leistungserbringern, dem G-BA und der Öffentlichkeit. Ferner soll das IQTIG Aufwand und Nutzen des zu entwickelnden Konzepts zur Datenvalidierung abschätzen. Das Konzept wurde dem G-BA zum 31. August 2018 vorgelegt. Eine Umsetzung in den Regelbetrieb ist bisher noch nicht erfolgt.

---

<sup>11</sup> 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 16. März 2018, in Kraft getreten am 27. April 2018.

## 6 Ausblick und Empfehlungen 2019

Auch im dritten Verfahrensjahr befindet sich das QS-Verfahren noch im Aufbau. Im vorliegenden Bundesqualitätsbericht können erstmals Erkenntnisse aus den auf Landesebene berichteten Stellungnahmeverfahren berichtet werden. Auch wurden für das Erfassungsjahr 2018 erstmalig QS-Dokumentationsdaten von selektivvertraglichen Leistungserbringern übermittelt. Diese Fortschritte stellen einen wichtigen Schritt in Richtung Etablierung des QS-Verfahrens im stationären als auch im ambulanten Sektor dar.

Dabei ist jedoch nicht zu vergessen, dass zum aktuellen Zeitpunkt weitere Aufbauarbeit sowohl auf Landesebene als auch auf Bundesebene geleistet werden muss. Zum einen sind auch weiterhin in einzelnen Ländern die Strukturen zur Durchführung der in der Richtlinie festgelegten Aufgaben der Landesarbeitsgemeinschaften sowie der Datenannahmestellen nicht ausreichend etabliert. Dies schließt mit ein, dass weiterhin strukturelle Aufbauarbeit geleistet werden muss (LAG-Geschäftsordnungen, Arbeitsfähigkeit der Fachkommissionen etc.) als auch verfahrenstechnische Grundsatzfragen noch nicht definiert sind und den LAG bei der Durchführung ihrer Tätigkeiten fehlen (Bewertungskriterien, eindeutige Definition zum Modus der Durchführung der Stellungnahmeverfahren).

Zum anderen konnte das QS-Verfahren bisher noch nicht in der von der Richtlinie vorgesehenen Art umgesetzt werden, weil bisher keine sozialdatenbasierten QIs berichtet werden konnten. Auch konnten bisher keine Risikoadjustierungsmodelle entwickelt werden, da diese zum Teil auf patientenseitige Risikofaktoren zurückgreifen, welche lediglich in den Sozialdaten erfasst werden. Dies führt vermehrt zu Unmut der Leistungserbringer auf Landesebene und der Expertinnen und Experten auf Bundesebene, da aus Sicht der Leistungserbringer die Information zur Sterblichkeit und Komplikationen der Patientinnen und Patienten aufgrund der weiterhin ausstehenden sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren von essentieller Bedeutung sind.

Für die Berechnung des Qualitätsindikators „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie“ (QI-ID 56000) wird ab dem Erfassungsjahr 2019 die Prä-test-Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer KHK von Patienten und Patientinnen in der Indikatorberechnung mitberücksichtigt und ab dem Erfassungsjahr 2020 – nach Anpassung der Schlüsselbezeichnung im Dokumentationsbogen – unter Berücksichtigung des Vorliegens einer atypischen Angina pectoris spezifischer gestaltet. Für das Erfassungsjahr 2019 werden zudem erstmals Daten zur Körpergröße und -gewicht erhoben, welche im Anschluss zur Risikoadjustierung unter anderem des Dosis-Flächen-Produktes (Höhe des verwendeten Dosis-Flächen-Produkts in den Indikatoren 56005, 56006, 56007 und 56008) verwendet werden sollen.

Eine Risikoadjustierung dient dazu, den Vergleich zwischen den Leistungserbringern fairer zu gestalten, indem mögliche Unterschiede in den für den Indikator relevanten patientenbezogenen Risikofaktoren (hier beispielsweise Gewicht) ausgeglichen werden. Für die Risikoadjustierung soll auch auf Informationen zu Risikofaktoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen zurückgegriffen werden, sodass diese voraussichtlich erst entwickelt und eingesetzt werden können, wenn die Sozialdaten vollständig vorliegen und abschließend geprüft sind.

Für das Erfassungsjahr 2020 wird der Qualitätsindikator „Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI“ (QI-ID 56002) zur Streichung empfohlen, da diese Messung zum klinischen Standard gehört und kein Qualitätsdefizit vermutet wird. Es wird jedoch empfohlen (über die neuen Datenfelder zur Messung des Kreatininwerts) ein Auffälligkeitskriterium einzuführen, um Leistungserbringer mit vermehrter Nichtmessung des Kreatininwertes ermitteln zu können. Literatur

## Literatur

Achenbach, S; Naber, C; Levenson, B; Böning, A; Schächinger, V (2017): Indikationen zur invasiven Koronardiagnostik und Revaskularisation [*Positionspapier der DGK*]. *Kardiologie* 11(4): 272-284. DOI: 10.1007/s12181-017-0156-y.

## Anhang 1: Ergebnisse des QSEB zum Erfassungsjahr 2017

Tabelle 7: Ergebnisse zur Anzahl der rechnerisch auffälligen Standorte (EJ 2017)

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Anzahl rechnerisch auffälliger Standorte	kein Ergebniswert, da entsprechende Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind	Ergebniswert innerhalb des Referenzbereichs	Ergebniswert außerhalb des Referenzbereichs	Besonders guter Ergebniswert	Auffällig schlechter Ergebniswert	Standort über mehrere Jahre auffällig und dann nicht mehr	Anderer Grund
<b>Indikatoren zur Indikationsstellung</b>									
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	115	1	782	115	0	0	0	1
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	102	1	774	102	0	0	0	1
56002	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	58	0	861	58	0	0	0	0
<b>Indikatoren zur Durchführung</b>									
Indikatorengruppe: „Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt									
56003	„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	39	5	440	39	0	0	0	5
56004	„Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt	55	5	440	55	0	0	0	5

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Anzahl rechnerisch auffälliger Standorte	kein Ergebniswert, da entsprechende Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind	Ergebniswert innerhalb des Referenzbereichs	Ergebniswert außerhalb des Referenzbereichs	Besonders guter Ergebniswert	Auffällig schlechter Ergebniswert	Standort über mehrere Jahre auffällig und dann nicht mehr	Anderer Grund
Indikatorengruppe: Dosis-Flächen-Produkt									
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm <sup>2</sup>	74	1	844	74	0	0	0	1
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm <sup>2</sup>	54	4	413	54	0	0	0	4
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm <sup>2</sup>	59	2	663	59	0	0	0	2
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	119	0	826	119	0	0	0	0
Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge									
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	75	0	849	75	0	0	0	0
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	50	4	416	50	0	0	0	4
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	73	2	655	73	0	0	0	2
<b>Indikatoren zu Ergebnissen und unerwünschten Ereignissen</b>									
Indikatorengruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI									

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Anzahl rechnerisch auffälliger Standorte	kein Ergebniswert, da entsprechende Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind	Ergebniswert innerhalb des Referenzbereichs	Ergebniswert außerhalb des Referenzbereichs	Besonders guter Ergebniswert	Auffällig schlechter Ergebniswert	Standort über mehrere Jahre auffällig und dann nicht mehr	Anderer Grund
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	62	4	455	62	0	0	0	4
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	81	2	660	81	0	0	0	2
<b>Gesamt</b>	<b>QS-Verfahren PCI</b>	<b>1.016</b>	<b>31</b>	<b>9.078</b>	<b>1.016</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>31</b>

Tabelle 8: Ergebnisse der Empfehlung zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens (EJ 2017)

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Anzahl rechnerisch auffälliger Standorte	Empfehlung zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens		Empfehlung der Fachkommission zur Art des Stellungnahmeverfahrens			Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		Anzahl der Abweichungen
			Ja	Nein	Schriftliche Stellungnahme	Gespräche	Begehung	Ja	Nein	
<b>Indikatoren zur Indikationsstellung</b>										
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	115	90	808	90	0	0	898	0	0
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	102	75	802	75	0	0	877	0	0

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Anzahl rechnerisch auffälliger Standorte	Empfehlung zur Durchführung des Stellungs-nahmeverfahrens		Empfehlung der Fachkommission zur Art des Stellungs-nahmeverfahrens			Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		Anzahl der Abweichungen
			Ja	Nein	Schriftliche Stellung-nahme	Gespräche	Begehung	Ja	Nein	
56002	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	58	41	878	41	0	0	919	0	0
<b>Indikatoren zur Durchführung</b>										
Indikatorengruppe: „Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt										
56003	„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	39	27	457	27	0	0	484	0	0
56004	„Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt	55	31	469	31	0	0	500	0	0
<b>Indikatorengruppe: Dosis-Flächen-Produkt</b>										
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm <sup>2</sup>	74	42	877	42	0	0	919	0	0
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm <sup>2</sup>	54	35	436	35	0	0	471	0	0
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm <sup>2</sup>	59	43	681	43	0	0	724	0	0
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	119	86	859	86	0	0	945	0	0
Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge										

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Anzahl rechnerisch auffälliger Standorte	Empfehlung zur Durchführung des Stellungsverfahren		Empfehlung der Fachkommission zur Art des Stellungsverfahrens			Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		Anzahl der Abweichungen
			Ja	Nein	Schriftliche Stellungnahme	Gespräche	Begehung	Ja	Nein	
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	75	50	874	50	0	0	924	0	0
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	50	29	441	29	0	0	470	0	0
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	73	51	679	51	0	0	730	0	0
<b>Indikatoren zu Ergebnissen und unerwünschten Ereignissen</b>										
Indikatorengruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI										
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	62	39	482	39	0	0	521	0	0
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	81	42	701	42	0	0	743	0	0
<b>Ge-samt</b>	<b>QS-Verfahren QS PCI</b>	<b>1.016</b>	<b>681</b>	<b>9.444</b>	<b>681</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10.125</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

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

- „eingeschränkte Datengrundlage und Validität der Ergebnisse durch Softwareprobleme und Eingabeprobleme in den QS-Bögen, Hinweis an die Einrichtung versandt“
- „Hinweis erteilt, FK noch nicht konstituiert“
- „Aufgrund der nicht validen Datenlage wird von der Fachkommission empfohlen für das Verfahrensjahr 2017 auf ein Stellungnahmeverfahren zu verzichten. Es wird empfohlen den LE bei einem Ergebniswert ausserhalb des Referenzbereichs einen Hinweis zu schicken.“
- „Beschluss der Fachkommission QS PCI in ihrer Sitzung am 5. September 2018: Alle Häuser, deren Ergebnisse im jeweiligen Indikator unterhalb des Bundes- und/oder Landesergebnisses liegen, wurden mit der Bitte angeschrieben, ihre Ergebnisse hausintern zu kommunizieren und zu erarbeiten, welche Maßnahmen sie ggf. ergreifen werden, um ihr Ergebnis zu verbessern. Um eine korrekte Dokumentation zu gewährleisten, erhielten die LE zudem die Ausfüllhinweise für das Jahr 2018 im Anhang. Darüber hinaus wurden auch alle Häuser mit unauffälligen Ergebnissen angeschrieben: Ihnen wurden die Mitglieder der Fachkommission vorgestellt, Erläuterungen zu dem LB gegeben und die Ausfüllhinweise mitgeschickt.“
- „Da Klinik den Eingriff nicht selbst durchführt (Verbringungsleistung), verzichtet FK in diesem VJ auf SV“
- „Abweichung durch Einzelfall, keine Stellungnahmeanforderung empfohlen, LE auf rechnerisch abweichendes Ergebnis hingewiesen.“
- „unterjähriger Pseudonymwechsel, nach Zusammenführung der Daten keine rechn. Auffälligkeit mehr“
- „Stellungnahmeverfahren wird durchgeführt, wenn der Ergebniswert bereits im Vorjahr außerhalb des Referenzbereichs lag oder bestimmte Konstellationen mehrerer Qualitätsindikatoren auffällig waren.“
- „Ergebnis liegt außerhalb des Referenzbereichs. In Anlehnung an die QSKH-RL kein Stellungnahmeverfahren, da das Ergebnis auf einem Einzelfall beruht.“
- „Da Klinik den Eingriff nicht selbst durchführt (Verbringungsleistung), verzichtet FK in diesem VJ auf SV nah am Referenzbereich“

Tabelle 9: Ergebnisse zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens durch die LAG (EJ 2017)

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Durchführung des Stellungnahmeverfahrens durch die LAG			LE, die an der Aufforderung zur Stellungnahme/Gesprächstermin/Begehung teilgenommen und auf das Stellungnahmeverfahren geantwortet haben		Antwort/Begründung des LE auf die Aufforderung zu Stellungnahme/Gesprächstermin/Begehung				
		Durchgeführte schriftliche Stellungnahmeverfahren	Durchgeführte Gespräche	Durchgeführte Begehungen	Ja	Nein	0 (keine Korrekturmaßnahmen notwendig)	1 (noch keine Maßnahmen zur Behebung der Auffälligkeit bekannt)	2 (Es wurde mit Maßnahmen zur Behebung des Problems begonnen)	3 (Das Problem wurde bereits nachweisbar behoben)	9 (Sonstiges (im Kommentar erläutert))
<b>Indikatoren zur Indikationsstellung</b>											
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	90	0	0	86	812	834	11	32	0	21
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	75	0	0	70	807	832	11	16	2	16
56002	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	41	0	0	37	882	885	11	17	1	5

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Durchführung des Stenunahmeverfahrens durch die LAG			LE, die an der Aufforderung zur Stellungnahme/Gesprächstermin/Begehung teilgenommen und auf das Stenunahmeverfahren geantwortet haben		Antwort/Begründung des LE auf die Aufforderung zu Stellungnahme/Gesprächstermin/Begehung				
		Durchgeführte schriftliche Stenunahmeverfahren	Durchgeführte Gespräche	Durchgeführte Begehungen	Ja	Nein	0 (keine Korrekturmaßnahmen notwendig)	1 (noch keine Maßnahmen zur Behebung der Auffälligkeit bekannt)	2 (Es wurde mit Maßnahmen zur Behebung des Problems begonnen)	3 (Das Problem wurde bereits nachweisbar behoben)	9 (Sonstiges (im Kommentar erläutert))
<b>Indikatoren zur Durchführung</b>											
Indikatorengruppe: „Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt											
56003	„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	27	0	0	26	458	459	6	14	1	4
56004	„Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt	31	0	0	29	471	474	4	18	1	3
Indikatorengruppe: Dosis-Flächen-Produkt											
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm <sup>2</sup>	42	0	0	41	878	887	13	11	0	8
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm <sup>2</sup>	35	0	0	35	436	447	7	7	0	10

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Durchführung des Stellungnahmeverfahrens durch die LAG			LE, die an der Aufforderung zur Stellungnahme/Gesprächstermin/Begehung teilgenommen und auf das Stellungnahmeverfahren geantwortet haben		Antwort/Begründung des LE auf die Aufforderung zu Stellungnahme/Gesprächstermin/Begehung				
		Durchgeführte schriftliche Stellungnahmeverfahren	Durchgeführte Gespräche	Durchgeführte Begehungen	Ja	Nein	0 (keine Korrekturmaßnahmen notwendig)	1 (noch keine Maßnahmen zur Behebung der Auffälligkeit bekannt)	2 (Es wurde mit Maßnahmen zur Behebung des Problems begonnen)	3 (Das Problem wurde bereits nachweisbar behoben)	9 (Sonstiges (im Kommentar erläutert))
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm <sup>2</sup>	43	0	0	42	682	690	9	11	0	14
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	86	0	0	79	866	871	18	39	1	16
Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge											
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	50	0	0	49	875	884	13	19	0	8
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	29	0	0	30	440	449	4	6	0	11
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	51	0	0	51	679	686	10	16	0	18

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Durchführung des Stellungnahmeverfahrens durch die LAG			LE, die an der Aufforderung zur Stellungnahme/Gesprächstermin/Begehung teilgenommen und auf das Stellungnahmeverfahren geantwortet haben		Antwort/Begründung des LE auf die Aufforderung zu Stellungnahme/Gesprächstermin/Begehung				
		Durchgeführte schriftliche Stellungnahmeverfahren	Durchgeführte Gespräche	Durchgeführte Begehungen	Ja	Nein	0 (keine Korrekturmaßnahmen notwendig)	1 (noch keine Maßnahmen zur Behebung der Auffälligkeit bekannt)	2 (Es wurde mit Maßnahmen zur Behebung des Problems begonnen)	3 (Das Problem wurde bereits nachweisbar behoben)	9 (Sonstiges (im Kommentar erläutert))
<b>Indikatoren zu Ergebnissen und unerwünschten Ereignissen</b>											
Indikatorengruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI											
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	39	0	0	38	483	499	9	7	1	5
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	42	0	0	35	708	712	16	4	2	9
<b>Gesamt</b>	<b>QS-Verfahren QS PCI</b>	<b>681</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>648</b>	<b>9.477</b>	<b>9.609</b>	<b>142</b>	<b>217</b>	<b>9</b>	<b>148</b>

Tabelle 10: Bewertung zur qualitativen Auffälligkeit durch die Fachkommission (EJ 2017)

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Bewertung der Fachkommission: Der Leistungserbringer ist als qualitativ auffällig einzuschätzen		Begründung der Einschätzung durch die Fachkommission								
		Ja	Nein <sup>12</sup>	0 = Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)	1 = Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)	2 = Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	3 = Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	4 = Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelt Dokumentationsprobleme)	5 = Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	6 = unvollständige oder falsche Dokumentation	7 = Softwareprobleme haben falsche Dokumentation verursacht	9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)
<b>Indikatoren zur Indikationsstellung</b>												
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	13	885	134	0	25	31	25	6	26	0	674
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	13	864	142	0	23	27	23	1	15	1	661
56002	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	4	915	150	1	36	2	36	0	18	1	711

<sup>12</sup> Aufgrund einer fehlerhaften Plausibilisierungsregel sind in dieser Spalte alle Leistungserbringer enthalten, sowohl rechnerisch auffällige als auch nicht rechnerisch auffällige.

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Bewertung der Fachkommission: Der Leistungserbringer ist als qualitativ auffällig einzuschätzen		Begründung der Einschätzung durch die Fachkommission								
		Ja	Nein <sup>12</sup>	0 = Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)	1 = Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)	2 = Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	3 = Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	4 = Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelt Dokumentationsprobleme)	5 = Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	6 = unvollständige oder falsche Dokumentation	7 = Softwareprobleme haben falsche Dokumentation verursacht	9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)
<b>Indikatoren zur Durchführung</b>												
Indikatorengruppe: „Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt												
56003	„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	14	470	72	0	22	6	22	13	2	0	367
56004	„Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt	4	496	76	0	31	3	31	2	9	1	377
Indikatorengruppe: Dosis-Flächen-Produkt												
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm <sup>2</sup>	14	905	147	0	23	10	23	9	5	0	721
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm <sup>2</sup>	14	457	59	0	22	15	22	11	2	0	360

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Bewertung der Fachkommission: Der Leistungserbringer ist als qualitativ auffällig einzuschätzen		Begründung der Einschätzung durch die Fachkommission								
		Ja	Nein <sup>12</sup>	0 = Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)	1 = Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)	2 = Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	3 = Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	4 = Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelt Dokumentationsprobleme)	5 = Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	6 = unvollständige oder falsche Dokumentation	7 = Softwareprobleme haben falsche Dokumentation verursacht	9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm <sup>2</sup>	21	703	105	0	20	12	20	14	6	0	563
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	18	927	139	0	39	9	39	1	43	6	708
Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge												
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	13	911	147	0	23	17	23	7	4	0	721
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	10	460	57	0	23	12	23	6	1	0	368
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	18	712	103	0	21	24	21	11	3	0	563

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Bewertung der Fachkommission: Der Leistungserbringer ist als qualitativ auffällig einzuschätzen		Begründung der Einschätzung durch die Fachkommission								
		Ja	Nein <sup>12</sup>	0 = Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)	1 = Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)	2 = Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	3 = Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	4 = Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelt Dokumentationsprobleme)	5 = Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	6 = unvollständige oder falsche Dokumentation	7 = Softwareprobleme haben falsche Dokumentation verursacht	9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)
<b>Indikatoren zu Ergebnissen und unerwünschten Ereignissen</b>												
Indikatorengruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI												
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	7	514	75	0	26	24	26	1	5	0	389
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	13	730	118	0	24	18	24	6	6	1	567
<b>Gesamt</b>	<b>QS-Verfahren QS PCI</b>	<b>176</b>	<b>9.949</b>	<b>1.524</b>	<b>1</b>	<b>358</b>	<b>210</b>	<b>358</b>	<b>88</b>	<b>145</b>	<b>10</b>	<b>7.750</b>

Begründungen, welche zur Einstufung (qualitativ auffällig bzw. unauffällig) des Leistungserbringers durch die Fachkommission benannt wurden (Kommentare):		
2 = Besondere klinische Situation	5 = Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel	9 = Sonstiges
<ul style="list-style-type: none"> <li>„Selektion des Patientenguts durch Verbringungsleistungen“, Selektion des Patientenguts durch <b>Verbringungsleistungen/Verlegungskonzepte.</b>“</li> <li>„Selektion des Patientenguts durch Verbringungsleistung“,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>„Die Indikationsstellung wird als verbesserungswürdig gesehen“</li> <li>„Unzureichende leitliniengerechte Indikationsstellung“</li> <li>„keine ausreichend erklärenden medizinische Gründe“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>„kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt, Bewertung nicht möglich“</li> <li>„Es wurde kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt“</li> <li>„Hinweis erteilt, FK noch nicht konstituiert“</li> </ul>

<p>Patientengut und Komplexität der Pat., „komplexe Anatomie“ u. ä.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Einzelfall“, „Einzelfall als Verlegung in ein anderes Haus“ u.ä.</li> <li>▪ „Auch bei PAVK-Patienten (hohe Anzahl in der Gefäßchirurgie) ist eine nicht-invasive Ischämiediagnostik möglich“</li> <li>▪ „fehlende adäquate Ischämiediagnostik im Hause“</li> <li>▪ Fehldok</li> <li>▪ „Organisation 24Std Bereitschaft“ „Personalwechsel“</li> <li>▪ „Neue Katheteranlagen, Kontrolle der Umsetzung“ „Durch die Umstellung auf den radialen Zugang offensichtlich erhöhte Dosis-Flächenprodukte, Besserung im Jahr 2018 zu erwarten“</li> <li>▪ „<b>Ausbildungsfunktion</b> erhöht die Strahlenbelastung durch Lernkurve“ „Ausbildungssituation einer neu ausgewählten Universitätsklinik, monoplane HKL-Anlage, vermehrt intravaskuläre Bildgebung“ „Ausbildungssituation, komplexe Patienten, vermehrt intravaskuläre Bildgebung.“</li> <li>▪ „<b>Zentrum</b> mit besonderer klinischer Ausrichtung“ „<b>Hoher Anteil an komplexen Eingriffen</b>, z. B. CTO“ „Hoher Anteil Bypass oder diagnostische Spezialuntersuchungen (FFR, OCT)“ „Hohe Anzahl an spezieller Vitiendiagnostik“ „Hoher Anteil an komplexen Fällen“ „Zentrum mit besonderer klinischer Ausrichtung“ „Komplexe Interventionen wie CTO und kardiogener Schock“ „Hoher Anteil an komplexen Prozeduren“ „Hoher Anteil an Bypassdarstellungen und komplexen PCIs (CTO u. a.)“ „Die qualitative Auffälligkeit des Leistungserbringers</li> </ul>	<p>vorgelegt“</p> <p>Die Anzahl nicht erfolgreicher Interventionen ist deutlich unter dem Durchschnitt (Durchschnitt in Hessen 93,42 %). Bei Gesamtfall intervenierter ist die Anzahl von kompletten und nicht erfolgreich rekanalisierten Gefäßverschlüssen auffallend hoch. Dies sollte Anlass geben, die Indikationsstellung zur Rekanalisation zu überprüfen.“</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Fachkommission empfindet eine wirtschaftliche Begründung (Ischämienachweis nicht rentabel) für medizinische Entscheidungen als nicht sinnvoll.“ „Aufgrund der vorliegenden Stellungnahme wird der Wert außerhalb des Referenzbereiches als berechtigter Hinweis auf die Notwendigkeit von Prozessverbesserungen gesehen.“</li> <li>▪ „Die selbstkritisch analysierten Mängel und Ursachen der Auffälligkeit sollten nachhaltig umgesetzt werden, das Gremium empfiehlt die eingeleiteten Maßnahme, insbesondere die Einrichtung einer CPU.“</li> <li>▪ „organisatorische Maßnahmen zur Optimierung der DBT erforderlich“ „Begründung: Längere Zeit weil Einsatz Nachts ?? Das ist so nicht zu begründen“ „Gegenwärtig unzureichende Prozessqualität zur schnellen STEMI-Versorgung, Verbesserungen sind vorgesehen“</li> <li>▪ „Die Fachkommission empfiehlt dringend, verstärktes Augenmerk auf das DFP zu legen.“</li> <li>▪ „Bei deutlicher Überschreitung des Referenzbereiches zum Qualitätsindikator empfiehlt die Fachkommission dringend, das DFP unterjährig intern regelmäßig zu prüfen und das Indikatorergebnis im nächsten Jahr deutlich zu verbessern.“</li> <li>▪ Die Fachkommission kann durch die deutliche Zunahme der Strahlendosis sowohl bei isolierten Koronarangiographien als auch bei isolierten und Einzeitig-PCI ein mögliches strukturelles Problem nicht ausschließen.</li> </ul>	<p>Aufgrund der nicht validen Datenlage wird auf ein STNV bei allen LE verzichtet.“</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Selektion der Patienten durch Verbringungsleistungen, da nur Patienten mit unauffälliger Koro vom Standort dokumentiert werden.“</li> <li>▪ „Ergebniswert außerhalb des Referenzbereichs“ „Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“</li> <li>▪ „Es wurden nur 2 statt 3 Vorgänge beschrieben. Generell bittet die Fachkommission die Eingriffe anhand der niedrigen Fallzahl zu Überdenken sowie hier auch CTO-Indikation zu Überlegen.“</li> <li>▪ „es wird keine Lösungsoption angeboten“ „Keine Antwort zum Stellungnahmeverfahren eingegangen.“ „Die Fachkommission empfindet den hohen CTO-Anteil (über 32 %) bei einer Gesamtfallzahl von 34 Einzeitig-PCI unplausibel. Vorjahreswert war bereits ebenfalls auffällig.“</li> <li>▪ „Auch wenn im Einzelfall die Überschreitung der Kontrastmittelmenge begründet werden kann, ist die Anzahl der Fälle mit über 250 ml im Verhältnis zur Grundgesamtheit zu hoch. Die Fachkommission bittet darum, die Vorgehensweise zu überprüfen, um die Kontrastmittelmenge für den Patienten möglichst gering zu halten.“ „Die Fachkommission bittet die KM-Menge weiterhin kritisch zu überprüfen und Abläufe daran auszurichten.“</li> <li>▪ „Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass es sich bei vielen Patienten nicht um eine isolierte PCI gehandelt hat, sondern einzeitige PCI. Die Fachkommission bittet darum, die Dokumentation für das Erfassungsjahr 2018 unterjährig zu prüfen und ggf. zu korrigieren, um rechnerische Auffälligkeiten zukünftig zu vermeiden.“</li> <li>▪ „Es zeigen sich für den Qualitätsindikator qualitative Auffälligkeiten, die durch Besonderheiten eines CTO-</li> </ul>
--	---	--

<p>hinsichtlich des Dosis-Flächenproduktes über 4800 cGy.cm<sup>2</sup> wird zum Großteil durch die <b>besondere klinische Situation</b> (große Anzahl von Interventionen bei chronisch verschlossener Koronararterie [CTO]) erklärt.“, u. ä.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Nach Angabe des Untersuchers wird mit einer alten Anlage gearbeitet, die aber kurz vor der Erneuerung steht. Die Möglichkeiten Strahlung zu reduzieren, sind nachvollziehbar ausgeschöpft im bisherigen Setting. Hinzu kommt eine hohe Komplexität der Fälle.“</li> <li>▪ „Die Fachkommission empfiehlt dringend, verstärktes Augenmerk auf das DFP zu legen.“</li> <li>▪ „Dokumentation offenbar sehr lückenhaft. Begründung sehr allgemein. Problembewusstsein fraglich“ Kleine Fallzahl. Begründung sehr allgemein. Problembewusstsein fraglich“ „Kleine Fallzahl, hoher KM-Verbrauch begründet. Allerdings keine Gegenmaßnahmen aufgezeigt“</li> <li>▪ „Bei der geringen Fallzahl sollte die Durchführung von hochkomplexen Interventionen (chronische Verschlüsse) kritisch hinterfragt werden.“ Das Gremium anerkennt die Selbstanalyse, dennoch ist aufgrund der Erfahrung mit sehr komplexen Koronarinterventionen zu empfehlen, dass diese nur bei hoher Erfahrungszahl durch geführt werden sollten. Es wäre darüber hinaus zu empfehlen, eine bessere Vorauswahl (der Patienten) zu treffen und die Eingriffe in einem für komplexe Interventionen / Gefäßsituationen erfahrenen Standort durchzuführen.</li> </ul>	<p>Zentrums teilweise erklärt werden. Strukturprobleme sind jedoch zu vermuten, worauf der LE hingewiesen wurde.“</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Probleme mit der verwendeten Injektionspumpe“ Erhöhte Kontrastmittelmenge durch komplexe Eingriffe, aber auch durch Einlernen neuer Kollegen sowie die Umstellung auf Injektomat erklärt.</li> <li>▪ „keine Aufarbeitung der Auffälligkeit möglich, da Rückmeldebericht bei fehlendem Feedback-Key nicht zu öffnen.“</li> <li>▪ „Die Fachkommission äußert Bedenken über die häufige Indikation zur Lävokardiographie. Bitte beachten Sie außerdem die Ausfüllhinweise des IQTIGs zur Angabe der Kontrastmittelmenge: inklusive diagnostische Maßnahmen wie Koronarangiografie, Lävografie, "</li> <li>▪ „Bitte achten Sie darauf, dass bei elektiven Fällen das Krea bereits VOR Untersuchung vorliegt.“</li> <li>▪ „Trotz Nachfrage ist leider keine SN zu diesem Indikator eingegangen, daher keine inhaltliche Bewertung möglich.“</li> <li>▪ „Zulassung und Genehmigung zum 30.06.2018 beendet.“ „Klinik wurde geschlossen“</li> <li>▪ „Die Erklärung zur rechnerischen Auffälligkeit kann von der Fachkommission nicht nachvollzogen werden.“</li> </ul>
---	--	--

Tabelle 11: Ergebnisse zur Anzahl der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen (EJ 2017)

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Bewertung durch Fachkommission zum Abschluss der qualitätssichernden Maßnahmen oder Einleitung der Maßnahmenstufe 1		Empfehlung der Fachkommission zur Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen in Form von Maßnahmenstufe 1						
		Abschluss des Stufenverfahrens <sup>13</sup>	Empfehlung zur Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen (Maßnahmenstufe 1)	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme an Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahmen
<b>Indikatoren zur Indikationsstellung</b>										
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	889	9	1	0	1	0	0	5	3
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	871	6	1	1	2	0	0	0	4
56002	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	919	0	0	0	0	0	0	0	0

<sup>13</sup> Aufgrund einer fehlerhaften Plausibilisierungsregel sind in dieser Spalte alle Leistungserbringer enthalten, sowohl rechnerisch auffällige als auch nicht rechnerisch auffällige.

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Bewertung durch Fachkommission zum Abschluss der qualitätssichernden Maßnahmen oder Einleitung der Maßnahmenstufe 1		Empfehlung der Fachkommission zur Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen in Form von Maßnahmenstufe 1						
		Abschluss des Stufenverfahrens <sup>13</sup>	Empfehlung zur Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen (Maßnahmenstufe 1)	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme an Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahmen
<b>Indikatoren zur Durchführung</b>										
Indikatorengruppe: „Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt										
56003	„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	479	5	0	0	4	0	0	1	1
56004	„Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt	499	1	0	0	0	0	0	0	1
Indikatorengruppe: Dosis-Flächen-Produkt										
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm <sup>2</sup>	918	1	1	0	0	0	0	0	0
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm <sup>2</sup>	469	2	1	0	1	0	0	1	1

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Bewertung durch Fachkommission zum Abschluss der qualitätssichernden Maßnahmen oder Einleitung der Maßnahmenstufe 1		Empfehlung der Fachkommission zur Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen in Form von Maßnahmenstufe 1						
		Abschluss des Stufenverfahrens <sup>13</sup>	Empfehlung zur Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen (Maßnahmenstufe 1)	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme an Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahmen
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm <sup>2</sup>	723	1	0	0	0	0	0	0	1
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	943	2	0	0	0	0	0	0	2
Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge										
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	921	3	0	0	1	0	0	1	1
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	470	0	0	0	0	0	0	0	0
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	728	2	0	0	1	0	0	1	0
Indikatoren zu Ergebnissen und unerwünschten Ereignissen										
Indikatorengruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI										
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels	521	0	0	0	0	0	0	0	0

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Bewertung durch Fachkommission zum Abschluss der qualitätssichernden Maßnahmen oder Einleitung der Maßnahmenstufe 1		Empfehlung der Fachkommission zur Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen in Form von Maßnahmenstufe 1						
		Abschluss des Stufenverfahrens <sup>13</sup>	Empfehlung zur Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen (Maßnahmenstufe 1)	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme an Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahmen
	bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt									
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	742	1	0	0	1	0	0	0	0
<b>Ge-samt</b>	<b>QS-Verfahren QS PCI</b>	<b>10.092</b>	<b>33</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>14</b>

Tabelle 12: Ergebnisse zur Anzahl der durchgeführten Stellungnahmen und weiterführenden Maßnahmen durch die LAG (EJ 2017)

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		LAG-Entscheidung ob Durchführung Stellungnahmeverfahren im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen beendet wird oder nicht		Maßnahmen der Stufe 1							Ergebnis der Durchführung der Maßnahmenstufe 1 im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen		
		Ja	Nein	Abschluss des Stellungnahmeverfahrens und damit der Qualitätssicherungsmaßnahmen für LE <sup>14</sup>	LAG initiiert Maßnahmen Stufe 1 für LE	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahme	Abschluss der Maßnahmenstufe 1 <sup>15</sup>	Maßnahmenstufe 1 noch nicht abgeschlossen	Abschluss der Maßnahmenstufe 1 u. Einleitung Maßnahmenstufe 2
<b>Indikatoren zur Indikationsstellung</b>															
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	762	136	894	4	0	0	0	0	0	4	0	890	8	0
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil	739	138	871	6	1	1	2	0	0	0	3	871	6	0

<sup>14</sup> Aufgrund einer fehlerhaften Plausibilisierungsregel sind in dieser Spalte alle Leistungserbringer enthalten, sowohl rechnerisch auffällige als auch nicht rechnerisch auffällige.

<sup>15</sup> Aufgrund einer fehlerhaften Plausibilisierungsregel sind in dieser Spalte alle Leistungserbringer enthalten, sowohl rechnerisch auffällige als auch nicht rechnerisch auffällige.

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		LAG-Entscheidung ob Durchführung Stellungnahmeverfahren im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen beendet wird oder nicht		Maßnahmen der Stufe 1							Ergebnis der Durchführung der Maßnahmenstufe 1 im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen		
		Ja	Nein	Abschluss des Stellungnahmeverfahrens und damit der Qualitätssicherungsmaßnahmen für LE <sup>14</sup>	LAG initiiert Maßnahmen Stufe 1 für LE	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahme	Abschluss der Maßnahmenstufe 1 <sup>15</sup>	Maßnahmenstufe 1 noch nicht abgeschlossen	Abschluss der Maßnahmenstufe 1 u. Einleitung Maßnahmenstufe 2
	ohne pathologischen Befund														
56002	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	771	148	919	0	0	0	0	0	0	0	0	919	0	0
<b>Indikatoren zur Durchführung</b>															
Indikatorengruppe: „Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt															
56003	„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI	413	71	479	5	0	0	5	0	0	1	1	479	5	0

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		LAG-Entscheidung ob Durchführung Stellungnahmeverfahren im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen beendet wird oder nicht		Maßnahmen der Stufe 1							Ergebnis der Durchführung der Maßnahmenstufe 1 im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen		
		Ja	Nein	Abschluss des Stellungnahmeverfahrens und damit der Qualitätssicherungsmaßnahmen für LE <sup>14</sup>	LAG initiiert Maßnahmen Stufe 1 für LE	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahme	Abschluss der Maßnahmenstufe 1 <sup>15</sup>	Maßnahmenstufe 1 noch nicht abgeschlossen	Abschluss der Maßnahmenstufe 1 u. Einleitung Maßnahmenstufe 2
	mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt														
56004	„Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt	426	74	499	1	0	0	0	0	0	0	1	499	1	0
Indikatorengruppe: Dosis-Flächen-Produkt															
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm <sup>2</sup>	774	145	918	1	1	0	0	0	0	0	0	918	1	0

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		LAG-Entscheidung ob Durchführung Stellungnahmeverfahren im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen beendet wird oder nicht		Maßnahmen der Stufe 1							Ergebnis der Durchführung der Maßnahmenstufe 1 im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen		
		Ja	Nein	Abschluss des Stellungnahmeverfahrens und damit der Qualitätssicherungsmaßnahmen für LE <sup>14</sup>	LAG initiiert Maßnahmen Stufe 1 für LE	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahme	Abschluss der Maßnahmenstufe 1 <sup>15</sup>	Maßnahmenstufe 1 noch nicht abgeschlossen	Abschluss der Maßnahmenstufe 1 u. Einleitung Maßnahmenstufe 2
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm <sup>2</sup>	412	59	470	1	0	0	1	0	0	1	0	470	1	0
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm <sup>2</sup>	619	105	723	1	0	0	0	0	0	0	1	723	1	0
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	805	140	943	2	0	0	0	0	0	0	2	943	2	0
Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge															
56009	Isolierte Koronarangiographien mit	778	146	922	2	0	0	0	0	0	1	1	922	2	0

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		LAG-Entscheidung ob Durchführung Stellungnahmeverfahren im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen beendet wird oder nicht		Maßnahmen der Stufe 1							Ergebnis der Durchführung der Maßnahmenstufe 1 im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen		
		Ja	Nein	Abschluss des Stellungnahmeverfahrens und damit der Qualitätssicherungsmaßnahmen für LE <sup>14</sup>	LAG initiiert Maßnahmen Stufe 1 für LE	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahme	Abschluss der Maßnahmenstufe 1 <sup>15</sup>	Maßnahmenstufe 1 noch nicht abgeschlossen	Abschluss der Maßnahmenstufe 1 u. Einleitung Maßnahmenstufe 2
	Kontrastmittelmenge über 150 ml														
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	412	58	470	0	0	0	0	0	0	0	0	470	0	0
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	626	104	728	2	0	0	1	0	0	1	0	728	2	0

**Indikatoren zu Ergebnissen und unerwünschten Ereignissen**

Indikatorengruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		LAG-Entscheidung ob Durchführung Stellungnahmeverfahren im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen beendet wird oder nicht		Maßnahmen der Stufe 1							Ergebnis der Durchführung der Maßnahmenstufe 1 im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen		
		Ja	Nein	Abschluss des Stellungnahmeverfahrens und damit der Qualitätssicherungsmaßnahmen für LE <sup>14</sup>	LAG initiiert Maßnahmen Stufe 1 für LE	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahmen	Abschluss der Maßnahmenstufe 1 <sup>15</sup>	Maßnahmenstufe 1 noch nicht abgeschlossen	Abschluss der Maßnahmenstufe 1 u. Einleitung Maßnahmenstufe 2
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	444	77	521	0	0	0	0	0	0	0	0	521	0	0
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	629	114	742	1	0	0	1	0	0	0	0	742	1	0
<b>Gesamt</b>	<b>QS-Verfahren QS PCI</b>	<b>8.610</b>	<b>1.515</b>	<b>10.099</b>	<b>26</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10.095</b>	<b>30</b>	<b>0</b>

Tabelle 13: Ergebnisse zur Anzahl rechnerisch und qualitativ auffälliger Leistungserbringer (EJ 2017)

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten		Anzahl qualitativer Auffälligkeiten		Anzahl nicht qualitativer Auffälligkeiten	
		Vorjahr EJ 2016	Aktuelles Jahr EJ 2017	Vorjahr EJ 2016	Aktuelles Jahr EJ 2017	Vorjahr EJ 2016	Aktuelles Jahr EJ 2017
<b>Indikatoren zur Indikationsstellung</b>							
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	-	115	-	13	-	102
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	-	102	-	13	-	89
56002	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	-	58	-	4	-	54
<b>Indikatoren zur Durchführung</b>							
Indikatorengruppe: „Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt							
56003	„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	-	39	-	14	-	25
56004	„Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt	-	55	-	4	-	51
Indikatorengruppe: Dosis-Flächen-Produkt							
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm <sup>2</sup>	-	74	-	14	-	60
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm <sup>2</sup>	-	54	-	14	-	40

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten		Anzahl qualitativer Auffälligkeiten		Anzahl nicht qualitativer Auffälligkeiten	
		Vorjahr EJ 2016	Aktuelles Jahr EJ 2017	Vorjahr EJ 2016	Aktuelles Jahr EJ 2017	Vorjahr EJ 2016	Aktuelles Jahr EJ 2017
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm <sup>2</sup>	-	59	-	21	-	38
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	-	119	-	18	-	101
Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge							
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	-	75	-	13	-	62
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	-	50	-	10	-	40
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	-	73	-	18	-	55
<b>Indikatoren zu Ergebnissen und unerwünschten Ereignissen</b>							
Indikatorengruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI							
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	-	62	-	7	-	55
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	-	81	-	13	-	68
<b>Ge-samt</b>	<b>QS-Verfahren QS PCI</b>	-	<b>1.016</b>	-	<b>176</b>	-	<b>840</b>

## **Anhang 2: Ergebnisse der Bundesauswertung**

Bundesauswertung

**Perkutane Koronarintervention (PCI) und  
Koronarangiographie**

Jahresbericht (2018)

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 01.07.2019

---

# Impressum

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-340  
Telefax: (030) 58 58 26-999

[verfahrensupport@iqtig.org](mailto:verfahrensupport@iqtig.org)  
<https://www.iqtig.org/>

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	4
Ergebnisübersicht.....	7
Datengrundlagen.....	10

## Einleitung

Der vorliegende Rückmeldebericht zur Jahresauswertung 2018 (Quartale 1 bis 4/2018) beinhaltet Ihre Ergebnisse für das QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie*.<sup>1</sup> (FN: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1772/DeQS-RL\\_2018-11-22\\_iK-2019-01-01\\_AT-28-02-2019-B1.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1772/DeQS-RL_2018-11-22_iK-2019-01-01_AT-28-02-2019-B1.pdf)).

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren QS PCI finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-pci/>.

Sämtliche ausschließlich auf QS-Dokumentationsdaten basierenden Qualitätsindikatoren (QIs) werden in der nachfolgenden Ergebnisübersicht aufgeführt. Die Ergebnisse werden differenziert nach Vergleichsgruppen sowie für die Einrichtung des jeweiligen Leistungserbringers dargestellt. Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses bzw. im ambulanten Bereich auf Ebene der Betriebsstättennummer (BSNR). In der Tabelle wird dies als „Ihr Ergebnis“ dargestellt. Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erzielt, dann wird dies mit Fettdruck und einem Ausrufezeichen (!) kenntlich gemacht.

### Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen befindet sich in der Startphase. Noch sind nicht alle Anfangsprobleme der Datenübermittlung behoben. Aus diesem Grund können in diesem Jahr keine einrichtungsbezogenen Ergebnisse zu sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren berechnet und ausgegeben werden. Dies betrifft sämtliche sogenannte Follow-up-Indikatoren. Betroffen davon sind folgende Qualitätsindikatoren:
  - QI-ID 56012: *Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen*
  - QI-ID 56018: *MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patienten mit isolierter Koronarangiographie*
  - QI-ID 56020: *MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patienten mit PCI*
  - QI-ID 56022: *MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt*
  - QI-ID 56024: *30-Tage-Sterblichkeit bei PCI*
  - QI-ID 56026: *1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI*
- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Demnach sind nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze des nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum des Patienten oder der Patientin liegt (gilt nur für stationäre Leistungen!). Bei Patienten die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, spricht man von sogenannten „Überliegern“. Bei ambulant erbrachten Leistungen entfällt dieser Grundsatz, hier gilt das Prozedurdatum als Datum für die Zuordnung zu einem Quartal bzw. Jahr.

---

<sup>1</sup>Gemäß der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL): <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/72/>.

- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass die perzentilbasierten Referenzbereiche sich zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen unterscheiden können. Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese für ein zurückliegendes Jahr nicht berechnet werden. Dieser Fall kann bspw. dann auftreten, wenn der Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte. Hier kann auch kein Vergleich zwischen zwei Jahren vorgenommen werden.

Abkürzung	Beschreibung
BÄ	Belegärzte (bzw. belegärztliche Leistungen)
MDS	Minimaldatensatz
PCI	Perkutane Koronarintervention
QI-ID	Identifikationsnummer des Qualitätsindikators
QS	Qualitätssicherung
QS PCI	Qualitätssicherungsverfahren Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

## Ergebnisübersicht

Tabelle 1: Ergebnisübersicht der Indikatoren für 2018 (Quartal 1 - 4/2018; Datenbasis: QS-Daten)

Ergebnisübersicht der Indikatoren für 2018 (Quartal 1 - 4/2018)									
Indikatoren			Ihr Ergebnis	Ambulante Leistungen		Stationäre Leistungen		Selektiv- vertragliche Leistungen	Bund (gesamt)
QI-ID	Bezeichnung des Indikators	Referenz- bereich		Vertragsärzte (Bund)	Krankenhaus (Bund)	Belegärzte (Bund)	Krankenhaus (Bund)		
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	≥ 26,72 % (5. Perzentil)	Vorjahr:	62,24 %	68,04 %	54,66 %	58,17 %	60,78 %	59,50 %
			BÄ:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:
			Vorjahr:	59,78 %	67,39 %	59,24 %	56,83 %	64,29 %	58,05 %
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	≤ 57,07 % (95. Perzentil)	Vorjahr:	32,97 %	36,43 %	32,09 %	31,31 %	27,58 %	31,96 %
			BÄ:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:
			Vorjahr:	33,00 %	36,05 %	31,91 %	31,95 %	66,67 %	32,41 %
56002	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	≥ 94,53 % (5. Perzentil)	Vorjahr:	99,17 %	97,70 %	99,62 %	98,14 %	99,66 %	98,24 %
			BÄ:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:
			Vorjahr:	96,96 %	97,21 %	99,60 %	97,78 %	100,00 %	97,68 %

Ergebnisübersicht der Indikatoren für 2018 (Quartal 1 - 4/2018)									
Indikatoren			Ihr Ergebnis	Ambulante Leistungen		Stationäre Leistungen		Selektiv- vertragliche Leistungen	Bund (gesamt)
QI-ID	Bezeichnung des Indikators	Referenz- bereich		Vertragsärzte (Bund)	Krankenhaus (Bund)	Belegärzte (Bund)	Krankenhaus (Bund)		
Indikatorengruppe: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt									
56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt	≥ 38,31 % (5. Perzentil)	Vorjahr:	72,41 %	73,81 %	81,33 %	69,40 %	-	69,52 %
			BÄ:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:
			Vorjahr:	59,09 %	69,29 %	81,98 %	67,33 %	-	67,42 %
56004	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt	≤ 28,02 % (95. Perzentil)	Vorjahr:	12,12 %	3,82 %	7,12 %	6,99 %	100,00 %	6,99 %
			BÄ:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:
			Vorjahr:	10,20 %	3,79 %	3,06 %	7,55 %	-	7,52 %
Indikatorengruppe: Dosis-Flächen-Produkt									
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm <sup>2</sup>	≤ 37,80 % (95. Perzentil)	Vorjahr:	12,18 %	11,59 %	7,95 %	18,04 %	13,90 %	16,94 %
			BÄ:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:
			Vorjahr:	13,44 %	15,14 %	7,62 %	20,82 %	11,76 %	19,71 %
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm <sup>2</sup>	≤ 57,69 % (95. Perzentil)	Vorjahr:	21,26 %	16,13 %	8,87 %	25,93 %	40,00 %	25,63 %
			BÄ:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:
			Vorjahr:	21,13 %	28,21 %	14,29 %	27,88 %	-	27,67 %
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm <sup>2</sup>	≤ 49,02 % (95. Perzentil)	Vorjahr:	13,65 %	21,97 %	10,56 %	23,89 %	18,75 %	23,36 %
			BÄ:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:
			Vorjahr:	18,40 %	27,40 %	10,72 %	26,69 %	-	26,28 %
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	≤ 0,94 % (90. Perzentil)	Vorjahr:	0,31 %	0,35 %	0,04 %	0,36 %	0,50 %	0,35 %
			BÄ:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:
			Vorjahr:	0,34 %	0,51 %	0,19 %	0,51 %	0,00 %	0,50 %

Ergebnisübersicht der Indikatoren für 2018 (Quartal 1 - 4/2018)									
Indikatoren			Ihr Ergebnis	Ambulante Leistungen		Stationäre Leistungen		Selektiv- vertragliche Leistungen	Bund (gesamt)
QI-ID	Bezeichnung des Indikators	Referenz- bereich		Vertragsärzte (Bund)	Krankenhaus (Bund)	Belegärzte (Bund)	Krankenhaus (Bund)		
Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge									
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	≤ 12,85 % (95. Perzentil)	Vorjahr:	2,72 %	3,06 %	3,15 %	6,32 %	1,96 %	5,72 %
			BÄ:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:
			Vorjahr:	3,23 %	3,40 %	3,26 %	6,63 %	17,65 %	6,11 %
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	≤ 46,33 % (95. Perzentil)	Vorjahr:	11,64 %	19,35 %	6,83 %	20,08 %	25,33 %	19,68 %
			BÄ:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:
			Vorjahr:	13,63 %	20,51 %	14,29 %	21,39 %	-	21,18 %
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	≤ 28,61 % (95. Perzentil)	Vorjahr:	7,63 %	10,99 %	5,42 %	13,66 %	8,49 %	13,33 %
			BÄ:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:
			Vorjahr:	8,91 %	11,48 %	6,12 %	14,54 %	-	14,28 %
Indikatorengruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI									
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	≥ 83,33 % (5. Perzentil)	Vorjahr:	89,13 %	97,28 %	94,28 %	91,63 %	100,00 %	91,67 %
			BÄ:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:
			Vorjahr:	85,71 %	89,17 %	93,77 %	90,71 %	-	90,72 %
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	≥ 87,94 % (5. Perzentil)	Vorjahr:	93,49 %	93,26 %	93,55 %	94,24 %	93,59 %	94,20 %
			BÄ:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:	Vorjahr:
			Vorjahr:	92,61 %	91,15 %	92,86 %	93,94 %	-	93,89 %

## Datengrundlagen

Für die Berechnung der Indikatoren zur Qualitätsmessung in diesem QS-Verfahren bilden sowohl die dokumentierten Daten zur Qualitätssicherung (Qualitätsdokumentation bei den Leistungserbringern) als auch Sozialdaten bei den Krankenkassen die Grundlage.

Der aktuelle Bericht enthält Qualitätsindikatoren auf Basis von QS-Dokumentationsdaten. Die folgende Tabelle zeigt den Datenbestand, auf der der Ihnen vorliegende Bericht basiert.

Tabelle 2: Übersicht über die QS-Daten in diesem Bericht

QS-Daten für Erfassungsjahr 2018 (Quartal 1-4/2018)		Datenbestand	erwartet	Vollständigkeit in %
<b>Ihre Daten</b>	Datensätze gesamt	770.031	762.013	100,77
	Basisdatensatz	769.755	-	-
	MDS	276	-	-
<b>Vertragsärzte</b>	Anzahl	264	270	97,78
	Datensätze gesamt	68.117	68.544	99,38
	Basisdatensatz	68.117	-	-
	MDS	0	-	-
<b>Krankenhäuser</b>	Anzahl	1.065	1.069	99,63
	Datensätze gesamt	699.731	693.469	100,90
	Basisdatensatz	699.455	-	-
	MDS	276	-	-
<b>Selektivvertragliche Leistungen</b>	Anzahl	20	-	-
	Datensätze gesamt	2.183	-	-
	Basisdatensatz	2.183	-	-
	MDS	0	-	-
<b>Bund (gesamt)</b>	Anzahl	1.329	-	-
	Datensätze gesamt	770.031	762.013	100,77
	Basisdatensatz	769.755	-	-
	MDS	276	-	-

**QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer  
Infektionen – postoperative  
Wundinfektionen (QS WI)***

# 1 Hintergrund und Zielsetzung

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

Das QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)* soll ambulante und stationäre Leistungserbringer dabei unterstützen, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren. Das Projekt teilt sich in zwei Bereiche: einen einrichtungsbezogenen, in dem einmal jährlich die Einhaltung der strukturellen und organisatorischen Anforderungen von den Einrichtungen abgefragt wird. Der zweite Teil ist eine statistische Analyse fallbezogener Daten im Hinblick auf Prozess- und Ergebnisqualität. Zunächst können beide Verfahrensteile getrennt bearbeitet werden, sollen künftig aber zur Qualitätsbewertung eines Leistungserbringers integriert genutzt werden.

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

Am 1. Januar 2017 startete das sektorenübergreifende QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)* gemäß der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL)<sup>16</sup> des G-BA. Zum 1. Januar 2019 wurde das Verfahren *QS WI* von der Qesü-RL in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQs-RL)<sup>17</sup> überführt. Zeitgleich mit Inkrafttreten der Überführung wurde die Qesü-RL aufgehoben. Ziel des QS-Verfahrens ist es, die Qualität der Maßnahmen ambulanter und stationärer Leistungserbringer zur Vermeidung nosokomialer Infektionen, insbesondere postoperativer Wundinfektionen, zu messen, vergleichend darzustellen und zu bewerten. Dabei soll eine fachabteilungsübergreifende Aussage über die teilnehmenden Einrichtungen getroffen werden können.

---

<sup>16</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 20. Mai 2010. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/72/> (abgerufen am 15.08.2019).

<sup>17</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 16. Mai 2019, in Kraft getreten am 1. Januar 2019. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (abgerufen am 15.08.2019).

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

Tabelle 14: Übersicht über die Indikatoren (EJ 2018)

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Datengrundlage für Berechnung
<b>Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulant</b>		
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
1001	Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ <sup>18</sup>	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
<b>Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement – stationär</b>		
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
Kennzahlgruppe: Händedesinfektionsmittelverbrauch		
2001	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen <sup>18</sup>	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
2002	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen <sup>18</sup>	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
<b>Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – ambulant</b>		
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	QS-Daten und Sozialdaten
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	QS-Daten und Sozialdaten
1502	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	QS-Daten und Sozialdaten

<sup>18</sup> Transparenzkennzahl

QI-ID	Indikator/Indikatorengruppe	Datengrundlage für Berechnung
1503	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	QS-Daten und Sozialdaten
<b>Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – stationär</b>		
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	QS-Daten und Sozialdaten
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	QS-Daten und Sozialdaten
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	QS-Daten und Sozialdaten
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	QS-Daten und Sozialdaten
2504	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	QS-Daten und Sozialdaten
2505	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	QS-Daten und Sozialdaten

\* Transparenzkennzahl

Der aktuelle Bericht enthält aufgrund der Neuheit des QS-Verfahrens lediglich Auswertungen zu Qualitätsindikatoren, welche ausschließlich auf dokumentierten einrichtungsbezogenen QS-Daten der Leistungserbringer beruhen. Im IQTIG werden aktuell die Sozialdaten bei den Krankenkassen für im Jahr 2017 durchgeführte Eingriffe auf technische und inhaltliche Plausibilität geprüft. Aufgrund der besonderen Datenstrukturen des QS-Verfahrens QS WI wird davon ausgegangen, dass die Sichtung der Daten der verschiedenen Krankenkassen, die Definition der Datenvalidierungs- und Auswertungsalgorithmen und die Korrektur fehlerhafter Datenexporte durch die Krankenkassen noch einige Zeit in Anspruch nehmen wird. Nach derzeitiger Einschätzung werden Ergebnisse auf der Basis von Sozialdaten erstmals im Jahr 2020 an die Leistungserbringer versandt werden können. Daher werden im vorliegenden Bericht nur für den Indikator zum Hygiene- und Infektionsmanagement die Ergebnisse für das Erfassungsjahr 2018 berichtet.

## 2 Einordnung der Ergebnisse

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

Der Bericht enthält die Ergebnisse der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation (Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement) zum Erfassungsjahr 2017 und 2018. Zusätzlich werden erstmalig die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens auf der Landesebene für das Erfassungsjahr 2017 berichtet. Im Rahmen des Bundesqualitätsberichts sind aufgrund der fehlenden Festlegung innerhalb der DeQS-RL keine Ergebnisse zur Datenvalidierung enthalten.

Im Folgenden werden die Datengrundlagen und Auswertungsergebnisse der QS-Daten der einrichtungsbezogenen Befragung des Erfassungsjahrs 2018 im Vergleich zum Vorjahr dargestellt und diskutiert (vgl. Abschnitte 2.1 und 2.2). Für jede Kennzahl wird dabei auch auf die jeweils individuellen und bekannten Dokumentationsprobleme eingegangen, sofern dem IQITG Informationen zu solchen vorliegen. Dabei wird auf die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der einzelnen Leistungserbringergruppen zwischen den Erfassungsjahren 2017 und 2018 sowie die geplanten Weiterentwicklungen der einzelnen Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen eingegangen (vgl. Abschnitt 2.2).

### 2.1 Datengrundlagen

Für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation ist bisher noch keine Sollstatistik spezifiziert. Somit kann nicht nachvollzogen werden, welche Einrichtungen bzw. Leistungserbringer zur Abgabe eines Dokumentationsbogens verpflichtet waren. Laut empirischer Prüfung vor dem Start des Regelbetriebs anhand von Krankenkassendaten zu diesem Verfahren besteht für ca. 1.200 bis 1.300 Krankenhäuser und für ca. 4.700 Praxen, MVZ und ermächtigte Ärztinnen und Ärzte eine Dokumentationspflicht. Ausgehend von dieser Einschätzung haben für das Jahr 2018 nur 49 % (584) der Krankenhäuser, die aufgrund von ambulanten Tracer-Operationen zur Dokumentation verpflichtet waren, den ambulanten Einrichtungsfragebogen übermittelt (siehe Tabelle 15). Für den stationären Einrichtungsfragebogen liegt der Anteil der dokumentierten Bögen für Krankenhäuser deutlich höher (77 %; 922). Noch relativ selten nahmen mit 47 % (2.210) vertragsärztliche Leistungserbringer an der Einrichtungsbefragung der ambulant operierenden vertragsärztlichen Leistungserbringer teil. Zudem nahmen nicht alle Leistungserbringer, die bereits 2017 einen Bogen dokumentierten, auch für das Jahr 2018 an der Einrichtungsbefragung teil. Für das Jahr 2018 wiederum hat ein relevanter Anteil an Leistungserbringern erstmals an der einrichtungsbezogenen Dokumentation teilgenommen.

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

Ambulante einrichtungsbezogene Datensätze wurden im Erfassungsjahr 2017 von 2.674 Krankenhäusern und vertragsärztlichen Leistungserbringern übermittelt; davon 595 von Krankenhäusern und 2.079 von vertragsärztlichen Leistungserbringern. Im Erfassungsjahr 2018 wurden 2.794 einrichtungsbezogene Datensätze für den ambulanten Bereich eingereicht; 584 von Krankenhäusern und 2.210 von vertragsärztlichen Leistungserbringern. Vier Bundesländer haben für das Erfassungsjahr 2017 und zwei Bundesländer für das Erfassungsjahr 2018 keine Datensätze übermittelt. Obwohl mehr Bundesländer ambulante QS-Daten für das Erfassungsjahr 2018 übermittelt haben, gingen insgesamt im zweiten Jahr der Datenerfassung weniger Datensätze pro Bundesland von vertragsärztlichen Leistungserbringern beim IQTIG ein.

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

Die Dokumentationspflicht der stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation umfasste im Erfassungsjahr 2017 Krankenhäuser sowie Belegärztinnen und Belegärzte. Für das Erfassungsjahr 2018 wurde die Dokumentationspflicht der Belegärztinnen und Belegärzte ausgesetzt, insbesondere da diese in den bisherigen Dokumentationsbögen nicht abweichend von den Krankenhäusern, an denen diese tätig waren, für den Bereich ihrer eigenen Leistungen dokumentieren konnten. Für den stationären einrichtungsbezogenen Bereich wurden 977 Datensätze von Krankenhäusern und 292 Datensätze von Belegärztinnen und Belegärzten für das Erfassungsjahr 2017 eingereicht. Für das Erfassungsjahr 2018 wurden 922 stationäre einrichtungsbezogene Datensätze von Krankenhäusern übermittelt. Mit ungefähr 80 % der erwarteten stationären Dokumentationsätze weisen Krankenhäuser die höchste Vollständigkeit auf.

Tabelle 15: Übersicht über die Daten der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zur ambulanten und stationären Versorgung

Datengrundlage (einrichtungsbezogene QS-Dokumentation)					
		2017	2018		
		geliefert	geliefert	erwartet <sup>19</sup>	Vollständigkeit <sup>19</sup>
ambulant operierende Leistungserbringer	Krankenhäuser	595	584	-	-
	vertragsärztliche Leistungserbringer	2.079	2.210	-	-
stationär operierende Leistungserbringer	Krankenhäuser	977	922	-	-
	Belegärztinnen und -ärzte <sup>20</sup>	292	6	-	-

Tabelle 16: Anzahl erwarteter und gelieferter Datensätze (stationäre Versorgung)

Datengrundlage (fallbezogene QS-Dokumentation)				
	2017	2018		
	geliefert	geliefert	erwartet	Vollständigkeit
Krankenhäuser	1.413	1.693	1.742	97,19 %
Datensätze	395.091	392.906	401.608	97,83 %

## 2.2 Ergebnisse der Qualitätsindikatoren, deren Bewertung und Weiterentwicklungsvorschläge

In diesem Bericht werden ausschließlich die Ergebnisse der *einrichtungsbezogenen* QS-Daten, d. h. Daten, die durch die Leitungserbringer dokumentiert wurden, dargestellt und bewertet. Zum aktuellem Zeitpunkt können keine Ergebnisse zu leistungserbringerbezogenen postoperativen Wundinfektionsraten dargestellt werden, da es noch nicht möglich ist, die dokumentierten postoperativen Wundinfektionen mithilfe von Sozialdaten den primär operierenden Leistungserbringern zuzuordnen. Nach derzeitiger Einschätzung werden diese Daten erstmals im Jahr 2020 zur Verfügung stehen. Auf Grundlage der vorliegenden einrichtungsbezogenen Daten aus den ersten zwei Erfassungsjahren des QS-Verfahrens können lediglich vorläufige Bewertungen dieser Ergebnisse erfolgen, da die Datengrundlage zeigt, dass sich bisher bei Weitem nicht alle dokumentationspflichtigen Leistungserbringer an dem QS-Verfahren beteiligt haben und da nur

<sup>19</sup> Die erwartete Anzahl kann nicht ermittelt werden.

<sup>20</sup> Für das Erfassungsjahr 2018 wurde die QS-Dokumentation für Belegärztinnen und -ärzte ausgesetzt. Um die Vergleichbarkeit der Indikator- und Kennzahlenergebnisse zwischen den Erfassungsjahren 2017 und 2018 zu gewährleisten, wurden die Belegärztinnen und -ärzte in der Datengrundlage der stationären Versorgung in beiden Erfassungsjahren ausgeschlossen.

einige wenige Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) das Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2017 durchgeführt haben. Demzufolge müssen die Ergebnisse vor dem Hintergrund der genannten Einschränkungen bewertet werden.

Aufgrund der unvollständigen Übermittlung der QS-Daten von dokumentationspflichtigen ambulant und stationär operierenden Leistungserbringern ist es derzeit noch nicht möglich, allgemeingültige Aussagen über die bundesweite Versorgungsqualität bezüglich der Vermeidung von postoperativen Wundinfektionen zu treffen. Bewertungen können demnach nur für die ambulanten und stationären Leistungserbringer, die QS-Daten für dieses Verfahren übermittelt haben, erfolgen. Auch ein direkter Vergleich der Ergebnisse der Jahre 2017 und 2018 ist nur eingeschränkt möglich, da viele Leistungserbringer entweder nur im Jahr 2017 oder nur im Jahr 2018 an der Dokumentation teilgenommen haben. Von denjenigen Leistungserbringern, die mindestens in einem der beiden Jahre an der Dokumentation teilgenommen haben, haben ca. 55 % (1.512) der ambulant operierenden vertragsärztlichen Leistungserbringer, ca. 75 % (503) der ambulant operierenden Krankenhäuser und ca. 80 % (851) der stationär operierenden Krankenhäuser in beiden Jahren Daten übermittelt.

### **2.2.1 Hygiene- und Infektionsmanagement**

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

Im bundesweiten Mittelwert wurde 2018 für den Indikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ (QI-ID 1000) ein Wert von 74,69 / 100 Punkte (EJ 2017: 71,54 / 100 Punkte) erreicht, im Indikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ (ID 2000) ein Ergebnis von 81,01 / 100 Punkte (EJ 2017: 76,59 / 100 Punkte) (siehe Tabelle 17). Im ambulanten Bereich ist das niedrigste Ergebnis bei der Gruppe der vertragsärztlichen Leistungserbringer zu verzeichnen (EJ 2018: 73,17 / 100 Punkte). Der Bundeswert der Krankenhäuser lag im ambulanten Bereich bei 80,41 / 100 Punkte, im stationären Bereich bei 81,01 / 100 Punkte. Der geringe Unterschied ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass eine große Menge an Krankenhäusern sowohl stationäre als auch ambulante Tracer-Operationen durchführen, weshalb diese Krankenhäuser beide Dokumentationsbögen (für Erbringer ambulanter Leistungen und für Erbringer stationärer Leistungen) ausfüllen müssen, in denen größtenteils dieselben Sachverhalte abgefragt werden. Insgesamt lagen die Durchschnittswerte der teilnehmenden Leistungserbringer im ambulanten sowie im stationären Bereich im Vergleich zum Vorjahr etwas höher.

Die Gruppe derjenigen Leistungserbringer, die sowohl im Jahr 2017 als auch im Jahr 2018 an der Dokumentation teilgenommen haben, wurde gesondert analysiert, da Verbesserungen innerhalb dieser Gruppe auf die Teilnahme im ersten Jahr der Dokumentation zurückzuführen sein können. Ein Zusammenhang mit den Rückmeldungen zum ersten Jahr ist eher unwahrscheinlich,

da die Rückmeldeberichte mit den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2017 erst im Oktober 2018 an die Leistungserbringer versandt wurden und somit zwischen der Rückmeldung der Ergebnisse und der erneuten Dokumentation nur ein enges Zeitfenster bestand, um die abgefragten Prozesse aufgrund der Rückmeldungen anzupassen. Zudem bezieht sich der überwiegende Teil der Angaben im Dokumentationsbogen auf Sachverhalte, die im gesamten Erfassungsjahr vorliegen müssen. Zwischen den Ergebnissen dieser Gruppe der Zweifachteilnehmer (503 Krankenhäuser ambulant, 851 Krankenhäuser stationär, 1.512 vertragsärztliche Leistungserbringer) und allen teilnehmenden Leistungserbringern (81 Krankenhäuser ambulant, 71 Krankenhäuser stationär, 698 vertragsärztliche Leistungserbringer) gibt es jedoch kaum Unterschiede.

Nach Auffassung des IQTIG und des Sektorenübergreifenden Expertengremiums auf Bundesebene (SEB) lassen die Fragestellungen von 3 der ehemaligen 12 Kennzahlen der Indexindikatoren „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ und „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ (in den Ergebnistabellen als „ergänzende Kennzahlen“ ausgewiesen) einen zu großen Interpretationsspielraum zu, weswegen sich diese Kennzahlen nicht zum Vergleich der Leistungserbringer eignen. Das IQTIG hat dementsprechend dem G-BA empfohlen, diese 3 der 12 Kennzahlen aus der Berechnung der beiden Indexindikatoren auszuschließen. Die verbliebenen 9 Kennzahlen pro Indexindikator und somit auch die Ergebnisse der zusammengesetzten Indexindikatoren können für einen Vergleich zwischen den einzelnen Leistungserbringern herangezogen werden.

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

Im Folgenden werden die Ergebnisse der einzelnen Kennzahlen der Indexindikatoren Hygiene- und Infektionsmanagement in stationären und ambulanten Einrichtungen berichtet und bewertet sowie Weiterentwicklungsmöglichkeiten der abgefragten Inhalte in den Kennzahlen dargestellt (siehe Tabelle 18, Tabelle 19).

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

Operierende Krankenhäuser erzielten einen bundesweiten Mittelwert von 78,38 von 100 möglichen Punkten im ambulanten Bereich und 78,08 von möglichen 100 Punkten im stationären Bereich in der Kennzahl „Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe“. Das schlechteste Ergebnis aller Leistungserbringergruppen erzielte die Gruppe der ambulant operierenden vertragsärztlichen Leistungserbringer (58,88 / 100 Punkte).

Ca. 92 % aller ambulant und/oder stationär operierenden Krankenhäuser gaben an, dass eine interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe (PAP) in ihrer Einrichtung vorhanden ist. Dieses Ergebnis bewerteten die Expertinnen und Experten des SEB als äußerst positiv. Bei

ambulant operierenden vertragsärztlichen Leistungserbringern lag diese interne Leitlinie in nur 69 % der Fälle vor. Es besteht die Vermutung, dass dieses niedrigere Ergebnis teilweise darauf zurückzuführen ist, dass ambulant operierende vertragsärztliche Einrichtungen, die ausschließlich Eingriffe ohne notwendige PAP durchführen, keine Leitlinie hierzu vorhalten. Da dieser Grund nur für einen geringen Teil der Leistungserbringer herangezogen werden kann, wird für den Qualitätsaspekt der Kennzahl ein relevanter Verbesserungsbedarf gesehen. Zudem wird vom IQTIG und den Expertinnen und Experten des SEB die Notwendigkeit zur Überprüfung der PAP-Indikation mittels Checkliste sowie die Notwendigkeit einer jährlichen Aktualisierung dieser internen Leitlinie in Frage gestellt. Entsprechende Anpassungen der Fragestellungen in den Dokumentationsbögen sind geplant. In den aktuellen Rechenregeln wird diese Frage nicht mehr berücksichtigt.

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

Stationär operierende Einrichtungen erzielten mit 81,45 von 100 Punkten ein deutlich höheres Bundesergebnis zur Kennzahl „Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie“ im Vergleich zu ambulant operierenden Leistungserbringern (66,33 / 100 Punkte). Im ambulanten Bereich wurde das niedrigste Ergebnis von den vertragsärztlichen Leistungserbringern (62,56 / 100 Punkte) erzielt.

Ca. 89 % der ambulant und/oder stationär operierenden Krankenhäuser gaben an, dass eine Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in der Einrichtung vorhanden sei. Von diesen Krankenhäusern überprüften 70 % der Einrichtungen im selben Jahr die Aktualität der Leitlinie. Im Vergleich hierzu verfügten 65 % der ambulant operierenden vertragsärztlichen Leistungserbringer über eine Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie. 80 % dieser Leistungserbringergruppe, bei denen die Leitlinie vorhanden war, berichteten, dass die Aktualität dieses Dokument unterjährig überprüft wurde. Die Expertinnen und Experten des SEB bezweifeln, dass bei ca. 89 % der teilnehmenden Krankenhäuser tatsächlich eine Leitlinie zur antimikrobiellen Therapie vorliegt, die stations- bzw. hausübergreifend gilt – so wie es im Ausfüllhinweis gefordert wird. Für ambulant operierende vertragsärztliche Leistungserbringer sehen die Experten und Expertinnen des SEB das Problem, dass die Notwendigkeit einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie für einige ambulant operierende Einrichtungen nicht zutrifft. Solche Fälle müssen in Zukunft im Stellungnahmeverfahren geklärt werden. Analog zur Leitlinie zur PAP wird auch für die Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie nicht die Notwendigkeit einer jährlichen Aktualisierung dieser gesehen.

**Kennzahl: Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff**

Die Kennzahlergebnisse zur geeigneten Haarentfernung vor einem operativen Eingriff fallen je nach Leistungserbringergruppe unterschiedlich aus. Die Kennzahlergebnisse (Mittelwert der erreichten Punktzahl), die von Krankenhäusern erzielt wurden, sind mit 91,61 (ambulant) bzw. 88,18 (stationär) von 100 Punkten relativ hoch. In dieser Leistungserbringergruppe gaben nur ca. 9 % der ambulant operierenden Krankenhäuser und ca. 11 % der stationär operierenden Krankenhäuser an, für die Haarentfernung auch einen Rasierer zu verwenden. Im Vergleich dazu stellt das Ergebnis der ambulant operierenden vertragsärztlichen Leistungserbringer mit

61,18 / 100 Punkten einen deutlich niedrigeren Wert dar. Für diese Leistungserbringergruppe gaben 49 % an, auch Rasierer zur Haarentfernung zu verwenden. Expertinnen und Experten des SEB sehen in dem hohen Anteil derjenigen Leistungserbringer, die auch einen Rasierer zur Haarentfernung nutzen, ein gravierendes Qualitätsdefizit, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die entsprechende Empfehlung schon seit langem besteht und in die höchste Evidenzkategorie eingestuft ist.

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

Sowohl ambulante als auch stationäre Leistungserbringer weisen bei dieser Kennzahl hohe Punktwerte auf, was auf einen sehr guten Standard hinsichtlich der Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien hindeutet (Bund (ambulant): 90,99 / 100 Punkte; Bund (stationär): 96,26 / 100 Punkte). Die Ergebnisse wurden von den Expertinnen und Experten des SEB als plausibel eingestuft. Diese Einschätzung wurde damit begründet, dass die zuständige Stelle auf Landesebene (z. B. in Bayern die Bayerische Gewerbeaufsicht des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Verbraucherschutz) Begehungen durchführt, bei denen die Sterilgutaufbereitung in den Einrichtungen überprüft wird.

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

Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich wurden sehr hohe Ergebnisse bei der Frage nach einer vorhandenen Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes erzielt (Bund (ambulant): 92,75 / 100 Punkte; Bund (stationär): 95,13 / 100 Punkte). Demnach kann davon ausgegangen werden, dass die Leistungserbringer eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes vorhalten und auch entsprechend relevante Inhalte thematisiert sind. Damit ist die Zielerreichung in diesem Bereich groß.

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

Ambulant und/oder stationär operierende Krankenhäuser erzielten ein Ergebnis von ca. 89 von 100 Punkten in der Kennzahl zur „Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel“. Im Vergleich dazu fiel das Kennzahlresultat von ambulant operierenden vertragsärztlichen Leistungserbringern etwas niedriger aus (84,89 / 100 Punkte).

Bei lediglich 2 % der stationär und/oder ambulant operierenden Krankenhäuser lag kein Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel vor. Hingegen gaben 12 % der ambulant operierenden vertragsärztlichen Einrichtungen an, dass diese über keinen entsprechenden Standard verfügen würden. Das recht gute Ergebnis der Krankenhäuser kann u. a. darauf zurückgeführt werden, dass die Anforderung, dass ein für das gesamte Krankenhaus bestehender, fachgebietsübergreifender Standard vorliegen soll, nicht immer berücksichtigt wurde. Nur 88 % aller Krankenhäuser gaben an, in dem internen Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel die Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe zu thematisieren. Expertinnen und Experten des SEB waren unterschiedlicher Meinung, ob die Abfrage einer weiteren sterilen Wundaufgabe nach der Erstversorgung im OP in diesem Standard relevant sei und bei Nichtvorhandensein als Qualitätsdefizit gewertet werden sollte. Außerdem wurde auch für den Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel die Notwendigkeit zur jährlichen Aktualisierung des

Standards hinterfragt. Das IQTIG prüft nun, ob die Kennzahl entsprechend angepasst werden sollte.

**Kennzahl: Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie**

Über die Hälfte der Krankenhäuser gaben an, keine Daten zur Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhoben zu haben. Die ambulant und/oder stationär operierenden Krankenhäuser, die Daten zur Teilnahme an Informationsveranstaltungen dokumentiert haben, erzielten mit ca. 23 von 100 Punkten sehr niedrige Ergebnisse bei dieser Kennzahl. Diese Ergebnisse lassen von einem großen Verbesserungspotential ausgehen. Die Leistungserbringergruppe der ambulant operierenden vertragsärztlichen Einrichtungen erzielte ein etwas höheres Ergebnis mit 51,34 / 100 Punkte in dieser Kennzahl. Diese Gruppe gab in ca. 31 % an, dass die Daten zur Teilnahme an Informationsveranstaltungen nicht erhoben wurden. Die Expertengruppe sieht eine mögliche Erklärung des schlechteren Ergebnisses der Krankenhäuser darin, dass Schulungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Krankenhäusern aufgrund komplexerer Strukturen und der hohen Mitarbeiterzahl schwerer zu organisieren, zu erfassen und nachzuverfolgen sind, als dies in Praxen der Fall ist. Besonders werde dies durch den Schichtdienst im Krankenhaus erschwert. Nichtsdestotrotz besteht für diese Thematik bei allen teilnehmenden Leistungserbringern ein deutliches Verbesserungspotential.

**Kennzahl: Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion**

Über 98 % der teilnehmenden ambulant und/oder stationär operierenden Krankenhäuser gaben an, ein Informationsblatt mit Informationen zum Thema Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion für Patientinnen und Patienten bereitzuhalten. Die Expertengruppe des SEB schätzte dieses Ergebnis als zufriedenstellend ein und geht von einer bereits guten Zielerreichung bei vielen Leistungserbringern in diesem Bereich aus, da auch keine Hinweise auf Probleme mit den erhobenen Daten vorliegen. Jedoch halten nur 81 % der ambulant operierenden vertragsärztlichen Leistungserbringer diese Art der Patienteninformation bereit, sodass hier von einem höheren Verbesserungspotential ausgegangen wird.

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

Beim Thema „Entwicklung eines Konzepts zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement“ weichen die Angaben von Krankenhäusern in der ambulanten und stationären Dokumentation voneinander ab. Die teilnehmenden stationär operierenden Krankenhäuser erreichten mit 79,33 / 100 Punkten das höchste Ergebnis in dieser Kennzahl. Darauf folgten ambulant operierende vertragsärztliche Leistungserbringer mit 77,50 und ambulant operierende Krankenhäuser mit 71,58 von möglichen 100 Punkten.

Dementsprechend dokumentierten Krankenhäuser in den stationären Dokumentationsbögen, dass in 92 % der Einrichtungen ein entsprechender Standard galt, wohingegen dies nur in 76 % der ambulanten Dokumentationsbögen angegeben wurde. 81 % der ambulant operierenden Vertragsärztinnen und -ärzte gaben an, dass ein Standard vorliege. Bei einem hohen Anteil der

ambulanten als auch der stationären Leistungserbringer fehlte hierbei die Angabe zur Information der weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektionen, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS). Die Expertinnen und Experten des SEB schätzten den Bezug zur KISS-Definition jedoch als nicht unbedingt notwendig ein. Daher wurde empfohlen, die Berechnung der Kennzahl entsprechend anzupassen. Bis zur Implementation der überarbeiteten Fragestellung wird diese aus der Kennzahlberechnung entfernt. Für das Qualitätsmerkmal „Vorliegen eines Konzepts zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement sowie die dazugehörige Aufklärung der Patientin bzw. des Patienten über das postoperative Verhalten“ liegt ein deutliches Verbesserungspotential bei den Leistungserbringern vor.

### **Ergänzende Kennzahlen**

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

### **Ergänzende Kennzahl: Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention**

Im Vorjahr konnte der QS-Dokumentationsbogen nicht abgeschlossen werden, wenn

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

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

### **Ergänzende Kennzahl: Durchführung von Compliance-Überprüfungen**

Die Kennzahl zur „Durchführung von Compliance-Überprüfungen“ erfasst die Anzahl von Compliance-Überprüfungen hinsichtlich der Händedesinfektion sowie zu Wundversorgung und Verbandswechsel. Im stationären Dokumentationsbogen werden darüber hinaus die Compliance-Überprüfungen zur leitliniengerechten Durchführung der perioperativen, prophylaktischen Antibiotikagabe erfasst. Die Fragestellungen zu Compliance-Überprüfungen als auch die Bezugsgröße der operierten GKV-Quartalsfälle bzw. DRG-Fälle bieten nach Ansicht des IQTIG und des

SEB zu viel Interpretationsspielraum und Verzerrungen in der Erhebung, als dass die Werte klar interpretierbar sind. Aufgrund dessen wird hier von einer Einschätzung zur Versorgungsqualität bezüglich der Durchführung von Compliance-Überprüfungen abgesehen.

#### **Ergänzende Kennzahl: Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene**

Diese Kennzahl erfragt:

- einrichtungsinterne Zielwerte für ausgewählte Qualitätsindikatoren,
- die systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und abgeleiteter Verbesserungsmaßnahmen,
- die Information der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über QS-Ergebnisse und deren Diskussion,
- die systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen,
- die Durchführung von Evaluationsprojekten zur Vermeidung nosokomialer Infektionen,
- die Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in Netzwerken und Qualitätszirkeln.

Nach Ansicht des IQTIG und der Expertinnen und Experten des SEB werden im Rahmen dieser Kennzahl keine eindeutig definierten Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene erfragt. Um die Kennzahl zu verbessern sollte sowohl der Inhalt des geforderten Qualitätsmanagementzirkels definiert werden, als auch ein internes Surveillanceprogramm der Leistungserbringer gefordert werden, welches bei der Ableitung von Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance im Bereich der Hygiene genutzt werden sollte. Da die derzeitigen Fragestellungen einen zu großen Interpretationsspielraum zulassen, wird auf die Einschätzung der Versorgungsqualität anhand dieser Kennzahl verzichtet.

#### **2.2.2 Händedesinfektionsmittelverbrauch**

Die Kennzahl „Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ“ (ID 1001) bezieht sich auf die Bestellmenge im Erfassungsjahr im Verhältnis zu den Fällen gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten (GKV-Quartalsfälle). Dabei wird die Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten in Form von Quartalsfällen übermittelt, d. h., dass eine individuelle Patientin bzw. ein individueller Patient nur einmal im Quartal gezählt wird, unabhängig davon, ob ein oder mehrere Arztbesuche stattgefunden haben. Privatpatientinnen und -patienten werden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. Der angegebene Händedesinfektionsmittelverbrauch von 5,9 ml pro GKV-Fall im Erfassungsjahr 2018 ist mit dem Wert im Vorjahr identisch. Bei den 119 bzw. 102 vertragsärztlichen Leistungserbringern, die in den Erfassungsjahren 2017 bzw. 2018 einen Händedesinfektionsmittelverbrauch von über 50 ml pro GKV-Fall dokumentiert haben, könnten neben jahresübergreifenden Bestellmengen auch Dokumentationsfehler vorliegen. Die Kennzahl weist hinsichtlich der Interpretation der Ergebnisse weitere Einschränkungen auf: In der Einrichtung behandelte Nicht-GKV-Versicherte werden bei der Berechnung der Kennzahl nicht berücksichtigt. Dieser Umstand erschwert den Vergleich des Verbrauchs zwischen Einrichtungen mit einem hohen Anteil an GKV-Versicherten und Einrichtungen mit einem hohen Anteil an Nicht-GKV-Patientinnen und -patienten.

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

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

Der dokumentierte „Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen“ (ID 2002) hat sich im Erfassungsjahr 2018 im Vergleich zum Vorjahr leicht erhöht (EJ 2017: 28,40 ml/Patiententag; EJ 2018: 29,29 ml/Patiententag). Auch auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen (ID 2001) wurde ein leicht höherer Händedesinfektionsmittelverbrauch im Erfassungsjahr 2018 im Vergleich zum Vorjahr erfasst (EJ 2017: 117,17 ml/Patiententag; EJ 2018: 125,47 ml/Patiententag).

Sehr hohe Werte hinsichtlich des Händedesinfektionsmittelverbrauchs dokumentierten 24 Krankenhäuser für die Verwendung auf Allgemeinstationen (Werte größer als 100 ml/Patiententag) und 53 Krankenhäuser für die Verwendung auf Intensivstationen (Werte größer als 300 ml/Patiententag). Diese Werte sind wahrscheinlich auf Dokumentationsfehler zurückzuführen.

Das Bundesergebnis für den Händedesinfektionsmittelverbrauch pro Patiententag in den Krankenhäusern hat einen ähnlichen Wert wie die Ergebnisse der Surveillance des Händedesinfektionsmittelverbrauchs (HAND-KISS) des NRZ für die Surveillance von nosokomialen Infektionen. Wie bereits für den Händedesinfektionsmittelverbrauch ambulanter Leistungserbringer angesprochen, kann auch im stationären Bereich die Erfassung der jährlichen Bestellmenge als Surrogatparameter zu verzerrten Werten führen, die nicht dem tatsächlichen jährlichen Verbrauch entsprechen. Aufgrund der genannten Einschränkungen wird der „Händedesinfektionsmittelverbrauch in Intensivstationen bzw. Allgemeinstationen“ nicht als Qualitätsindikator, sondern als Kennzahl dargestellt.

Tabelle 17: Vergleich der Ergebnisse zu einrichtungsbezogenen QS-Daten (EJ 2018 vs. EJ 2017)

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Ergebnis 2018 (Referenzbereich)	Ergebnis 2017	Änderungen hinsichtlich Rechenregeln und Datenbasis	Tendenz
<b>Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation der ambulant operierenden Leistungserbringer</b>					
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen <sup>21</sup>	74,69 / 100 Punkte (≥ 37,59 / 100 Punkte) (5. Perzentil))	71,54 / 100 Punkte	Rechenregel wurde verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
1001	Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ <sup>22</sup>	5,9 ml / GKV- Quartalsfall (kein Referenzwert)	5,9 ml / GKV- Quartalsfall	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
<b>Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation der stationär operierenden Leistungserbringer</b>					
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	81,01 / 100 Punkte (≥ 61,28 / 100 Punkte) (5. Perzentil))	76,59 / 100 Punkte	Rechenregel wurde verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
2001	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen <sup>22,23</sup>	29,29 ml / Belegungstag (kein Referenzwert)	28,40 ml / Belegungstag	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.

n. a. = nicht anwendbar

<sup>21</sup> Bei der Bewertung der Ergebnisse ist zu beachten, dass Leistungserbringer 2017 keine Möglichkeit hatten anzugeben, dass sie ausschließlich Einmalsterilgut verwenden. Für das Erfassungsjahr 2018 haben insgesamt 201 Leistungserbringer diese Angabe gemacht und im Zuge dessen die vollen 100 Punkte in der Kennzahl zur Sterilgutaufbereitung erhalten.

<sup>22</sup> Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist.

<sup>23</sup> Bei der Bewertung der Ergebnisse ist zu beachten, dass es für das Erfassungsjahr 2017 im Dokumentationsbogen nicht möglich war, ein Händedesinfektionsmittelverbrauch von über 9.999 Litern anzugeben. Diese Einschränkung betraf insgesamt 47 Leistungserbringer. Die Werte der Erfassungsjahre 2017 und 2018 sind somit trotz der Verwendung identischer Rechenregeln nur eingeschränkt vergleichbar.

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Ergebnis 2018 (Referenzbereich)	Ergebnis 2017	Änderungen hinsichtlich Rechenregeln und Datenbasis	Tendenz
2002	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen <sup>22,23</sup>	125,47 ml / Belegungstag (kein Referenzbereich)	117,17 ml / Belegungstag	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.

Tabelle 18: Vergleich der Ergebnisse der Kennzahlen (durchschnittliche Punktzahl) zum Index-QI 1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen (EJ 2018 vs. EJ 2017)

Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Ergebnis 2018 (max. 100 Punkte je Kennzahl)			Ergebnis 2017 (max. 100 Punkte je Kennzahl)			Änderungen hinsichtlich Rechenregeln und Datenbasis	Tendenz
	Vertragsärztinnen und -ärzte (gesamt: 2210)	Krankenhäuser (gesamt: 584)	Bund (gesamt): 2794	Vertragsärztinnen und -ärzte (gesamt: 2077)	Krankenhäuser (gesamt: 595)	Bund (gesamt): (gesamt: 2672)		
<b>Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen</b>	<b>73,17</b>	<b>80,41</b>	<b>74,69</b>	<b>70,24</b>	<b>76,10</b>	<b>71,54</b>	Rechenregel wurde verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	58,88	78,38	62,96	54,47	72,16	58,41	Rechenregel wurde verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	62,56	80,61	66,33	57,56	74,87	61,42	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.

Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Ergebnis 2018 (max. 100 Punkte je Kennzahl)			Ergebnis 2017 (max. 100 Punkte je Kennzahl)			Änderungen hinsicht- lich Rechenregeln und Datenbasis	Ten- denz
	Vertragsärzt- tinnen und -ärzte (gesamt: 2210)	Kranken- häuser (gesamt: 584)	Bund (gesamt) (gesamt: 2794)	Vertrags- ärztinnen und -ärzte (gesamt: 2077)	Kranken- häuser (gesamt: 595)	Bund (gesamt) (gesamt: 2672)		
Geeignete Haarentfernung vor operati- vem Eingriff	61,18	91,61	67,54	55,65	86,22	62,45	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materia- lien <sup>24</sup>	89,59	96,30	90,99	86,33	94,34	88,11	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP- Feldes	91,96	95,73	92,75	89,47	91,92	90,01	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	84,89	88,65	85,68	82,35	84,53	82,84	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.

n. a. = nicht anwendbar

<sup>24</sup> Bei der Bewertung der Ergebnisse ist zu beachten, dass Leistungserbringer 2017 keine Möglichkeit hatten anzugeben, dass sie ausschließlich Einmalsterilgut verwenden. Für das Erfassungsjahr 2018 haben insgesamt 201 Leistungserbringer diese Angabe gemacht und im Zuge dessen die vollen 100 Punkte in der Kennzahl zur Sterilgutaufbereitung erhalten.

Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Ergebnis 2018 (max. 100 Punkte je Kennzahl)			Ergebnis 2017 (max. 100 Punkte je Kennzahl)			Änderungen hinsicht- lich Rechenregeln und Datenbasis	Ten- denz
	Vertragsärzt- innen und -ärzte (gesamt: 2210)	Kranken- häuser (gesamt: 584)	Bund (gesamt) (gesamt: 2794)	Vertrags- ärztinnen und -ärzte (gesamt: 2077)	Kranken- häuser (gesamt: 595)	Bund (gesamt) (gesamt: 2672)		
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	51,34	22,74	45,36	51,46	21,90	44,88	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-besiedlung/Infektion	80,68	98,12	84,32	79,46	96,81	83,32	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Entwicklung eines Konzepts zum Überleitungsmanagement	77,50	71,58	76,26	75,38	62,15	72,43	Rechenregel wurde verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
<b>Ergänzende Kennzahlen<sup>25</sup></b>								
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	71,59	72,65	71,85	69,66	70,25	69,81	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Durchführung von Compliance-Überprüfungen	48,36	46,77	48,03	45,62	44,68	45,41	Rechenregel wurde nicht verändert	n. a.

<sup>25</sup> Ergänzende Kennzahlen gehen nicht in die Berechnung des Qualitätsindikators ein.

Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Ergebnis 2018 (max. 100 Punkte je Kennzahl)			Ergebnis 2017 (max. 100 Punkte je Kennzahl)			Änderungen hinsicht- lich Rechenregeln und Datenbasis	Ten- denz
	Vertragsärzt- tinnen und -ärzte (gesamt: 2210)	Kranken- häuser (gesamt: 584)	Bund (gesamt) (gesamt: 2794)	Vertrags- ärztinnen und -ärzte (gesamt: 2077)	Kranken- häuser (gesamt: 595)	Bund (gesamt) (gesamt: 2672)		
							Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	
Maßnahmen zur Förderung der Compli- ance im Bereich der Hygiene	57,65	75,49	61,38	54,16	69,97	57,68	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.

Tabelle 19: Vergleich der Ergebnisse der Kennzahlen zum Index-QI 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen (EJ 2018 vs. EJ 2017)

Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Ergebnis 2018 (max. 100 Punkte je Kennzahl)	Ergebnis 2017 (max. 100 Punkte je Kennzahl)	Änderungen hinsichtlich Rechenregeln und Datenbasis	Ten- denz
	Krankenhäuser <sup>26</sup> (gesamt: 922)	Krankenhäuser <sup>26</sup> (gesamt: 977)		
<b>Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen</b>	<b>81,01</b>	<b>76,59</b>	Rechenregel wurde verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Entwicklung, Aktualisierung und Umset- zungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	78,08	72,19	Rechenregel wurde verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.

<sup>26</sup> Die Werte entsprechen dem Bundesergebnis, da für das Erfassungsjahr 2018 die QS-Dokumentation für die Leistungserbringergruppe der Belegärztinnen und -ärzte ausgesetzt wurde.

Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Ergebnis 2018 (max. 100 Punkte je Kennzahl) Krankenhäuser <sup>26</sup> (gesamt: 922)	Ergebnis 2017 (max. 100 Punkte je Kennzahl) Krankenhäuser <sup>26</sup> (gesamt: 977)	Änderungen hinsichtlich Rechenregeln und Datenbasis	Ten- denz
Entwicklung und Aktualisierung einer in- ternen Leitlinie zur Antibiotika-Initialthe- rapie	81,45	74,92	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Geeignete Haarentfernung vor operati- vem Eingriff	88,18	80,86	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	96,26	95,16	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	95,13	91,82	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Entwicklung und Aktualisierung eines in- ternen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	88,84	85,29	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -the- rapie	23,44	24,46	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	98,37	96,93	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Entwicklung und Aktualisierung eines in- ternen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement	79,33	67,64	Rechenregel wurde verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.

Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Ergebnis 2018 (max. 100 Punkte je Kennzahl) Krankenhäuser <sup>26</sup> (gesamt: 922)	Ergebnis 2017 (max. 100 Punkte je Kennzahl) Krankenhäuser <sup>26</sup> (gesamt: 977)	Änderungen hinsichtlich Rechenregeln und Datenbasis	Ten- denz
<b>Ergänzende Kennzahlen<sup>27</sup></b>				
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	73,31	71,11	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Durchführung von Compliance-Überprüfungen	41,24	37,05	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.
Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene	76,19	72,77	Rechenregel wurde nicht verändert Datengrundlage nur tlw. vergleichbar	n. a.

<sup>27</sup> Ergänzende Kennzahlen gehen nicht in die Berechnung des Qualitätsindikators ein.

### **3 Einordnung der Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der Bundesländer (EJ 2017)**

#### **3.1 Zielsetzung und Hintergrund**

Das nachfolgende Kapitel stellt die Ergebnisse aus dem Qualitätssicherungsergebnisbericht (QSEB) der Bundesländer für das Erfassungsjahr 2017 dar. Der Qualitätssicherungsergebnisbericht wird jährlich zum 15. März an das IQTIG übermittelt und enthält strukturierte Informationen zu den im jeweiligen Bundesland durchgeführten „Qualitätssichernden Maßnahmen“. Die Spezifikation für den Qualitätssicherungsergebnisbericht wurde gemäß den Vorgaben der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) erstellt und mit den Landesarbeitsgemeinschaften abgestimmt. Zum 31. Dezember 2018 wurde die Qesü-RL durch Plenumsbeschluss des G-BA aufgehoben, sodass die themenspezifischen Bestimmungen für die Verfahren gemäß Qesü-RL zum 1. Januar 2019 in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) überführt wurden.

Die Spezifikation zum QSEB, welche den Bundesländern jeweils im Vorjahr zum Berichtsjahr zur Verfügung gestellt wird, orientiert sich an der Spezifikation zum Bericht über den Strukturierten Dialog gemäß QSKH-RL, um bestehende Erfahrungen und Kenntnisse bei den Verfahrensteilnehmern im Sinne einer nachhaltigen Entwicklung zu berücksichtigen. Sie wurde jedoch umfassend an den veränderten Fokus der Qesü-RL angepasst. Sie wird auf Basis der bisherigen Rückmeldung der Bundesländer weiter verbessert und für die nachfolgenden Erfassungsjahre an die DeQS-RL angepasst.

Eine Zielsetzung ist es, dass durch die Anpassungen und Änderungen der QSEB-Spezifikationen – im Vergleich zur bisherigen Berichterstattung der Bundesländer im Rahmen der QSKH-RL – die Bewertung der rechnerischen und qualitativen Auffälligkeiten bundesweit besser vergleichbar gemacht wird und die länderspezifische Varianz der Auslegung verringert wird. Das Erfassungsjahr 2017 ist das erste Erfassungsjahr, für welches die Bundesländer ein Stellungnahmeverfahren im Rahmen der Qesü-RL zum QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)* durchgeführt haben. Zudem wurde zum ersten Mal die neue entwickelte QSEB-Spezifikation eingesetzt.

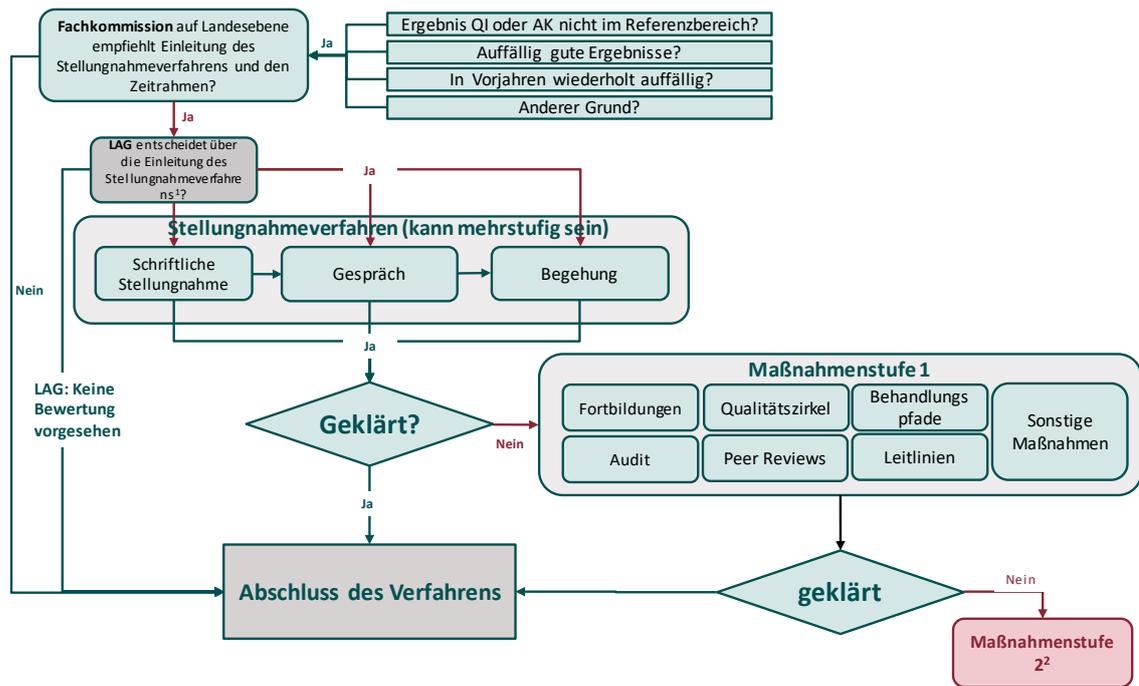


Abbildung 2: Schematischer Ablauf zur Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §17 / §12 TB der Qesü-RL

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

Da es noch keine weiteren Präzisierungen des Stellungnahmeverfahrens nach Qesü-RL bzw. nach DeQS-RL gab bzw. gibt, konnten den LAG bzw. den Fachkommissionen keine eindeutigen Empfehlungen bzw. Handlungsanweisungen gegeben werden. Gemäß Qesü-RL (Teil 2 TB § 12 Abs. 3) bzw. der Überführung in die DeQS-RL sollen „[...] innerhalb von drei Jahren nach Beginn der Datenerhebung bundesweit einheitliche Kriterien für die Datenbewertung und die Einleitung und Durchführung von Maßnahmen gegenüber den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß Teil 1 § 3 Satz 2 Nr. 9 der Richtlinie [...]“ festgelegt werden. Für das Erfassungsjahr 2017 konnten keine Vorgaben zur Bewertung vorgegeben werden. Aufgrund der fehlenden bundesweit einheitlichen Bewertungskriterien ist von einer heterogenen Interpretation hinsichtlich der Bewertung auf Landesebene auszugehen. Dies ist insbesondere bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Die LAG bzw. Fachkommissionen wurden jedoch gebeten, sich an den bisherigen Bewertungen zur qualitativen Auffälligkeit zu orientieren, so lange keine bestehenden Kriterien festgelegt wurden. Auch ist zu berücksichtigen, dass nicht alle LAG ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt haben und dass einige LAG keine Ergebnisse hierzu an das IQTIG übermittelt haben. Die im Anhang dargestellten Ergebnistabellen werden nachfolgend kurz erläutert.

### **3.2 Zusammenfassung der QSEB-Ergebnisse auf Bundesebene für das Erfassungsjahr 2017**

Im Rahmen des QS-Verfahrens *QS WI* wurden Qualitätssicherungsergebnisberichte (QSEB) zum Erfassungsjahr 2017 von insgesamt 8 LAG an das IQTIG übermittelt. Davon wurde der QSEB durch eine LAG nicht fristgerecht zum 15. März 2019 übermittelt. Diese Daten wurden jedoch noch in der nachfolgenden Auswertung einbezogen. Insgesamt 8 LAG übermittelten keine Daten zum QSEB für das Erfassungsjahr 2017. Die fehlende Übermittlung der QSEB an das IQTIG wurde in einigen Fällen durch die noch nicht erfolgte Gründung einer LAG einzelner Bundesländer, die fehlenden fallbezogenen QS-Daten, die fehlende Sollstatistik, die geringe Validität der Daten und durch die unzureichenden Detaillierungsergebnisse zu einrichtungsbezogenen Indikatorergebnissen begründet.

Die QSEB-Auswertung erfolgt auf Bundesebene nach QS-Verfahren bzw. auf Indikatorebene. Ergebnisse zu den QSEB zum Erfassungsjahr 2017 sind im Anhang zu finden (Anhang 1: Ergebnisse der Qualitätssicherungsergebnisberichte) und beziehen sich auf die Daten, welche durch die LAG an das IQTIG übermittelt wurden.

Eine Übersicht der Ergebnisse zur Anzahl der rechnerisch auffälligen Leistungserbringer pro QI sowie die Gesamtzahl der rechnerisch auffälligen Einrichtungen pro QS-Verfahren ist in Tabelle 22 abgebildet. In dem QI „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ (QI-ID 1000) erzielten 42 ambulant operierende Leistungserbringer rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse. Im Bereich der stationären Versorgung wurden 17 Einrichtungen mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen im QI „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ (QI-ID 2000) ermittelt. Für die Transparenzkennzahl „Händedesinfektionsmittelverbrauch auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen“ (QI-ID 2001) wurde trotz deren Status als Kennzahl ein Standort als rechnerisch auffällig klassifiziert. Kennzahlen besitzen keinen Referenzbereich und sind nicht zum Vergleich von Leistungserbringern geeignet. Daher wird hier eine Fehldokumentation durch die LAG angenommen.

Tabelle 23 fasst die Ergebnisse der Empfehlung zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens zusammen. Von den 42 rechnerisch auffälligen Standorten im QI „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ gab die Fachkommission für eine Einrichtung die Empfehlung zur Durchführung eines schriftlichen Stellungnahmeverfahrens. Für den QI „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ empfahl die Fachkommission für zwei der 17 rechnerisch auffälligen Standorte ein schriftliches Stellungnahmeverfahren durchzuführen. Die LAG folgten den Empfehlungen der Fachkommissionen in allen Fällen.

Der ambulant operierende Standort, der zur schriftlichen Stellungnahme zum rechnerisch auffälligen Indikatorergebnis zu „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ durch die LAG aufgefordert wurde, hat nicht auf die Anfrage der LAG geantwortet (siehe Tabelle 24). Die zwei Standorte mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen im QI „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ haben am schriftlichen Stellungnahmeverfahren teilgenommen und berichteten von eingeführten Maßnahmen zur Behebung des Problems (siehe Tabelle 24).

In Tabelle 25 sind die Ergebnisse der Bewertungen der qualitativen Auffälligkeiten durch die Fachkommission dargestellt. Daraus geht hervor, dass keine Leistungserbringer in den QIs „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung“ und „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ durch die Fachkommission als qualitativ auffällig eingeschätzt wurden. Im QI „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ wurden bei jeweils 28 Leistungserbringern besondere klinische Situationen festgestellt sowie Mängel der medizinischer Qualität ausgeschlossen.

## 4 Wissenschaftliche Begleitung der Erprobung

### 4.1 Beauftragung des IQTIG

Das IQTIG wurde am 20. September 2018 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) damit beauftragt, eine wissenschaftliche Begleitung der Erprobung gemäß § 19 Abs. 5 Teil 2, Verfahren 2 (QS WI) Qesü-RL (abgelöst am 1. Januar 2019 durch die DeQS-RL) durchzuführen. Diese wissenschaftliche Begleitung ersetzt während der Erprobungsphase die Evaluation für das Verfahren QS WI im Bundesqualitätsbericht an den G-BA.

Hinsichtlich der folgenden Kriterien soll das IQTIG das QS-Verfahren auf Optimierungsbedarf prüfen:

- Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und Datenzusammenführung aus den beiden Datenquellen Sozialdaten und fallbezogene Dokumentation, Überprüfung der Datenerlieferfristen für Sozialdaten und der Termine für die Zwischen- und Rückmeldeberichte
- Funktionalität und Praktikabilität der Auslösung der fall- bzw. einrichtungsbezogenen Datenerfassung (heterogene Einrichtungsformen in der vertragsärztlichen Versorgung, Zeitpunkt der Auslösung)
- Zuordnung der Dokumentationsverpflichtung (z. B. stationäre und ambulante Operationen in denselben Räumlichkeiten, Belegärztinnen und Belegärzte, ermächtigte Ärztinnen und Ärzte, Krankenhausstandorte)
- Ausgestaltung der fall- bzw. einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation bei mehreren dokumentationspflichtigen Ärztinnen und Ärzten pro Einrichtung (z. B. bezogen auf Krankenhäuser, Berufsausübungsgemeinschaften, OP-Zentren)
- Aufwand-Nutzen-Relation der fall- bzw. einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation (bspw. Einrichtungen mit geringen Fallzahlen, Indikator zum Sterilgut bei externer Aufbereitung, Händedesinfektionsmittelverbrauch, Sentinel Events)
- Validität der erhobenen Daten und der aus allen Datenquellen ermittelten einrichtungs-, landes- und bundesbezogenen Ergebnisse
- Rückmeldeberichte nach § 10 der themenspezifischen Bestimmungen zu QS WI (TB QS WI) und der länderbezogenen Auswertungen nach § 11 TB QS WI DeQS-RL der themenspezifischen Bestimmungen zum Verfahren QS WI
- Bewertung und Aufklärung von Auffälligkeiten
- Bewertungsprozesse und Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Zusammensetzung der Fachkommission nach § 14 DeQS-RL

Zur Überprüfung des Optimierungsbedarfs sollen gemäß Auftrag auch Informationen von der Landesebene erhoben werden.

## **4.2 Erhebung von Informationen von der Landesebene**

Ansprechpartner auf der Landesebene wurden darum erstmalig für das Erfassungsjahr 2017 im Sommer 2018 gebeten, die Fragen zur wissenschaftliche Begleitung der Erprobung zu beantworten oder die Fragebögen an die jeweiligen Trägerorganisationen weiterzuleiten, falls eine Geschäftsstelle noch nicht arbeitsfähig ist. Da nicht alle Rückmeldungen zum Erfassungsjahr 2017 eingingen, wurden die LAG auf Wunsch des G-BA auf dem LAG-Treffen im IQTIG (17. Juni 2019) und per Mail (2. Juli 2018) um die Nachreichung der Fragebögen zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung gebeten.

Aus 14 Bundesländern liegen Rückmeldungen vor. Keine Rückmeldungen liegt vor aus Schleswig-Holstein und Berlin. Aus Brandenburg und Niedersachsen gingen zwar Rückmeldungen ein, jedoch wurde jeweils mit Verweis auf die noch nicht gegründete bzw. arbeitsfähige Geschäftsstelle keine der gestellten Fragen beantwortet.

## **4.3 Aufbau der wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung**

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

## **4.4 Identifizierte Optimierungsbedarfe**

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

### **4.4.1 Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung**

#### **Optimierungsbedarf hinsichtlich der einrichtungsbezogenen Dokumentation**

Die im Folgenden genannten Hinweise auf Dokumentationsprobleme stammen aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten sowie aus dem Bundesqualitätsbericht an den G-BA zum Erfassungsjahr 2017. Die Dokumentationsprobleme werden je Indikator bzw. Kennzahl beschrieben. Aufgrund der Vielzahl der notwendigen Anpassungen und des damit verbundenen Aufwands ist eine vollständige Umsetzung für das Jahr 2021 voraussichtlich noch nicht möglich.

#### **Allgemein**

##### Datenfeld „Betreiben Sie einen eigenen OP?“

Es wurde darauf hingewiesen, dass eine Vertragsärztin bzw. ein Vertragsarzt, der zur entsprechenden Leistungserbringung ermächtigt ist, die Frage „Betreiben Sie einen eigenen OP?“ aufgrund einer Plausibilitätsprüfung nicht ausfüllen kann. Die Fragestellung wird somit einer ermächtigten Vertragsärztin bzw. einem ermächtigten Vertragsarzt nicht angezeigt. Dies widerspricht der Praxis, dass auch ermächtigte Ärztinnen und Ärzte einen eigenen OP betreiben können.

Weiterhin wurde darauf hingewiesen, dass der Ausfüllhinweis nicht eindeutig formuliert ist. Daraus ist nicht eindeutig abzuleiten, unter welchen Gegebenheiten eine Ärztin oder ein Arzt als Betreiberin oder Betreiber eines OP einzustufen ist und wann nicht. Diese Hinweise wird das IQTIG prüfen und ggf. Anpassungen im Rahmen der nächsten Spezifikationsempfehlungen vorschlagen.

#### Übergreifend: Ort der Leistungserbringung

Wenn die Leistungserbringung an mehreren Standorten stattfindet, so bleibt dem Leistungserbringer teilweise unklar, für welchen Standort die Angaben im Dokumentationsbogen zu hinterlegen sind, z. B. bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten oder wenn mehrere Ärztinnen und Ärzte einer Praxis in unterschiedlichen AOP-Zentren operieren – oder in einem OP außerhalb der Räumlichkeiten der eigenen Praxis operieren.

In den Qualitätssicherungsergebnisberichten werden Konstellationen genannt, die bei der Dokumentation immer wieder zu Fragen führen. So kommt es vor, dass verschiedene Fachgruppen völlig unterschiedliche Operationen an verschiedenen Standorten einer Hauptbetriebsstätte durchführen. Es braucht jedoch nur ein Bogen je Hauptbetriebsstätte ausgefüllt werden. Dies führe zu Unklarheiten, da im Bogen verschiedene Angaben z. B. in Bezug auf die Rasur gemacht werden müssten. Der Begriff „Einrichtung“ wurde offenbar nicht immer so wie intendiert verstanden.

Im niedergelassenen Bereich sollen die Antworten immer auf die durch die BSNR abgegrenzte rechtliche Einheit bezogen werden, außer bei den Fragen zur „Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien“. Im ambulanten Bogen wird über einen übergreifenden Ausfüllhinweis ab dem Erfassungsjahr 2019 gezielt darauf hingewiesen. Die Fragen des stationären Bogens sollen immer bezogen auf die Einrichtung der IKNR beantwortet werden. Hierzu wurde seitens des IQTIG ein entsprechender Hinweis in der Liste häufig gestellter Frage (FAQ) auf der Website des IQTIG veröffentlicht.<sup>28</sup> Gegebenenfalls sind weitere Konkretisierungen der einzelnen Fragestellungen notwendig. Dies wird vom IQTIG geprüft.

#### Aussetzen der Dokumentationspflicht für Belegärztinnen und Belegärzte

Das IQTIG hat mit seinem Schreiben vom 31. Oktober 2019 empfohlen, die Dokumentationspflicht durch Belegärztinnen und Belegärzte auszusetzen. Zum einen lässt es die Fragestellung bislang nicht zu, dass Belegärztinnen und Belegärzte für ihre Leistungen abweichend vom Krankenhaus dokumentieren. Zum anderen kommt es bei der Dokumentation zu einer erheblichen Anzahl von Mehrfachdokumentationen, wenn mehrere Belegärztinnen und Belegärzte an einem Krankenhaus arbeiten. Sämtliche Belegärztinnen und Belegärzte, die an einem Krankenhaus arbeiten, müssten nach der aktuellen Spezifikation identisch – also wie das Krankenhaus – dokumentieren. Zu beiden Aspekten (Mehrfachdokumentation und abweichende Antwortmöglichkeiten zum Krankenhaus) wird das IQTIG Vorschläge unterbreiten, wie diese Probleme in Zukunft entschärft werden können. Im genannten Schreiben an den G-BA sind die Hintergründe

---

<sup>28</sup> <https://iqtig.org/qs-verfahren/faq/frage/muessen-alle-krankenhausstandorte-die-eine-gemeinsame-iknr-institutionskennzeichenummer-verwenden-einen-eigenen-einrichtungsbezogenen-ambulanten-bzw-stationaeren-qs-dokumentationsbogen-ausfuellen-ode/>.

genauer erläutert. Bezüglich der zuvor noch bestandenen Dokumentationspflicht von Belegärztinnen und Belegärzten wurde darüber hinaus von den Landesarbeitsgemeinschaften dargestellt, dass Belegärztinnen und Belegärzte teilweise Schwierigkeiten hatten, Daten zum Hygiene- und Infektionsmanagement von den Kliniken, in denen sie operieren, zu erhalten.

#### Frequenz der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

Von Seiten der Landesarbeitsgemeinschaften wurde darauf hingewiesen, dass die Frequenz der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zu hoch sei. Es wird vorgeschlagen, die Daten nur alle drei Jahre oder nur dann zu erheben, wenn ein Leistungserbringer bezogen auf postoperative Wundinfektionen rechnerisch auffällig wird. Das IQTIG wird diese Vorschläge mit dem Expertengremium beraten und dazu Stellung beziehen.

#### Vereinheitlichung der QS-Dokumentation mit anderen Instrumenten der Surveillance zu postoperativen Wundinfektionen

Von Leistungserbringern liegen auf der Landesebene Rückmeldungen vor, wonach unklar ist, weshalb ähnliche oder dieselben Daten von verschiedenen Stellen (z. B. KISS) erfasst werden und ob eine Vereinheitlichung möglich sei.

#### **Transparenzkennzahlen: Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen / Medizinischen Versorgungszentren**

Der Verbrauch von Händedesinfektionsmitteln wird berechnet als Bestellmenge pro GKV-Quartalsfall. Nicht-GKV-Versicherte werden entsprechend für die Berechnung nicht berücksichtigt. Praxen bzw. Medizinische Versorgungszentren mit vielen Nicht-GKV-Versicherten haben demnach möglicherweise einen höheren berechneten Wert für den Verbrauch als eine Praxis bzw. ein Medizinisches Versorgungszentrum ohne oder mit weniger Nicht-GKV-Versicherten, ohne dass ein tatsächlich höherer Verbrauch pro GKV-Versichertem vorliegt. Außerdem kann sich für Praxen bzw. Medizinische Versorgungszentren mit mehr Patientenkontakten pro Quartal bei gleich vielen GKV-Quartalsfällen ein höherer Wert für den Händedesinfektionsmittelverbrauch ergeben, ohne dass dem tatsächlich ein höherer Verbrauch pro Patientenkontakt zugrunde liegt. Da die Bestellmenge als Surrogat für den Verbrauch abgefragt wird, sind in Einzelfällen auch sehr hohe oder sehr niedrige Werte für ein Auswertungsjahr plausibel. Ein Zusammenhang zum tatsächlichen Verbrauch ist – zumindest bezogen auf ein Auswertungsjahr – nur indirekt gegeben.

Für das weitere Vorgehen hinsichtlich der Erfassung und Auswertung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs bzw. der indirekten Messung zur Surveillance des Hygienemanagements wird das IQTIG mit den Expertinnen und Experten des Sektorenübergreifenden Expertengremiums beraten und Empfehlungen abgeben.

Vonseiten einer Landesarbeitsgemeinschaft wird angeregt, dass für den Händedesinfektionsmittelverbrauch die Fallzahlen von den Krankenkassen erhoben werden sollen. Aufgrund der langen Verzögerung, bis Sozialdaten bei den Krankenkassen beim IQTIG voraussichtlich zur Verfügung stehen (ca. 10 Monate), empfiehlt das IQTIG ein solches Vorgehen jedoch nicht.

### **Transparenzkennzahlen: Händedesinfektionsmittelverbrauch von Krankenhäusern: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen bzw. Allgemeinstationen**

Bei der Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauches pro Belegungstag wird ausschließlich zwischen Allgemein- und Intensivstationen unterschieden. Eine weitere Differenzierung nach Stationsart wie bei HAND-KISS (z. B. neonatologische Stationen oder Frühreha-Stationen) erfolgt nicht. Jedoch können die Verbräuche unterschiedlicher Stationsarten deutlich voneinander abweichen, ohne dass dies gleichzeitig ein Hinweis auf ein Qualitätsproblem sein muss. Somit hat die Zusammensetzung der Stationsarten eines Krankenhauses einen relevanten Einfluss auf die erreichbare Händedesinfektionsmittelmenge. Weiterhin kann die Wahl der Bestellmenge als Surrogatparameter wie auch im ambulanten Bereich zu Extremwerten führen, die dennoch plausibel für das Auswertungsjahr sind.

### **QIs 1000, 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – Erbringer ambulanter bzw. stationärer Leistungen**

Es liegen Hinweise auf Dokumentationsprobleme bezogen auf die beiden Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement vor. Rückmeldungen, die sich einzelnen Kennzahlen zuordnen lassen, werden im Folgenden pro Kennzahl wiedergegeben. Zu drei Kennzahlen wurde die Validität der übermittelten Daten als zu gering eingeschätzt, um diese für die Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement zu nutzen. Entsprechend wurden die Rechenregeln so angepasst, dass diese Kennzahlen nicht weiter in die Berechnung eingehen:

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

In Abschnitt 2.2.1 dieses Berichts wird näher auf die Hintergründe eingegangen.

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

Es gab die Rückmeldung, dass es Einrichtungen gibt, bei denen keine Operationen durchgeführt werden, für die eine perioperative Antibiotikaphylaxe (PAP) notwendig ist. Dies sei auch der Grund, weshalb bei diesen Leistungserbringern keine entsprechende interne Leitlinie zur PAP in der Einrichtung vorzuliegen hat. Aktuell kann nicht unterschieden werden, ob ein Leistungserbringer „nein“ angegeben hat, weil keine entsprechenden Operationen durchgeführt werden, oder weil das abgefragte Kriterium trotz entsprechender Operationen, die eine PAP bedingen, nicht erfüllt wird.

### **Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff**

Eine Landesgeschäftsstelle weist darauf hin, dass die Art der Abfrage bezüglich der Haarentfernung eine Darstellung durch den Leistungserbringer gemäß Empfehlungen des Robert Koch-Instituts nicht eindeutig zulasse, da in der Abfrage die dort vorgesehene zeitliche Differenzierung fehle. Hiermit ist wahrscheinlich gemeint, dass der Leistungserbringer den Zeitpunkt der Haar-

entfernung nach arbeitsorganisatorischen Gesichtspunkten wählen kann. Ob eine weitere Konkretisierung notwendig ist, wird in Absprache mit dem Sektorenübergreifenden Expertengremium auf Bundesebene geklärt.

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

Es liegen zu dieser Kennzahl Hinweise vor, dass die Fragen zur Sterilgutaufbereitung häufig nur sehr umständlich und zeitaufwändig zu beantworten seien. Insbesondere, wenn die Sterilgutaufbereitung nicht in der eigenen Einrichtung durchgeführt werde. So gebe es Praxen, die bis zum Ende der Dokumentationsfrist keine Rückmeldung ihrer externen Anbieter erhalten hätten und den Fragebogen daher nicht abschließen und absenden konnten. Zudem gebe es oftmals Unverständnis vonseiten der vertragsärztlichen Praxen mit beauftragten zertifizierten externen Sterilgutaufbereitern, da eine Zertifizierung ein systematisches Prozessmanagement voraussetze, und somit die Einhaltung des gesetzlich geforderten Qualitätsstandards bereits gewährleistet sei. Das IQTIG wird diese Hinweise prüfen und mit den Expertinnen und Experten des Sektorenübergreifenden Expertengremiums auf Bundesebene diskutieren.

Weiterhin wurde ein Problem zurückgemeldet, welches besteht, wenn die Aufbereitung von Sterilgut der Klasse „Kritisch C“ nur *teilweise* an externe Auftragnehmer vergeben wird. Diese Möglichkeit ist in den stationären (NWIES) und ambulanten (NWIEA) Dokumentationsbögen aufgrund der gegebenen Antwortoptionen und unter Berücksichtigung des Ausfüllhinweises derzeit nicht abbildbar. Eine korrekte Beantwortung der Frage ist somit nicht möglich. Aufgrund der hinterlegten harten Plausibilitätsprüfung ist es auch nicht möglich, die Frage unbeantwortet zu lassen. Entsprechend ergibt sich, dass der Dokumentationsbogen in diesen Fällen trotz der Verpflichtung zur Dokumentation nicht wie vorgesehen abgeschlossen und an das IQTIG übermittelt werden kann.

Die entsprechende Plausibilitätsprüfung ist für das Erfassungsjahr 2019 auf „weich“ gestellt, damit der Bogen auch abgeschlossen werden kann, wenn diese Frage nicht beantwortet wird. Das IQTIG wird Empfehlungen zur Anpassung der Frage abgeben.

Auch bezüglich weiterer Fragen im Bereich Sterilgutaufbereitung wird auf Probleme bei der Dokumentation hingewiesen, z. B., dass eine logische Weiterführung der Fragen entfällt, wenn bei der Frage „Wird die Sterilgutaufbereitung der im OP eingesetzten Medizinprodukte in Ihrer Einrichtung durchgeführt?“ „teilweise“ ausgewählt wird. Das IQTIG prüft hier derzeit eine umfassende Anpassung der Fragen und wird entsprechende Empfehlungen abgeben.

Zur Frage: „Wird die Sterilgutaufbereitung der im OP eingesetzten Medizinprodukte in Ihrer Einrichtung durchgeführt?“ wurde aus einem Bundesland zurückgemeldet, dass Ärzte, die Operationen in angemieteten Krankenhausräumen durchführen, die Frage mit „nein“ beantworten, da die Sterilgutaufbereitung im Krankenhaus stattfindet. Damit wird die Frage zwar wie intendiert beantwortet, da das Krankenhaus nicht zur Einrichtung gehört, über die die Ärztin bzw. der Arzt abrechnet. Dennoch weist diese Rückfrage darauf hin, dass der Begriff der „Einrichtung“, wie er hier genutzt wird, offenbar nicht richtig verstanden wird.

Das IQTIG wird grundsätzlich prüfen, ob weiterhin Informationen von dritten Leistungserbringern angefordert werden sollten, die nicht direkt bei den adressierten Leistungserbringern vorliegen. Je nachdem, welches Ergebnis diese Prüfung hat, werden darauf die Weiterentwicklungsempfehlungen zum Dokumentationsbogen bezogen auf die Sterilgutaufbereitung basieren.

Es gingen zudem Rückmeldungen ein, dass die ausschließliche Nutzung von Einmalsterilgut durch niedergelassene Leistungserbringer für das Erfassungsjahr 2017 noch nicht berücksichtigt war. Dies wurde bereits für das Erfassungsjahr 2018 korrigiert.<sup>29</sup>

#### **Kennzahl: Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie**

Zu dieser Kennzahl wurde darauf hingewiesen, dass nicht immer klar ersichtlich war, worauf sich die Frage: „Wie hoch ist der Anteil der in Ihrer Einrichtung tätigen Ärzte, die im Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik ‚Antibiotikaresistenzlage und -therapie‘ teilgenommen haben?“ bezieht. Den Leistungserbringern stellte sich beispielsweise die Frage, ob sich die Angaben auf alle im MVZ tätigen Ärztinnen und Ärzte oder nur auf diejenigen, für die ein Dokumentationsbogen ausgelöst wurde, bezieht. Auch hier wird offenbar der Begriff der Einrichtung nicht wie intendiert verstanden.

#### **Kennzahl: Teilnahme an Informationsveranstaltungen zu Hygiene und Infektionsprävention**

Der Dokumentationsbogen kann bei korrekter Dokumentation nicht abgeschlossen werden, wenn angegeben werden müsste, dass Daten zwar erhoben worden sind, dies jedoch nicht in der abgefragten Art und Weise geschah. Zudem geht aus der Zusatzbezeichnung der Datenfelder zu den Berufsgruppen nicht eindeutig hervor, ob sich die Grundgesamtheit / der Nenner auf alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Leistungserbringers bezieht oder nur –wie intendiert – auf die jeweilige Mitarbeitergruppe. Hierzu wird das IQTIG Anpassungsempfehlungen abgeben. Derzeit geht diese Kennzahl nicht in die Berechnung der Indikatoren ein.

Bislang fehlende eindeutige Definitionen zur Erfassung der Mitarbeitergruppen wurden bereits für die Spezifikation 2020 aufgenommen. Die Definitionen zur Zählung der Mitarbeiter (beispielsweise pro Kopf und ganzjährige Tätigkeit, ohne Tätigkeitsunterbrechung von mehr als 6 Wochen) wurden konkretisiert.

#### **Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement**

Von Leistungserbringern wird darauf hingewiesen, dass die Bedeutung der Abfrage zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement insofern unklar ist, als dass entweder die Anforderungen gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V gemeint sind, oder darüber hinausgehende Anforderungen. Das IQTIG wird dies prüfen und Anpassungen empfehlen.

---

<sup>29</sup> <https://iqtig.org/downloads/erfassung/2018/v03/nwiew/NWIEA.pdf>

### **Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene**

Zu dieser Kennzahl bestehen einige Unklarheiten. Die Fragen sind laut den Rückmeldungen nicht eindeutig formuliert, als dass sie einheitlich verstanden werden. Das Sektorenübergreifende Expertengremium auf Bundesebene teilt diese Auffassung. Das IQTIG hat für die Auswertung der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2018 entsprechend empfohlen, diese Kennzahl nicht weiter für die Berechnung des Indexindikators zu nutzen.

### **Optimierungsbedarfe hinsichtlich der fallbezogenen QS-Dokumentation**

Mit dem Start des Verfahrens stellte sich in den Krankenhäusern besonders häufig die Frage, wodurch die Auslösung der fallbezogenen Dokumentationsbögen begründet ist. Hintergrund war, dass über den Filter der fallbezogenen QS-Dokumentation (NWIF) erstmals Fälle ausgelöst werden, die nicht direkt qualitätssicherungsrelevant sind. Es soll lediglich die Information eingeholt werden, ob tatsächlich eine postoperative Wundinfektion vorliegt. Da ICD-Kodes nicht spezifisch genug sind, werden dabei auch Fälle von Patientinnen und Patienten ausgelöst, bei denen im Vorfeld keine Operation stattgefunden hatte. Zu den Fragen, die sich den Leistungserbringern hier stellten, wurden umfangreiche FAQ online zur Verfügung gestellt.<sup>30</sup>

Insbesondere zu Beginn des Verfahrens wurde bemängelt, dass der Filter sehr sensitiv und wenig spezifisch sei. Mittlerweise wurde der Filter umfassend angepasst und entsprechende Rückmeldungen sind seltener geworden.

Zur Frage nach einer durchgeführten mikrobiologischen Untersuchung gab es 2017 viele Rückmeldungen. Hier wurde häufig nicht verstanden, warum dieses Feld dokumentiert werden musste, auch wenn die Frage nach der postoperativen Wundinfektion mit „nein“ beantwortet wurde. Intendiert war mit diesem Feld ursprünglich, Krankenhäuser zu identifizieren, die ggf. weniger postoperative Wundinfektionen diagnostizieren, da auch weniger mikrobiologische Untersuchungen durchgeführt werden. Aufgrund des offenbar sehr großen Missverständnispotentials wurde die entsprechende Frage so angepasst, dass sie nun nur noch gestellt wird, wenn die Frage nach der postoperativen Wundinfektion mit „ja“ beantwortet wird.

Zu Beginn des Verfahrens war bezogen auf die Frage nach dem Vorliegen einer postoperativen Wundinfektion nicht immer klar, wie genau eine solche in diesem Verfahren definiert ist. Entsprechend wurden hierzu Anpassungen durch das IQTIG vorgeschlagen. Diese beinhalten nun eine verbindliche Orientierung an den KISS-Definitionen. Außerdem wurde die Zeit, die eine Operation zurückliegen muss, auf vier Monate begrenzt, da sonst auch unabhängig davon, wie lange die vorangegangene Operation zurücklag, Infektionen diagnostiziert werden mussten.

Eine weitere Anpassung ist, dass das Datum zur Diagnose der Wundinfektion aus dem nachstationären Aufenthalt angegeben werden kann (ab 2019: weiche Plausibilität). Aufgrund einer harten Plausibilitätsprüfung war diese Angabe bis zur Spezifikation 2018 nicht möglich.

---

<sup>30</sup> <https://iqtig.org/qs-verfahren/faq/qswi/>

### **Optimierungsbedarfe hinsichtlich der Sollstatistik**

In § 16 Abs. 1 Satz 3, Verfahren 2 (QS WI) DeQS-RL ist geregelt, dass die fallbezogene Sollstatistik (bis zum Ende der Korrekturfrist) an die Datenannahmestellen übermittelt werden muss. § 16 Abs. 3 der themenspezifischen Bestimmungen zu QS WI der DeQS-RL enthält die Datenlieferfristen für die einrichtungsbezogenen Daten. In diesem Absatz werden keine Übermittlungsfristen, die für Angaben für die Vollzähligkeit dokumentierter Bögen notwendig wären, genannt. In § 10 Abs. 2 der themenspezifischen Bestimmungen zu QS WI der DeQS-RL wird jedoch gefordert, dass die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer unter anderem Informationen zur Vollzähligkeit der übermittelten Daten enthalten müssen.

Viele Landesarbeitsgemeinschaften haben mit Verweis auf die fehlende Überprüfbarkeit der Dokumentationsverpflichtung von einem Stellungnahmeverfahren abgesehen, insbesondere aufgrund der befürchteten Akzeptanzprobleme.

Von einigen Kassenärztlichen Vereinigungen hat das IQTIG mit Verweis auf § 16 Abs. 3 der themenspezifischen Bestimmungen zu QS WI der DeQS-RL keine Informationen zur Vollzähligkeit der Daten erhalten. Vor diesem Hintergrund empfehlen wir, dass in § 16 der themenspezifischen Bestimmungen zu QS WI der DeQS-Richtlinie ein Absatz aufgenommen wird, der eine Frist für die Übermittlung von Informationen zur Vollzähligkeit der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation enthält.

Das IQTIG plant eine Empfehlung für eine Spezifikationsanpassung für das Jahr 2021, mit der eine technische Grundlage für die Übermittlung von Vollständigkeitsinformationen für Krankenhäuser und vertragsärztliche Leistungserbringer geschaffen wird. Eine Übermittlung der Vollzähligkeitsinformationen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ist aber bereits auch ohne eine Anpassung der Spezifikation möglich; so haben einige Kassenärztliche Vereinigungen die notwendigen Informationen für das Erfassungsjahr 2017 bereits übermittelt. Es bedarf jedoch offenbar noch einer Klarstellung in der Richtlinie, damit die notwendigen Informationen von allen Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelt werden.

### **Optimierungsbedarf hinsichtlich der Anpassung der Spezifikation**

Die langen Zeiträume zwischen Beschlussfassung und Umsetzung der jeweiligen Spezifikation stellen ein Hindernis hinsichtlich der Optimierung des Verfahrens dar. So muss auch bei bereits bekannten Anpassungsbedarfen, die dann in der Regel im Rahmen der Auswertung zu schwer interpretierbaren Ergebnissen führen, weiterhin auf Basis der bis zu 1,5 Jahre früher beschlossenen Spezifikation dokumentiert werden. Durch schnellere Anpassungen könnten Optimierungspotentiale früher gehoben werden und somit früher ein höherer Nutzen des Verfahrens erreicht werden. Aus Sicht des IQTIG ist die u. U. lange Latenz zwischen der Identifikation eines Änderungsbedarfs und der Umsetzung der Lösung auch von erheblicher Bedeutung für die Akzeptanz des Verfahrens.

Eine Landesarbeitsgemeinschaft weist darauf hin, dass es scheine, als ob fehlende Anpassungen am Dokumentationsbogen sowie die Rückspiegelung von Ergebnissen in geringem Umfang bereits jetzt zu einem Akzeptanzverlust bei den teilnehmenden Leistungserbringern führen würde.

Bei der einrichtungsbezogenen Dokumentation gibt es aus Sicht des IQTIG die Möglichkeit, den Abstand zwischen Beschluss der Spezifikation durch den G-BA und ihrer Umsetzung spürbar zu reduzieren, indem dieser nicht im Sommer vor dem Erfassungsjahr gefasst wird, sondern erst zum Ende des dem Erfassungsjahr vorangehenden Jahres. Bei der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation ist eine Umsetzung durch Softwarehersteller vor Beginn des Erfassungsjahres nicht zwingend notwendig, da die Dokumentation ohnehin erst im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr abgeschlossen werden kann.

Das IQTIG würde auch einen noch kürzeren Abstand zwischen Beschluss und Umsetzung der Spezifikation begrüßen, falls dies rechtlich möglich ist.

#### **4.4.2 Optimierungbedarf hinsichtlich einzelner QIs, der dazugehörigen Rechenregeln oder der QI-Ergebnisse und der Bewertung von Leistungserbringern**

Zu den Rechenregeln liegen Rückmeldungen dahingehend vor, dass diese als zu umfangreich und komplex für ein transparentes QS-Verfahren empfunden werden und dass die Interpretation schwerfällt. Wiederholt wird im Informationsschreiben zum Rückmeldebericht hierauf Bezug genommen. Im Informationsschreiben wird u. a. auf Interpretationsprobleme eingegangen (siehe Anhang). Anhand dieses Problems und der fehlenden Sollstatistik (siehe Abschnitt 2.1) wird von einigen Landesarbeitsgemeinschaften begründet, warum das Stellungnahmeverfahren im ersten Jahr nicht durchgeführt worden ist und Leistungserbringer entsprechend nicht bewertet worden sind.

Konkret wird darauf verwiesen, dass die jährliche Überprüfung von internen Standards, Leitlinien und Empfehlungen inhaltlich nicht nachvollziehbar sei. Auch das sektorenübergreifende Expertengremium auf Bundesebene ist der Ansicht, dass dies zu streng gehandhabt werde und der Zeithorizont erweitert werden sollte. Das IQTIG wird eine Anpassung prüfen.

Weiterhin wird die Gleichgewichtung der Kennzahlen in den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement kritisiert. Das Thema wurde bereits mit den Expertinnen und Experten des sektorenübergreifenden Expertengremiums diskutiert. Eine entsprechende Weiterentwicklung würde jedoch einen deutlichen Aufwand bedeuten und kann derzeit nicht adressiert werden.

#### **4.4.3 Optimierungsbedarfe hinsichtlich der Aufklärung von Auffälligkeiten**

Es wird gefordert, dass die Indikatorenergebnisse zu den Indikatoren zu postoperativen Wundinfektionen möglichst zeitnah zur Verfügung stehen sollen. Entsprechend dem derzeitigen Konzept kann es dazu kommen, dass Leistungserbringer mit hohen Infektionsraten erst nach 3 Jahren um Aufklärung gebeten werden. Die Sinnhaftigkeit wird infrage gestellt.

Als hinderlich wird beschrieben, dass aus den bisherigen Rückmeldeberichten noch nicht hervorgeht, wie genau die Leistungserbringer die einzelnen Items beantwortet haben. Zu Optimierungsbedarfen hinsichtlich der Rückmeldeberichte siehe auch Abschnitt 4.4.15.

Eine Landesarbeitsgemeinschaft weist darauf hin, dass bei der Aufklärung von Auffälligkeiten Akzeptanzprobleme entstehen, wenn nicht klar kommuniziert wird, dass eine rechnerische Auffälligkeit noch nicht gleichbedeutend mit einer Bewertung ist, sondern dass Gelegenheit zur Stellungnahme mit anschließender fachlicher Prüfung gegeben wird.

#### **4.4.4 Optimierungsbedarfe bezüglich der Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen**

Im Jahr 2018 wurden die Rückmeldeberichte aufgrund eines Spezifikationsproblems bei den Datenannahmestellen nicht wie vorgesehen im Sommer zur Verfügung gestellt, sondern erst im Oktober. Hierzu gab es kritische Rückmeldungen. Das Problem ist mittlerweile behoben und die Berichte werden zeitlich wie vorgesehen zur Verfügung gestellt.

Es wird immer wieder auf die mangelhafte Datenlage (siehe auch 4.4.1; Optimierungsbedarfe hinsichtlich der Sollstatistik) Bezug genommen und als Begründung dafür genannt, dass kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurde. Da die Leistungserbringer, die nicht teilnehmen, sanktionsfrei bleiben, bedeute dies automatisch eine Benachteiligung der Teilnehmer und im Stellungnahmeverfahren potentiell ein Akzeptanzproblem.

Eine Landesarbeitsgemeinschaft weist darauf hin, dass das Lenkungsgremium häufiger als 1–2 Mal im Jahr tagen müsse, da die Vorschläge der Fachkommissionen bestätigt bzw. abgelehnt werden müssten. Dazu sei ein konsequentes Zeitmanagement bezogen auf alle Verfahrensbeteiligten notwendig. Dass Vertretungsregelungen in Fachkommissionen nicht vorgesehen seien, erschwere die Terminkoordinierung.

#### **4.4.5 Überprüfung der Datenzusammenführung aus den beiden Datenquellen Sozialdaten bei den Krankenkassen und fallbezogene Dokumentation**

Die Sozialdaten bei den Krankenkassen werden derzeit erstmals geprüft. Eine systematische Zusammenführung ist noch nicht erfolgt. Eine Aussage zu Praktikabilität und Funktionalität der Datenzusammenführung kann erst getroffen werden, wenn die Prüfung abgeschlossen wurde.

Für 2019 war zum ersten Mal eine Auswertung der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen vorgesehen. Aufgrund der besonderen Datenstrukturen des QS-Verfahrens *QS WI* wird davon ausgegangen, dass die Sichtung der Daten der verschiedenen Krankenkassen und die Definition der Datenvalidierungs- und Auswertungsalgorithmen jedoch noch einige Zeit in Anspruch nehmen wird. Da es das erste Jahr ist, in dem die Krankenkassen zu diesem Projekt Daten liefern, und da das Datenkonstrukt komplexer ist als bei anderen QS-Verfahren, besteht ein höheres Risiko, dass die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der ersten Lieferungen relevante Lücken haben, die vor einer ersten Auswertungserstellung noch behoben werden müssen. Daher werden nach derzeitiger Einschätzung Ergebnisse in *QS WI* auf der Basis von Sozialdaten erstmals im Jahr 2020 an die Leistungserbringer berichtet werden können.

#### **4.4.6 Überprüfung der Datenlieferfristen für Sozialdaten bei den Krankenkassen**

Eine Einschätzung dazu, ob bezüglich der Datenlieferfristen der Sozialdaten bei den Krankenkassen ggf. Anpassungsbedarf besteht, kann erst nach Abschluss der Prüfungen erfolgen.

Es besteht jedoch Anpassungsbedarf hinsichtlich der Datenlieferfristen für die Sozialdaten bei den Krankenkassen für das Jahr 2017. Die letzte geplante Sozialdatenlieferung für das Jahr 2017 erfolgt im Juni 2019. Nach der letzten Übermittlung der Daten von den Krankenkassen im Juni 2019 sind momentan keine weiteren Datenlieferungen für das Jahr 2017 vorgesehen. Es kann davon ausgegangen werden, dass auch in der letzten Übermittlung der Daten von den Krankenkassen im Juni 2019 Probleme vorliegen, die an die Krankenkassen zurückgemeldet werden müssten. Sollte die Datenqualität ähnlich problematisch sein, wie die Qualität der Daten für das Jahr 2016 für das Verfahrens *QS PCI*, könnte es sein, dass eine Auswertung der Daten für 2017 nicht zu ausreichend sicheren Ergebnissen führt. Eine solche Prüfung konnte bisher noch nicht durchgeführt werden. Die komplette fallbezogene Dokumentation im Krankenhaus würde nicht für die Berechnung und Rückmeldung von Indikatorergebnissen genutzt werden können. Die Jahre 2017 und 2018 sind die einzigen beiden Jahre, in dem der Filter noch vorrangig auf eine hohe Sensitivität hin ausgelegt war. In den Folgejahren wurde der Filter so angepasst, dass es nunmehr weniger falsche positive Auslösungen gibt. Das bedeutet, dass eine Validierung des Verfahrens besonders gut mit den Daten der ersten beiden Jahre möglich ist.

#### **4.4.7 Überprüfung der Termine für die Zwischen- und Rückmeldeberichte**

Aus Sicht des IQTIG ist der 30. Juni als Termin für die Übermittlung der Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer mit den Inhalten zum Hygiene- und Infektionsmanagement grundsätzlich unproblematisch. Bis zu diesem Zeitpunkt steht ausreichend Zeit für die Sitzung des Expertengremiums zur Bewertung der Ergebnisse und für die Berichterstellung auf Bundesebene zur Verfügung. Da den Landesarbeitsgemeinschaften die erstmaligen Berichte im letzten Jahr erst im Oktober zur Verfügung gestellt wurden, gibt es jedoch noch keine Erfahrungswerte zur Praktikabilität der Durchführung der Stellungsverfahren auf der Landesebene.

Zur Praktikabilität der Zeitpunkte der Übermittlung der vollständigen Rückmeldeberichte inklusive der Indikatoren zu postoperativen Wundinfektionen unter Nutzung von Sozialdaten kann noch keine Aussage getroffen werden, da diese voraussichtlich erstmals in die Rückmeldeberichte im Jahr 2020 integriert werden. Erste Zwischenberichte hierzu werden voraussichtlich erstmalig nach den ersten vollständigen Rückmeldeberichten zur Verfügung gestellt.

In den Rückmeldeberichten werden Ergebnisse dargestellt, die auf endgültigen Rechenregeln basierten. Wenn Änderungen dieser endgültigen Rechenregeln gegenüber den prospektiven Rechenregeln erforderlich sind, die noch nicht vom G-BA beschlossen und veröffentlicht sind, ist den Leistungserbringern und den Landesstellen nicht transparent, wie genau die Ergebnisse in den Rückmeldeberichten berechnet werden. Andererseits kann nicht bis zum Beschluss des G-BA gewartet werden, bevor die Auswertungen berechnet werden. Die DeQS-RL schreibt aber vor, dass Änderungen gegenüber den prospektiven Rechenregeln vom G-BA beschlossen und veröffentlicht werden müssen. Dieser Sachverhalt ist für Leistungserbringer und Landesstellen schwer nachvollziehbar. Es sollten hierzu verbesserte Regelungen gefunden werden, um aktuelle Anpassungen der Rechenregeln durchführen und für die Leistungserbringer zeitnah transparent machen zu können.

#### **4.4.8 Funktionalität und Praktikabilität der Auslösung der fall- bzw. einrichtungsbezogenen Datenerfassung**

##### **Optimierungsbedarf der QS-Auslösung stationär (fallbezogen)**

Der Filter für die Auslösung der fallbezogenen QS-Dokumentation war in den Jahren 2017 und 2018 noch mit Fokus auf eine hohe Sensitivität hinsichtlich der Erfassung von postoperativen Wundinfektionen konfiguriert. Die große Menge der ausgelösten Fälle führte vermehrt zu Rückmeldungen. Im Jahr 2019 wurde der Filter so optimiert, dass eine möglichst hohe Zahl postoperativer Wundinfektionen erfasst wird, jedoch gleichzeitig der Dokumentationsaufwand so stark wie möglich reduziert ist. Weiterhin wird der Filter regelmäßig auf Optimierungspotential hin überprüft. Anpassungsempfehlungen werden dem G-BA mit den Empfehlungen zur Spezifikation übermittelt.

Seit Beginn des Verfahrens ist die Spezifikation von ein paar Softwareherstellern nicht korrekt umgesetzt worden, sodass der Bogen auch dann ausgelöst wurde, wenn nur Teilbedingungen des Filters erfüllt waren. Dieses Problem ist den Softwareherstellern bekannt und weitestgehend, jedoch offenbar noch immer nicht in sämtlichen Softwarelösungen, behoben.

##### **Optimierungsbedarf der QS-Auslösung (einrichtungsbezogen)**

Hinsichtlich der QS-Auslösung besteht Optimierungsbedarf zum einen für Krankenhäuser und zum anderen für belegärztlich abrechnende Leistungserbringer, für vertragsärztlich abrechnende Leistungserbringer, die Eingriffe an OP-Zentren abrechnen, und für ermächtigte Ärztinnen und Ärzte.

Krankenhäuser, die ambulante und stationäre Eingriffe durchführen, müssen derzeit beide QS-Dokumentationsbögen (NWIEA/NWIES) ausfüllen und übermitteln. Größtenteils werden gleiche Sachverhalte abgefragt, sodass der zusätzliche Aufwand einem kaum höheren Nutzen gegenübersteht.

Belegärztlich abrechnende Leistungserbringer und ermächtigte Leistungserbringer sowie vertragsärztlich abrechnende Leistungserbringer, die Eingriffe an OP-Zentren abrechnen, müssen, wenn mehrere dieser Leistungserbringer an einem Krankenhaus bzw. an einem OP-Zentrum operieren, mehrfach dieselben Informationen in ihren Bögen dokumentieren, wenn sich die hygienebezogenen Prozesse dieser Leistungserbringer nicht voneinander unterscheiden.

Hierzu hat das IQTIG Vorschläge für eine technische Lösung gemacht, durch die sich z. B. ermächtigte Ärztinnen und Ärzte relativ aufwandsarm an der Dokumentation des jeweiligen Krankenhauses anschließen können. Dieses Verfahren muss jedoch noch auf Praktikabilität und technische Machbarkeit hin geprüft werden, denn die sichere und praktikable Verlinkung der belegärztlichen bzw. vertragsärztlichen Dokumentation mit der Krankenhaus- bzw. übergreifenden OP-Zentren-Dokumentation ist angesichts erwartbarer Sonderkonstellationen nicht trivial.

Derzeit erfolgt die einrichtungsbezogene Auslösung auf Basis von Tracer-Operationen, die in den ersten beiden Quartalen eines Jahres abgerechnet wurden. Dies ist notwendig, damit die Kasernenärztliche Vereinigungen zum Zeitpunkt der Auslösung zu Beginn eines jeden Jahres Kenntnis

über die abgerechneten Leistungen haben. Würden Leistungen späterer Quartale hier einbezogen werden, würden die Informationen dazu ggf. nicht mehr pünktlich zur Auslösung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung stehen. Dieses Vorgehen führt zu einer Ungleichbehandlung von Leistungserbringern. Eine Lösung könnte es sein, die Auslösung auf dem 3. und 4. Quartal des Vorjahres und dem 1. und 2. Quartal des Vorjahres basieren zu lassen. Ein solches Vorgehen müsste genau geprüft werden.

Die Kosten für QS-Filtersoftware, die von Krankenhäusern erworben werden muss, um herauszufinden, ob eine Dokumentationspflicht besteht oder nicht, sind hoch – gemäß der Rückmeldung aus einem Bundesland. Nicht alle Leistungserbringer haben eine solche Software erworben und lösen die Dokumentationsbögen manuell aus. Es wurde jedoch auch darauf hingewiesen, dass die fehlende QS-Filter-Auslösung nicht als problematisch angesehen werde, da in operativ tätigen Einrichtungen bekannt ist, ob ambulante und/oder stationäre Eingriffe vorgenommen werden.

Wie in Abschnitt 4.4.1 dargestellt, wurde vom G-BA für das Erfassungsjahr 2019 die Dokumentationspflicht für Belegärzteärztinnen und Belegärzte ausgesetzt. Von der Landesebene wurde hierzu darauf hingewiesen, dass die Information über das Aussetzen der Dokumentationspflicht die Leistungserbringer zu spät erreichte, da diese bereits im November 2018 über ihre Dokumentationsverpflichtung informiert wurden.

#### **Optimierungsbedarf der Dokumentationssoftware**

Vonseiten einer Landesarbeitsgemeinschaft wird darauf hingewiesen, dass die Bereitstellung von bereits eingereichten Daten dauerhaft verfügbar sein müsse, damit der Leistungserbringer im Rückmeldebericht und im Stellungnahmeverfahren nachvollziehen kann, auf welche Angaben sich Fragestellungen bzw. Hinweise der LAG beziehen. Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass technische Schnittstellen zwischen denjenigen Einrichtungen fehlen, die das Hygiene- und Infektionsmanagement zur Verfügung stellen (Kliniken, OP-Zentren), und den dokumentationspflichtigen Leistungserbringern, sodass auf diesem Weg Dokumentationsinhalte ausgetauscht werden können.

#### **Optimierungsbedarf bzgl. der Bereitstellung der Spezifikation**

2018 konnte die einrichtungsbezogene Spezifikation erst im November zur Verfügung gestellt werden, was einen engen Umsetzungszeitraum bedeutete. Auch 2019 wurde die Spezifikation nicht wie geplant im Juni zur Verfügung gestellt. Hintergrund ist, dass für die gegenwärtigen Anforderungen bezogen auf die Erstellung von Spezifikationen, beim IQTIG nicht ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen.

#### **Optimierungsbedarf des Datenexports**

Es wird bemängelt, dass unvollständig ausgefüllte Fragebögen nicht übermittelt werden können. Insbesondere sei dies hinsichtlich der Fragen zum Infektions- und Hygienemanagement rele-

vant, wenn benötigte Informationen nicht von der Einrichtung, an der operiert wurde, zu bekommen waren. Auch wird ein Freitextfeld vermisst, um solche Informationen weiterzugeben, damit sie bei durchzuführenden Stellungnahmeverfahren bei den LAG vorliegen können.

Auch wird Optimierungsbedarf hinsichtlich des Umgangs mit der Versionierung und den Vorgangsnummern der Datenexporte gesehen. Einrichtungsbezogene QS-Dokumentationen könnten mit verschiedenen Vorgangsnummern und Versionierungen übermittelt werden, sodass unklar sei, welche Version die für die Auswertung relevante Version sei.

Für die Auswertungen wird jeweils die aktuellste Version eines Datensatzes verwendet. Werden Lieferungen mit einer älteren Version nach dem Eingang einer höheren Version übermittelt, so werden diese nicht berücksichtigt, da die Versionsnummer die Leitinformation darstellt. Der entsprechende Hinweis findet sich in der technischen Dokumentation.<sup>31</sup>

Es liegt die Rückmeldung von der Landesebene vor, dass es derzeit keine Möglichkeit gebe, Leistungserbringer schnell zu identifizieren, wenn technische Fehler die Einreichung/Weiterleitung von Dokumentationen verhindern. Hier geht es wahrscheinlich darum, dass aufgrund der Pseudonymisierung der Leistungserbringer teilweise auch relevante Informationen nicht zeitnah an die richtigen Adressaten übermittelt werden können. Eine Lösung für dieses Problem sieht das IQTIG angesichts der geltenden Pseudonymisierungsregeln derzeit nicht.

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

Aktuell ist jeder Leistungserbringer, der in den ersten beiden Quartalen des jeweiligen Erfassungsjahres mindestens eine Tracer-Operation gegenüber der GKV erbracht hat, dokumentationspflichtig.

Das IQTIG hat Anfragen dazu erhalten, wie mit Leistungserbringern umgegangen werden soll, die zwar dokumentationspflichtig sind, aber unterjährig ihre Tätigkeit aufgeben bzw. deren Struktur sich verändert (z. B. das Hinzukommen oder Wegfallen von Standorten) bzw. die aufgrund einer Abteilungsschließung keine Tracer-Eingriffe mehr durchführen. Aktuell müssen auch solche Leistungserbringer den vollständigen Bogen dokumentieren. Der Aufwand der Dokumentation und zukünftig ggf. das Umsetzen von qualitätsfördernden Maßnahmen oder das Durchsetzen von Abschlüssen für nicht dokumentierte Datensätze steht aus Sicht des IQTIG in einem Missverhältnis zum Nutzen der Informationen, die von diesen Leistungserbringern übermittelt werden müssen. Aus Patientenperspektive dürfte das Interesse an den QS-Daten dieser Leistungserbringer minimal sein, da die Leistungen, die zur Auslösung führen, zum Zeitpunkt der Auswertung nicht mehr durchgeführt werden. Weiterhin ist die Menge an betroffenen Leistungserbringern pro Jahr voraussichtlich gering. Das IQTIG empfiehlt daher für Leistungserbringer, die ihre Tätigkeit aufgeben, eine Entbindung von der Dokumentationspflicht für das letzte Jahr ihrer Tätigkeit. Da die Anzahl der betroffenen Leistungserbringer sich in Grenzen halten wird, wird eine manuelle Übermittlung der betroffenen Leistungserbringerpseudonyme durch die Datenannahmestellen an das IQTIG voraussichtlich ausreichen, sodass diese bezüglich der Angaben zur Vollständigkeit der Einrichtungen berücksichtigt werden können. Auch kann eine

---

<sup>31</sup> [https://iqtig.org/downloads/spezifikation/2018/v01/2018\\_TechDok\\_EDOK\\_XML\\_V01.pdf](https://iqtig.org/downloads/spezifikation/2018/v01/2018_TechDok_EDOK_XML_V01.pdf), S. 142.

Entbindung der Dokumentationspflicht für Leistungserbringer, deren Struktur sich so stark ändert, dass einzelne Fragen im Bogen nicht mehr beantwortet werden können oder bei denen unterjährig die Voraussetzung für das Durchführen von Tracer-Operationen entfällt, sinnvoll sein. Das IQTIG wird dies prüfen und bis zur Übermittlung der Empfehlungen zur Anpassung der Spezifikation für das Jahr 2021 Vorschläge zum Umgang machen.

#### **Ausschluss von Verbringungsleistungen als Auslöser für die Dokumentationspflicht**

Das IQTIG wurde darauf aufmerksam gemacht, dass Verbringungsleistungen grundsätzlich ausschlaggebend dafür sein können, dass die Dokumentationspflicht ausgelöst wird. Derzeit bezieht sich diese Verpflichtung zur Dokumentation auf das Krankenhaus, dass die Verbringung einer Patientin oder eines Patienten in Auftrag gegeben hat. Das IQTIG empfiehlt, dass ein Krankenhaus von der Dokumentationspflicht entbunden wird, wenn es ausschließlich auf Basis von Verbringungsleistungen dokumentationspflichtig wird und entsprechend selbst keinerlei Tracer-Operationen durchführt. Zu diesen Kliniken gehören beispielsweise psychosomatische Kliniken, wenn sie selbst keine Operationen durchführen. Diese können den Dokumentationsbogen entsprechend nicht wahrheitsgemäß bezogen auf ihre Klinik dokumentieren, da sie beispielsweise keine Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP) vorhalten. Die Wahrscheinlichkeit, dass das operierende Krankenhaus zur Dokumentation des einrichtungsbezogenen QS-Bogens verpflichtet ist, ist sehr hoch. Die Zahl der Krankenhäuser, die Tracer-Operationen ausschließlich als Verbringungsleistungen abrechnen, ist hingegen gering.

#### **4.4.9 Heterogene Einrichtungsformen in der vertragsärztlichen Versorgung**

Anhand der Rückmeldungen von Leistungserbringern, Kassenärztlichen Vereinigungen und mehrerer Landesarbeitsgemeinschaften wird deutlich, dass dokumentierende Leistungserbringer Schwierigkeiten mit der einrichtungsbezogenen Dokumentation bei bestimmten Konstellationen der Leistungserbringung (z. B. mehrere OP-Standorte einer Einrichtung) haben.

Hier wird das IQTIG weitere FAQ erstellen und dem G-BA Anpassungen an der Spezifikation empfehlen.

#### **4.4.10 Zeitpunkt der Auslösung**

Für kein Spezifikationsmodul liegen dem IQTIG derzeit zum Zeitpunkt der Auslösung Hinweise auf Optimierungsbedarf vor. Die Problematik, dass die Auslösung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation auf den in den ersten beiden Quartalen abgerechneten Tracer-Operationen basiert, wird in Abschnitt 4.4.8 thematisiert.

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

Hinweise auf Probleme hinsichtlich der Zuordnung der Dokumentationsverpflichtung gibt es bei der Datenerhebung zum Händedesinfektionsmittelverbrauch. Hier gibt es Probleme bei der Zuordnung des ambulanten und stationären Verbrauchs, z. B. wenn ein MVZ, das einem Krankenhaus zugehörig ist, sich teilweise die Räumlichkeiten mit diesem Krankenhaus teilt.

In Anfragen von Leistungserbringern gibt es Hinweise darauf, dass nicht immer richtig verstanden wird, mit welchem Bezug die Dokumentationsbögen dokumentiert werden sollen, beispielsweise, wenn ein Leistungserbringer ambulante Operationen im gemieteten OP eines Krankenhauses durchführt. Anfragen dieser Art konnten jedoch bisher immer mit dem Ergebnis geklärt werden, dass eine Dokumentation möglich ist. Das IQTIG wird prüfen, ob hier weitere Anpassungen und/oder mehr Kommunikation, u. a. in Form von FAQ und Ausfüllhinweisen, mit den Leistungserbringern notwendig sind.

#### 4.4.12 Aufwand-Nutzen-Relation der fallbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation

Tabelle 20: Einschätzung der Landesarbeitsgemeinschaften zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis der fallbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation

Einschätzungen der Landesarbeitsgemeinschaft zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis			
Gut	Ausgeglichen	Schlecht	Keine Antwort
0	1	6	7

Sieben Landesarbeitsgemeinschaften haben Einschätzungen zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis bezogen auf die fallbezogene QS-Dokumentation abgegeben. Sechs Landesarbeitsgemeinschaften geben an, dass sie das Aufwand-Nutzen-Verhältnis negativ einschätzen. Eine Landesarbeitsgemeinschaft sieht das Aufwand-Nutzen-Verhältnis als ausgeglichen an. Keine Landesarbeitsgemeinschaft sieht ein positives Aufwand-Nutzen-Verhältnis.

Folgende Gründe werden für diese Einschätzung angegeben:

- Die fallbezogene Dokumentation läuft seit 2017, es liegen jedoch noch immer keine Rückmeldungen hierzu für die Leistungserbringer vor.
- Der Bogen wird häufig ausgelöst, ohne dass später mit diesen Daten eine Auswertung vorgesehen ist.
- Die Qualität der Ergebnisse ist stark von der Dokumentationsqualität im Krankenhaus abhängig.

Dass noch keine Rückmeldungen vorliegen, liegt an der Komplexität der Sozialdatenverarbeitung, siehe auch die entsprechenden Ausführungen im Hinweisschreiben zum Rückmeldebericht 2018 (siehe Anhang).

Dass der Bogen häufig ausgelöst wird, ohne dass die entsprechenden Daten für die Auswertung von Indikatoren genutzt werden können, ist aufgrund der mangelnden Spezifität von ICD- und OPS-Kodes bezüglich postoperativer Wundinfektionen und weil die QS-Dokumentationsdaten erst nach dem jeweiligen Krankenhausaufenthalt mit Sozialdaten bei den Krankenkassen zusammengeführt werden, nicht anders umsetzbar. Nähere Ausführungen hierzu finden sich z. B. im Kapitel zum QS-Verfahren QS WI im Qualitätsbericht 2017 und auf der Website des IQTIG.

Dass die Ergebnisse stark von der Dokumentationsqualität im Krankenhaus abhängen, ist ersichtlich. Dabei handelt es sich um eine von mehreren möglichen Unschärfen des Verfahrens

QS WI. Sobald Indikatorergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen vorliegen, kann mit der Evaluation solcher Unschärfen begonnen werden.

#### 4.4.13 Aufwand-Nutzen-Relation der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation

Tabelle 21: Einschätzung der Landesarbeitsgemeinschaften zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation

Einschätzungen der Landesarbeitsgemeinschaft zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis			
Gut	Ausgeglichen	Schlecht	Keine Antwort
0	3	4	7

Sieben Landesarbeitsgemeinschaften haben Einschätzungen zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis bezogen auf die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation abgegeben. Vier Landesarbeitsgemeinschaften geben an, dass sie das Aufwand-Nutzen-Verhältnis negativ einschätzen. Drei Landesarbeitsgemeinschaften sehen das Aufwand-Nutzen-Verhältnis als ausgeglichen an. Keine Landesarbeitsgemeinschaft sieht ein positives Aufwand-Nutzen-Verhältnis in Bezug auf die einrichtungsbezogene Dokumentation des QS-Verfahrens QS WI.

Folgende Gründe werden für diese Einschätzung angegeben:

- Ein Stellungnahmeverfahren werde aufgrund des nicht vorhandenen Soll-Ist-Abgleichs in vielen Fällen nicht durchgeführt.
- Die im ersten Jahr beschränkte Validität des Indexindikators aufgrund einiger problematischer Kennzahlen (siehe auch die Hinweisschreiben 2017 und 2018 im Anhang).
- Die abgefragten Sachverhalte werden auch durch die Gewerbeaufsichtsämter bei Begehungen geprüft.
- Alle Anforderungen würden von den Leistungserbringern bereits erfüllt und von Hygienebeauftragten kontinuierlich überwacht.
- Eine jährliche Abfrage der Sachverhalte sei unangemessen häufig.
- Die doppelte Erfassung – in vielen Datenfeldern – identischer Angaben bei der Einrichtungsbefragung ambulant und stationär führe zu unangemessen hohem Aufwand.
- Aufgrund der Gleichgewichtung der Kennzahlen die in den Indikator eingehen, sei der Nutzen reduziert.
- Das Einholen von Informationen von externen Sterilgutaufbereitern bedeute einen hohen Aufwand.
- Die Kennzahlen zum Händedesinfektionsmittelverbrauch seien schwer interpretierbar.

Die meisten dieser Punkte werden an anderer Stelle in diesem Kapitel zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung adressiert. Dass die abgefragten Sachverhalte auch durch die Gewerbeaufsichtsämter bei Begehungen und durch Hygienebeauftragte geprüft werden, ist grundsätzlich richtig. Dass abgefragte Sachverhalte auch erfüllt werden, entspricht nicht den vorliegenden

Ergebnissen. Anhand vieler der Kennzahlen ist weiterhin ein Potential zur Verbesserung erkennbar (siehe Abschnitt 2.2). Sollte dies über mehrere Auswertungen hinweg nicht mehr der Fall sein, wird das IQTIG empfehlen, die entsprechenden Kennzahlen zu streichen.

#### **4.4.14 Validität der erhobenen Daten und der aus allen Datenquellen ermittelten einrichtungs-, landes- und bundesbezogenen Ergebnisse**

Bis auf die bekannten Dokumentationsprobleme, die in diesem Bericht an anderen Stellen dargestellt werden, ist hier noch keine Aussage möglich, da noch keine Datenvalidierung durchgeführt wurde und keine Rückmeldungen aus dem Stellungnahmeverfahren hierzu vorliegen. Es zeichnet sich jedoch ab, dass die Datenvalidierung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation nicht in allen Fällen ohne weiteres möglich sein wird, da für viele der Sachverhalte, die abgefragt werden, keine primäre Dokumentation vorgeschrieben ist, mit der die QS-Dokumentation abgeglichen werden könne.

Weiterhin ist nach Ansicht des IQTIG nicht geklärt, ob der G-BA die Leistungserbringer für die Zwecke der Qualitätssicherung zur Mitwirkung bei der externen Datenvalidierung verpflichten kann und somit, ob entsprechende Vorgaben in der Spezifikation verbindlich sind. Eine rechtliche Prüfung hierzu vonseiten des G-BA wäre wünschenswert. Können bestimmte Dokumentationsfelder nicht validiert werden, wird das IQTIG prüfen, ob diese weiterhin erhoben werden sollten.

#### **4.4.15 Rückmeldeberichte nach § 10 und länderbezogene Auswertungen nach § 11**

Im Jahr 2018 mussten die Rückmeldeberichte aufgrund IQTIG-interner IT-Umstellungen in reduzierter Form übermittelt werden. So gab es wie schon im Vorjahr keine Abbildungen und keine Auswertung auf Item-Ebene. Zusätzlich wurden die Kennzahlen 2018 nur als CSV-Datei zur Verfügung gestellt. Mehrere Landesarbeitsgemeinschaften bemängeln die reduzierte Berichtsform.

Von den Landesarbeitsgemeinschaften wurde insbesondere angemerkt, dass eine Auswertung der einzelnen Items für eine adäquate Beurteilung der Leistungserbringer im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens notwendig sei. In zukünftigen Berichten wird dies möglich sein.

Weiterhin wurde darauf hingewiesen, dass der Fachkommission der Fachbereich des Leistungserbringers bekannt sein solle, da sonst die Beurteilung der rechnerischen Auffälligkeit schwierig sei. Ob dies möglich ist, wird vom IQTIG geprüft.

Es wird bemängelt, dass die Ergebnisse nur im Vergleich zum Bundesergebnis dargestellt werden und angeregt, dass auch die Kennzahlen jeweils im Leistungserbringervergleich dargestellt werden könnten, damit sich die Leistungserbringer besser selbst einschätzen können. Diese Vorschläge wird das IQTIG prüfen.

Mehrfach wurden von Landesarbeitsgemeinschaften Probleme mit den Feedbackkeys genannt. Diese werden zukünftig nicht mehr zum Einsatz kommen.

#### **4.4.16 Bewertung und Aufklärung von Auffälligkeiten**

Dem IQTIG wurde von einigen Landesstellen zurückgemeldet, dass der Indexindikator zum Hygiene- und Infektionsmanagement aufgrund der Gleichgewichtung der darin eingehenden Kennzahlen kritisch gesehen wird. Auch das IQTIG sieht hier einen Prüfungsbedarf, der jedoch aus Ressourcengründen vorerst nicht durch das IQTIG adressiert werden kann. Von mehreren Landesarbeitsgemeinschaften wird darauf hingewiesen, dass bei den Leistungserbringern noch Aufklärungsbedarf dahingehend besteht, dass eine rechnerische Auffälligkeit nicht gleichbedeutend damit ist, dass eine Einrichtung qualitativ auffällig ist. Dies sei auch relevant für die Akzeptanz des Verfahrens.

#### **4.4.17 Bewertungsprozesse und Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen**

Eine LAG meldete hierzu zurück, dass, da das Lenkungsgremium gemäß Richtlinie über die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens oder die Einleitung von Maßnahmenstufe 1 und 2 zu entscheiden hat, mehr als nur 1 bis 2 Sitzungstermine pro Jahr stattfinden müssen oder ein sehr straffes Zeitmanagement notwendig ist. Dass keine Vertretungsregelungen für die Fachkommissionen vorgesehen seien, erschwere die Situation.

Weiterhin wird angemerkt, dass für Peer Reviews keine etablierten Verfahrenswege bestehen und ausgebildete Peers lediglich über die „Initiative Qualitätsmedizin e. V.“ zu erfragen seien.

#### **4.4.18 Zusammensetzung der Fachkommission nach § 14**

Eine Landesarbeitsgemeinschaft teilt hierzu mit, dass die Formulierung bezüglich der Zusammensetzung der Fachkommission in der Richtlinie nicht uneindeutig definiert sei. Mehrere Landesarbeitsgemeinschaften weisen darauf hin, dass die Mitarbeit in einer Fachkommission eine ehrenamtliche Tätigkeit sei und die Akquise von Fachexpertinnen und Fachexperten daher schwierig sei. Es wird vorgeschlagen, aus jeder der Fachrichtungen nur eine Vertreterin bzw. einen Vertreter zu benennen – egal ob ambulant oder stationär, um eine Arbeitsfähigkeit der Fachkommission zu erreichen. Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass keine Vertretungsregelungen vorgesehen seien, was die Terminkoordinierung erschwere.

#### **4.4.19 Durchführung der QS-Verfahren**

Von mehreren Landesgeschäftsstellen wird auf die Akzeptanzproblematik hingewiesen, die sich aufgrund des nicht möglichen Soll-Ist-Abgleichs ergibt und aufgrund der bisher nicht zur Verfügung stehenden Ergebnisse der Indikatoren zu postoperativen Wundinfektionen.

Weiterhin wird bemängelt, dass aktuelle Informationen zum Verfahren auf der Landesebene nicht zur Verfügung stehen, da z. B. derzeit keine Protokolle zu Expertentreffen vom IQTIG an die Landesarbeitsgemeinschaften übermittelt werden dürfen.

Zur QSEB-Spezifikation liegt aus einem Bundesland die Rückmeldung vor, dass das Bewertungsschema zu starr sei und angepasst werden sollte. Für das Erfassungsjahr 2018 wurde eine neue Version der QSEB-Spezifikation mit den Landesgeschäftsstellen abgestimmt. Dies erfolgt jährlich, sodass regelmäßig Anregungen der Landesebene zur QSEB-Spezifikation aufgenommen werden können.

#### **4.4.20 Sonstige Hinweise auf Optimierungsbedarfe**

Von verschiedenen Landesgeschäftsstellen wird darauf hingewiesen, dass bei der Datenanahme durch das IQTIG Probleme bestanden (z. B. hinsichtlich des Auslösefilters und des Datenformats), jedoch hierzu nicht ausreichend bzw. ausreichend schnell kommuniziert wurde. Außerdem wurde bemängelt, dass solche Probleme nicht immer an alle relevanten Adressaten kommuniziert worden seien.

Weiterhin wird dargestellt, dass Rückmeldungen des IQTIG zu Hinweisen auf Probleme häufig zu lange Zeit in Anspruch nehmen und dass der Downloadbereich übersichtlicher gestaltet werden sollte.

Das IQTIG wird die Kritikpunkte prüfen und, wo nötig, Maßnahmen zur Verbesserung ergreifen oder dem G-BA vorschlagen.

## 5 Fazit

Zum Erfassungsjahr 2017 wurden nur die Indikatoren des einrichtungsbezogenen Teils des Verfahrens ausgewertet. Weiterhin wurden nur in einzelnen Bundesländern Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Begründet wurde dies in erster Linie damit, dass die Ergebnisse nicht ausreichend valide seien und damit, dass die Dokumentationsverpflichtung nicht überprüfbar ist. Die Landesgeschäftsstellen sehen aufgrund dessen große Akzeptanzprobleme bezogen auf das Verfahren bei den Leistungserbringern und schätzen den Aufwand des einrichtungsbezogenen Teils des Verfahrens im Vergleich zum erwarteten Nutzen als zu hoch ein. Weiterhin sei darauf hingewiesen, dass bis mindestens zum Erfassungsjahr 2021 weiterhin keine Prüfung der Dokumentationspflicht möglich sein wird, sodass die Datengrundlage voraussichtlich unvollständig bleiben wird.

Darüber hinaus gibt es weiteren inhaltlichen und praktikabilitätsbezogenen Anpassungsbedarf. Dieser Anpassungsbedarf hat einen Umfang angenommen, der nicht in Gänze durch das IQTIG im Rahmen des Regelbetriebes bearbeitet werden kann, sodass nach aktuellem Stand die umfangreichen Anpassungsbedarfe nicht in die Empfehlungen zur Spezifikation für das (frühestmögliche) Erfassungsjahr 2021 an den G-BA (EJ 2021) aufgenommen werden können. Dazu zählt insbesondere die Bogenumstrukturierung und die Verknüpfung von Dokumentationsbögen, aber auch inhaltliche Anpassungen in den Dokumentationsbögen. Somit wird der einrichtungsbezogene Teil des Verfahrens innerhalb der Erprobungsphase einen für den Einsatz im Regelbetrieb akzeptablen Stand sehr wahrscheinlich nicht erreichen.

Zum fallbezogenen Teil des Verfahrens zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen liegen derzeit noch keine Ergebnisse vor. Diese werden frühestens 2020 vorliegen. Dies ist laut den LAG ein Grund dafür, dass dem Verfahren ein negatives Aufwand-Nutzen-Verhältnis bescheinigt wird und dafür, dass Akzeptanzprobleme bei den Leistungserbringern bestehen. Sollten 2020 erstmals Ergebnisse vorliegen, ist eine erste Evaluierung im Unterschied zum einrichtungsbezogenen Teil des Verfahrens noch vor Ablauf der Erprobungsphase möglich.

Das IQTIG empfiehlt, mindestens die Erprobungsphase für den einrichtungsbezogenen Teil des Verfahrens zu verlängern, da bereits zum aktuellen Zeitpunkt dem IQTIG großflächige Probleme bekannt sind, die ohne eine umfangreiche Bearbeitung folgenlos in die weiteren Erfassungsjahre übernommen werden würden. Dies würde somit zu weiteren Akzeptanzverlusten bei den Leistungserbringern und den Landesarbeitsgemeinschaften führen. Um diese Probleme adäquat und vollumfänglich bearbeiten zu können, sollte überlegt werden, den einrichtungsbezogenen Teil des Verfahrens auszusetzen, bis die umfangreichen und grundlegenden Anpassungsbedarfe vollständig umgesetzt und soweit wie möglich geprüft werden konnten.

Um eine kontinuierliche Vergleichbarkeit der Daten zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen zu ermöglichen und – da hier keine großen spezifikationsbezogenen Anpassungsbedarfe bestehen – sollte der fallbezogene Teil des Verfahrens weitergeführt werden.

## Literatur

Mielke, M; Bölt, U; Geffers, C (2010): Basisdaten der stationären Krankenhausversorgung in Deutschland – nosokomiale Infektionen. *Epidemiologisches Bulletin*, Nr. 36: 359-364. URL: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/36\\_10.pdf?blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/36_10.pdf?blob=publicationFile) (abgerufen am: 15.08.2018).

NRZ [Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen] (2017): KISS Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System. Modul OP-KISS. Referenzdaten. Berechnungszeitraum: Januar 2012 bis Dezember 2016. Erstellungsdatum: 18.04.2017. Berlin: NRZ. URL: [http://www.nrz-hygiene.de/fileadmin/nrz/module/op/201201\\_201612\\_OPRef.pdf](http://www.nrz-hygiene.de/fileadmin/nrz/module/op/201201_201612_OPRef.pdf) (abgerufen am: 15.08.2018).

# Anhang 1: Ergebnisse der Qualitätssicherungsergebnisberichte

Tabelle 22: Ergebnisse zur Anzahl der rechnerisch auffälligen Standorte (EJ 2017)

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Anzahl rechnerisch auffälliger Standorte	kein Ergebniswert, da entsprechende Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind	Ergebniswert innerhalb des Referenzbereichs	Ergebniswert außerhalb des Referenzbereichs	Besonders guter Ergebniswert	Auffällig schlechter Ergebniswert	Standort über mehrere Jahre auffällig und dann nicht mehr	Anderer Grund
<b>Indikatoren ambulant operierender Leistungserbringer</b>									
Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulant (einrichtungsbezogen)									
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	42	0	785	42	0	0	0	0
1001	Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ	0	0	735	0	0	0	0	0
Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – ambulant (fallbezogen)									
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-
1502	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-
1503	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten	-	-	-	-	-	-	-	-

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Anzahl rechnerisch auffälliger Standorte	kein Ergebniswert, da entsprechende Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind	Ergebniswert innerhalb des Referenzbereichs	Ergebniswert außerhalb des Referenzbereichs	Besonders guter Ergebniswert	Auffällig schlechter Ergebniswert	Standort über mehrere Jahre auffällig und dann nicht mehr	Anderer Grund
	Operationen (Implantat-Operationen)								
<b>Indikatoren stationär operierender Leistungserbringer</b>									
Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement – stationär (einrichtungsbezogen)									
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	17	0	302	17	0	0	0	0
2001	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen	1	0	530	1	0	0	0	0
2002	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen	0	0	571	0	0	0	0	0
Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – stationär (fallbezogen)									
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Anzahl rechnerisch auffälliger Standorte	kein Ergebniswert, da entsprechende Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind	Ergebniswert innerhalb des Referenzbereichs	Ergebniswert außerhalb des Referenzbereichs	Besonders guter Ergebniswert	Auffällig schlechter Ergebniswert	Standort über mehrere Jahre auffällig und dann nicht mehr	Anderer Grund
2504	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-
2505	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>QS-Verfahren QS WI</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>2.923</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Tabelle 23: Ergebnisse der Empfehlung zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens (EJ 2017)

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Anzahl rechnerisch auffälliger Standorte	Empfehlung zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens		Empfehlung der Fachkommission zur Art des Stellungnahmeverfahrens			Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		Anzahl der Abweichungen
			Ja	Nein	Schriftliche Stellungnahme	Gespräch	Begehung	Ja	Nein	
<b>Indikatoren ambulant operierender Leistungserbringer</b>										
Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulant (einrichtungsbezogen)										
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	42	1	826	1	0	0	827	0	0
1001	Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ	0	0	735	0	0	0	735	0	0
Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – ambulant (fallbezogen)										

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Anzahl rechnerisch auffälliger Standorte	Empfehlung zur Durchführung des Stellungsnahmeverfahrens		Empfehlung der Fachkommission zur Art des Stellungsnahmeverfahrens			Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		Anzahl der Abweichungen
			Ja	Nein	Schriftliche Stellungnahme	Gespräch	Begehung	Ja	Nein	
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1502	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillinresistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1503	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillinresistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Indikatoren stationär operierender Leistungserbringer</b>										
Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement – stationär (einrichtungsbezogen)										
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	17	2	317	2	0	0	319	0	0
2001	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen	1	0	531	0	0	0	531	0	0
2002	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen	0	0	571	0	0	0	571	0	0
Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – stationär (fallbezogen)										
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Anzahl rechnerisch auffälliger Standorte	Empfehlung zur Durchführung des Stellungsnahmeverfahrens		Empfehlung der Fachkommission zur Art des Stellungsnahmeverfahrens			Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		Anzahl der Abweichungen
			Ja	Nein	Schriftliche Stellungnahme	Gespräch	Begehung	Ja	Nein	
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2504	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2505	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>QS-Verfahren QS WI</b>	<b>60</b>	<b>3</b>	<b>2.980</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2.983</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Tabelle 24: Ergebnisse zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens durch die LAG (EJ 2017)

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Durchführung des Stellungnahmeverfahrens durch LAG			LE, die an der Aufforderung zur Stellungnahme/Gesprächstermin/Begehung teilgenommen und auf das Stellungnahmeverfahren geantwortet haben		Antwort/Begründung des LE auf die Aufforderung zur Stellungnahme/Gesprächstermin/Begehung				
		Durchgeführte schriftliche Stellungnahmeverfahren)	Durchgeführte Gespräche	Durchgeführte Begehungen	Ja	Nein	0 (keine Korrekturmaßnahmen notwendig)	1 (noch keine Maßnahmen zur Behebung der Auffälligkeit bekannt)	2 (Es wurde mit Maßnahmen zur Behebung des Problems begonnen)	3 (Das Problem wurde bereits nachweisbar behoben)	9 (Sonstiges (im Kommentar erläutert))
<b>Indikatoren ambulant operierender Leistungserbringer</b>											
Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulant (einrichtungsbezogen)											
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	1	0	0	0	827	827	0	0	0	0
1001	Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ	0	0	0	0	735	735	0	0	0	0
Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – ambulant (fallbezogen)											
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1502	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Durchführung des Stellungnahmeverfahrens durch LAG			LE, die an der Aufforderung zur Stellungnahme/Gesprächstermin/Begehung teilgenommen und auf das Stellungnahmeverfahren geantwortet haben		Antwort/Begründung des LE auf die Aufforderung zur Stellungnahme/Gesprächstermin/Begehung					
		Durchgeführte schriftliche Stellungnahmeverfahren)	Durchgeführte Gespräche	Durchgeführte Begehungen	Ja	Nein	0 (keine Korrekturmaßnahmen notwendig)	1 (noch keine Maßnahmen zur Behebung der Auffälligkeit bekannt)	2 (Es wurde mit Maßnahmen zur Behebung des Problems begonnen)	3 (Das Problem wurde bereits nachweisbar behoben)	9 (Sonstiges (im Kommentar erläutert))	
1503	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Indikatoren stationär operierender Leistungserbringer</b>												
Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement – stationär (einrichtungsbezogen)												
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	2	0	0	2	317	317	0	2	0	0	0
2001	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen	0	0	0	0	531	531	0	0	0	0	0
2002	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen	0	0	0	0	571	571	0	0	0	0	0
Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – stationär (fallbezogen)												
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Durchführung des Stellungnahmeverfahrens durch LAG			LE, die an der Aufforderung zur Stellungnahme/Gesprächstermin/Begehung teilgenommen und auf das Stellungnahmeverfahren geantwortet haben		Antwort/Begründung des LE auf die Aufforderung zur Stellungnahme/Gesprächstermin/Begehung					
		Durchgeführte schriftliche Stellungnahmeverfahren)	Durchgeführte Gespräche	Durchgeführte Begehungen	Ja	Nein	0 (keine Korrekturmaßnahmen notwendig)	1 (noch keine Maßnahmen zur Behebung der Auffälligkeit bekannt)	2 (Es wurde mit Maßnahmen zur Behebung des Problems begonnen)	3 (Das Problem wurde bereits nachweisbar behoben)	9 (Sonstiges (im Kommentar erläutert))	
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2504	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2505	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>QS-Verfahren QS WI</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2.981</b>	<b>2.981</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Tabelle 25: Bewertung zur qualitativen Auffälligkeit durch die Fachkommission (EJ 2017)

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Bewertung der Fachkommission: Der Leistungserbringer ist als qualitativ auffällig einzuschätzen		Begründung der Einschätzung durch die Fachkommission								
		Ja	Nein	0 = Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)	1 = Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)	2 = Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	3 = Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	4 = Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelt Dokumentationsprobleme)	5 = Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	6 = unvollständige oder falsche Dokumentation	7 = Softwareprobleme haben falsche Dokumentation verursacht	9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)
<b>Indikatoren ambulant operierender Leistungserbringer</b>												
Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulant (einrichtungsbezogen)												
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	0	827	1	0	0	0	0	0	0	0	826
1001	Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ	0	735	0	0	0	0	0	0	0	0	735
Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – ambulant (fallbezogen)												
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1502	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Bewertung der Fachkommission: Der Leistungserbringer ist als qualitativ auffällig einzuschätzen		Begründung der Einschätzung durch die Fachkommission									
		Ja	Nein	0 = Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)	1 = Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)	2 = Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	3 = Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	4 = Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelt Dokumentationsprobleme)	5 = Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	6 = unvollständige oder falsche Dokumentation	7 = Softwareprobleme haben falsche Dokumentation verursacht	9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)	
	aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)												
1503	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Indikatoren stationär operierender Leistungserbringer</b>													
Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement – stationär (einrichtungsbezogen)													
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	0	319	0	0	28	0	28	0	0	0	0	291
2001	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen	0	531	0	0	56	0	56	0	0	0	0	475
2002	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen	0	571	0	0	0	0	0	0	0	0	0	571
Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – stationär (fallbezogen)													

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Bewertung der Fachkommission: Der Leistungserbringer ist als qualitativ auffällig einzuschätzen		Begründung der Einschätzung durch die Fachkommission									
		Ja	Nein	0 = Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)	1 = Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)	2 = Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	3 = Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	4 = Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelt Dokumentationsprobleme)	5 = Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	6 = unvollständige oder falsche Dokumentation	7 = Softwareprobleme haben falsche Dokumentation verursacht	9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)	
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2504	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Bewertung der Fachkommission: Der Leistungserbringer ist als qualitativ auffällig einzuschätzen		Begründung der Einschätzung durch die Fachkommission									
		Ja	Nein	0 = Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)	1 = Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)	2 = Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	3 = Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	4 = Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelt Dokumentationsprobleme)	5 = Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	6 = unvollständige oder falsche Dokumentation	7 = Softwareprobleme haben falsche Dokumentation verursacht	9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)	
2505	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>QS-Verfahren QS WI</b>	<b>0</b>	<b>2.983</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>84</b>	<b>0</b>	<b>84</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2.898</b>

Tabelle 26: Ergebnisse zur Anzahl der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen (EJ 2017)

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Bewertung durch Fachkommission zum Abschluss der qualitätssichernden Maßnahmen oder Einleitung der Maßnahmenstufe 1		Empfehlung zur Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen in Form von Maßnahmenstufe 1									
		Abschluss des Stellungnahmeverfahrens	Empfehlung zur Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen in Form von Maßnahmenstufe 1	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahmen			
<b>Indikatoren ambulant operierender Leistungserbringer</b>													
Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulant (einrichtungsbezogen)													
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	827	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Bewertung durch Fachkommission zum Abschluss der qualitätssichernden Maßnahmen oder Einleitung der Maßnahmenstufe 1		Empfehlung zur Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen in Form von Maßnahmenstufe 1						
		Abschluss des Stellungnahmeverfahrens	Empfehlung zur Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen in Form von Maßnahmenstufe 1	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahmen
1001	Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ	735	0	0	0	0	0	0	0	0
Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – ambulant (fallbezogen)										
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1502	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1503	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Indikatoren stationär operierender Leistungserbringer										
Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement – stationär (einrichtungsbezogen)										

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Bewertung durch Fachkommission zum Abschluss der qualitätssichernden Maßnahmen oder Einleitung der Maßnahmenstufe 1		Empfehlung zur Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen in Form von Maßnahmenstufe 1						
		Abschluss des Stellungnahmeverfahrens	Empfehlung zur Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen in Form von Maßnahmenstufe 1	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahmen
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	319	0	0	0	0	0	0	0	0
2001	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen	531	0	0	0	0	0	0	0	0
2002	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen	571	0	0	0	0	0	0	0	0
Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – stationär (fallbezogen)										
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Bewertung durch Fachkommission zum Abschluss der qualitätssichernden Maßnahmen oder Einleitung der Maßnahmenstufe 1		Empfehlung zur Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen in Form von Maßnahmenstufe 1							
		Abschluss des Stellungnahmeverfahrens	Empfehlung zur Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen in Form von Maßnahmenstufe 1	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahmen	
2504	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2505	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>QS-Verfahren QS WI</b>	<b>2.983</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Tabelle 27: Ergebnisse zur Anzahl der durchgeführten Stellungnahmen und weiterführenden Maßnahmen durch die LAG (EJ 2017)

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		LAG entscheidet, ob Durchführung des Stellungnahmeverfahrens im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen beendet wird oder nicht		Maßnahmen der Stufe 1							Ergebnis der Durchführung der Maßnahmenstufe 1 im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen		
		Ja	Nein	Abschluss des Stellungnahmeverfahrens und damit der Qualitätssicherungsmaßnahmen für LE	LAG initiiert Maßnahmen Stufe 1 für LE	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahmen	Abschluss der Maßnahmenstufe 1	Maßnahmenstufe 1 noch nicht abgeschlossen	Abschluss der Maßnahmenstufe 1 und Einleitung der Maßnahmenstufe 2
<b>Indikatoren ambulant operierender Leistungserbringer</b>															
Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulant (einrichtungsbezogen)															
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	826	1	827	0	0	0	0	0	0	0	0	827	0	0
1001	Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ	735	0	735	0	0	0	0	0	0	0	0	735	0	0
Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – ambulant (fallbezogen)															
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindicators / der Kennzahl	Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		LAG entscheidet, ob Durchführung des Stellungnahmeverfahrens im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen beendet wird oder nicht		Maßnahmen der Stufe 1							Ergebnis der Durchführung der Maßnahmenstufe 1 im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen			
		Ja	Nein	Abschluss des Stellungnahmeverfahrens und damit der Qualitätssicherungsmaßnahmen für LE	LAG initiiert Maßnahmen Stufe 1 für LE	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahmen	Abschluss der Maßnahmenstufe 1	Maßnahmenstufe 1 noch nicht abgeschlossen	Abschluss der Maßnahmenstufe 1 und Einleitung der Maßnahmenstufe 2	
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1502	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1503	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		LAG entscheidet, ob Durchführung des Stellungnahmeverfahrens im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen beendet wird oder nicht		Maßnahmen der Stufe 1							Ergebnis der Durchführung der Maßnahmenstufe 1 im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen		
		Ja	Nein	Abschluss des Stellungnahmeverfahrens und damit der Qualitätssicherungsmaßnahmen für LE	LAG initiiert Maßnahmen Stufe 1 für LE	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahmen	Abschluss der Maßnahmenstufe 1	Maßnahmenstufe 1 noch nicht abgeschlossen	Abschluss der Maßnahmenstufe 1 und Einleitung der Maßnahmenstufe 2
<b>Indikatoren stationär operierender Leistungserbringer</b>															
Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement – stationär (einrichtungsbezogen)															
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	319	0	319	0	0	0	0	0	0	0	0	319	0	0
2001	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen	531	0	531	0	0	0	0	0	0	0	0	531	0	0
2002	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen	571	0	571	0	0	0	0	0	0	0	0	571	0	0
Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – stationär (fallbezogen)															
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		LAG entscheidet, ob Durchführung des Stellungnahmeverfahrens im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen beendet wird oder nicht		Maßnahmen der Stufe 1							Ergebnis der Durchführung der Maßnahmenstufe 1 im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen			
		Ja	Nein	Abschluss des Stellungnahmeverfahrens und damit der Qualitätssicherungsmaßnahmen für LE	LAG initiiert Maßnahmen Stufe 1 für LE	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahmen	Abschluss der Maßnahmenstufe 1	Maßnahmenstufe 1 noch nicht abgeschlossen	Abschluss der Maßnahmenstufe 1 und Einleitung der Maßnahmenstufe 2	
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2504	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindicators / der Kennzahl	Die LAG folgt der Empfehlung der Fachkommission		LAG entscheidet, ob Durchführung des Stellungnahmeverfahrens im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen beendet wird oder nicht		Maßnahmen der Stufe 1							Ergebnis der Durchführung der Maßnahmenstufe 1 im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen			
		Ja	Nein	Abschluss des Stellungnahmeverfahrens und damit der Qualitätssicherungsmaßnahmen für LE	LAG initiiert Maßnahmen Stufe 1 für LE	Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstige Maßnahmen	Abschluss der Maßnahmenstufe 1	Maßnahmenstufe 1 noch nicht abgeschlossen	Abschluss der Maßnahmenstufe 1 und Einleitung der Maßnahmenstufe 2	
	Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)															
2505	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>QS-Verfahren QS WI</b>	<b>2.982</b>	<b>1</b>	<b>2.983</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2.983</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	

Tabelle 28: Ergebnisse zur Anzahl rechnerisch und qualitativ auffälliger Leistungserbringer (EJ 2017)

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindicators / der Kennzahl	Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten	Anzahl qualitativer Auffälligkeiten	Anzahl nicht qualitativer Auffälligkeiten
<b>Indikatoren ambulant operierender Leistungserbringer</b>				
Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulant (einrichtungsbezogen)				
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	42	0	42
1001	Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ	0	0	0

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten	Anzahl qualitativer Auffälligkeiten	Anzahl nicht qualitativer Auffälligkeiten
<b>Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – ambulant (fallbezogen)</b>				
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-
1502	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-
1503	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-
<b>Indikatoren stationär operierender Leistungserbringer</b>				
<b>Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement – stationär (einrichtungsbezogen)</b>				
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	17	0	17
2001	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen	1	0	1
2002	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen	0	0	0
<b>Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen – stationär (fallbezogen)</b>				
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-

QI-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten	Anzahl qualitativer Auffälligkeiten	Anzahl nicht qualitativer Auffälligkeiten
2504	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	-	-	-
2505	Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>QS-Verfahren QS WI</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>60</b>

## **Anhang 2: Ergebnisse der Bundesauswertung**



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# **Ergebnisse der Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement zum Erfas- sungsjahr 2018**

QS-Verfahren QS WI

Stand: 28.06.2019

---

# Impressum

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

Telefax: (030) 58 58 26-999

[info@iqtig.org](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

1	Datengrundlage .....	4
2	1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Leistungserbringer.....	5
3	Kennzahlen zum QI 1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Leistungserbringer 7	
4	Histogramme zu den Kennzahlen zum QI 1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Leistungserbringer.....	10
5	2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Leistungserbringer.....	22
6	Kennzahlen zum QI 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Leistungserbringer 24	
7	Histogramme zu den Kennzahlen zum QI 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Leistungserbringer.....	26
8	Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ.....	31
9	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen .....	32
10	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen 33	

# 1 Datengrundlage

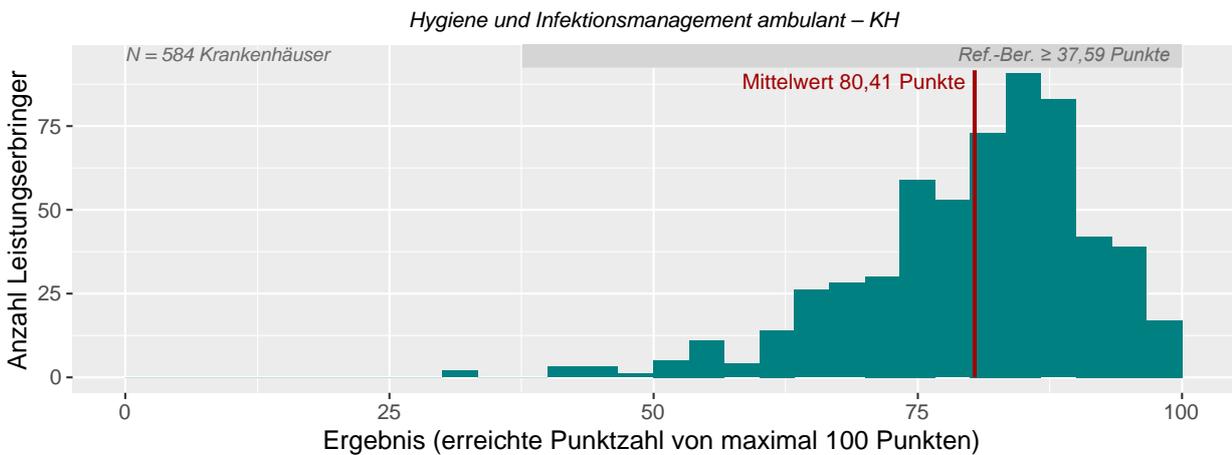
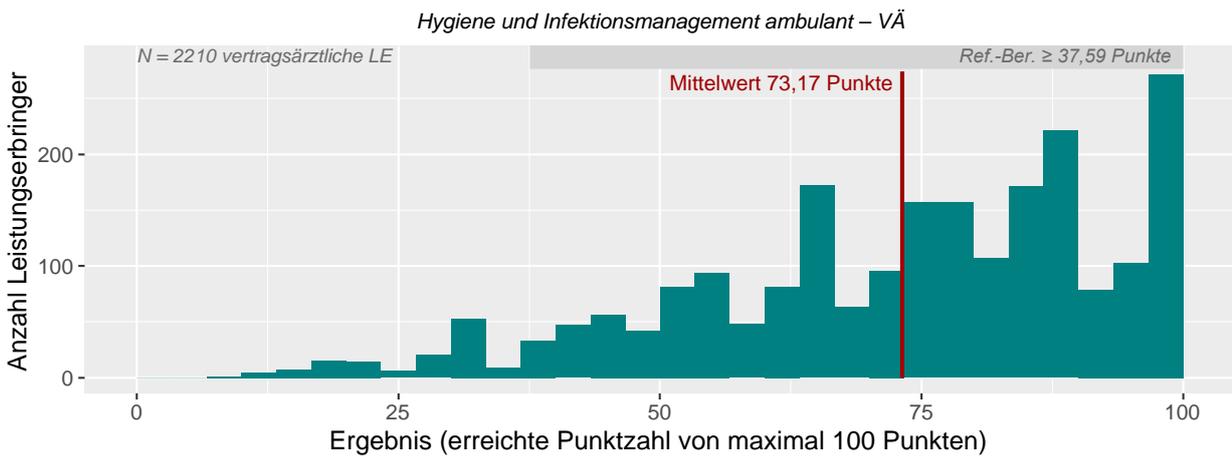
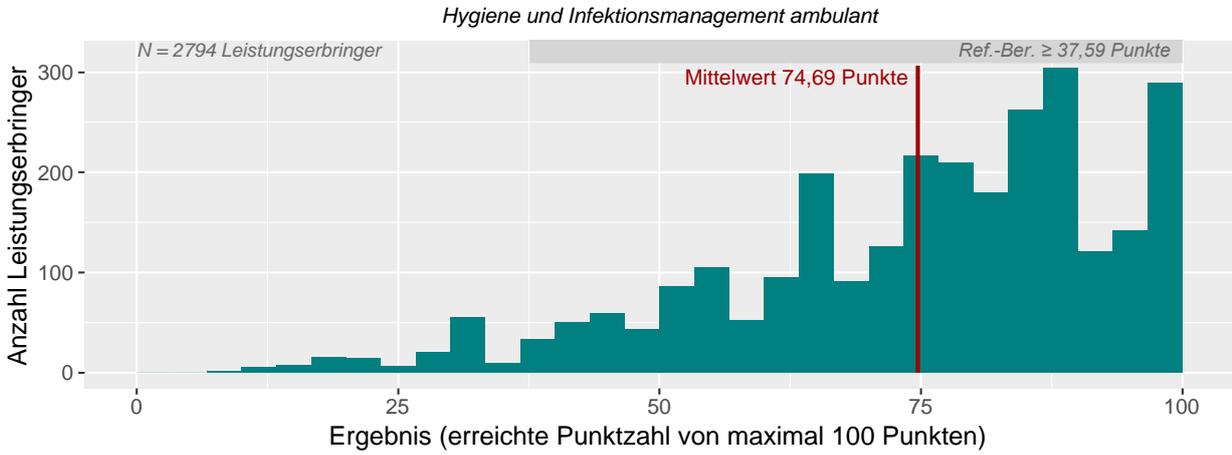
2017	Krankenhäuser	Belegärzte	Praxen/MVZ
NWIEA	595	-	2077
NWIES	977	292	-

2018	Krankenhäuser	Belegärzte	Praxen/MVZ
NWIEA	584	-	2210
NWIES	922	6 (ausgesetzt)	-

## 2 1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Leistungserbringer

		2017	2018		
ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Ergebnis	Referenzbereich	Ergebnis	auffällig (rechnerisch)
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	71,54 %	37,59 % (5. Perzentil)	74,69 %	139

### 3 Histogramme zum QI 1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Leistungserbringer, Ergebnisse des Jahres 2018



## 4 Kennzahlen zum QI 1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Leistungserbringer

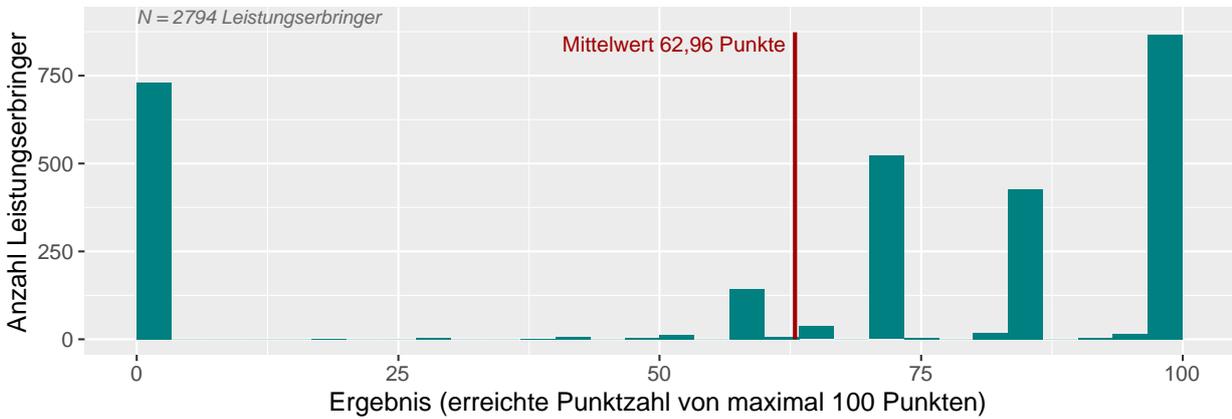
Kennzahl (Ausgegraute Kennzahlen gehen nicht in die Berechnung des Indikators ein)	Jahr	Sektor	LE gesamt	Ergebnis (max. 100 Punkte je Kennzahl)
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur periop. Antibiotikaprohylaxe	2017	Gesamt	2672	58,41
		Praxen/MVZ	2077	54,47
		Krankenhäuser	595	72,16
	2018	Gesamt	2794	62,96
		Praxen/MVZ	2210	58,88
		Krankenhäuser	584	78,38
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	2017	Gesamt	2672	61,42
		Praxen/MVZ	2077	57,56
		Krankenhäuser	595	74,87
	2018	Gesamt	2794	66,33
		Praxen/MVZ	2210	62,56
		Krankenhäuser	584	80,61
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	2017	Gesamt	2672	62,45
		Praxen/MVZ	2077	55,65
		Krankenhäuser	595	86,22
	2018	Gesamt	2794	67,54
		Praxen/MVZ	2210	61,18
		Krankenhäuser	584	91,61
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	2017	Gesamt	2672	88,11
		Praxen/MVZ	2077	86,33
		Krankenhäuser	595	94,34
	2018	Gesamt	2794	90,99
		Praxen/MVZ	2210	89,59
		Krankenhäuser	584	96,30

Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	2017	Gesamt	2672	90,01
		Praxen/MVZ	2077	89,47
		Krankenhäuser	595	91,92
	2018	Gesamt	2794	92,75
		Praxen/MVZ	2210	91,96
		Krankenhäuser	584	95,73
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	2017	Gesamt	2672	82,84
		Praxen/MVZ	2077	82,35
		Krankenhäuser	595	84,53
	2018	Gesamt	2794	85,68
		Praxen/MVZ	2210	84,89
		Krankenhäuser	584	88,65
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	2017	Gesamt	2672	44,88
		Praxen/MVZ	2077	51,46
		Krankenhäuser	595	21,90
	2018	Gesamt	2794	45,36
		Praxen/MVZ	2210	51,34
		Krankenhäuser	584	22,74
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	2017	Gesamt	2672	69,81
		Praxen/MVZ	2077	69,66
		Krankenhäuser	595	70,25
	2018	Gesamt	2794	71,85
		Praxen/MVZ	2210	71,59
		Krankenhäuser	584	72,65
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	2017	Gesamt	2672	83,32
		Praxen/MVZ	2077	79,46
		Krankenhäuser	595	96,81
	2018	Gesamt	2794	84,32
		Praxen/MVZ	2210	80,68
		Krankenhäuser	584	98,12

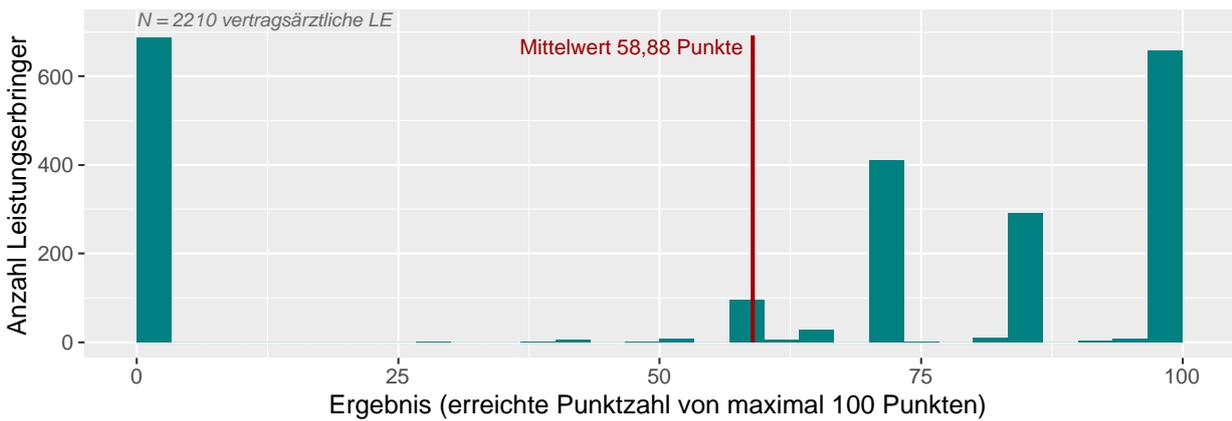
Entwicklung eines Konzepts zum Überleitungsmanagement	2017	Gesamt	2672	72,43
		Praxen/MVZ	2077	75,38
		Krankenhäuser	595	62,15
	2018	Gesamt	2794	76,26
		Praxen/MVZ	2210	77,50
		Krankenhäuser	584	71,58
Durchführung von Compliance-Überprüfungen	2017	Gesamt	2672	45,41
		Praxen/MVZ	2077	45,62
		Krankenhäuser	595	44,68
	2018	Gesamt	2794	48,03
		Praxen/MVZ	2210	48,36
		Krankenhäuser	584	46,77
Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene	2017	Gesamt	2672	57,68
		Praxen/MVZ	2077	54,16
		Krankenhäuser	595	69,97
	2018	Gesamt	2794	61,38
		Praxen/MVZ	2210	57,65
		Krankenhäuser	584	75,49

## 5 Histogramme zu den Kennzahlen zum QI 1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Leistungserbringer

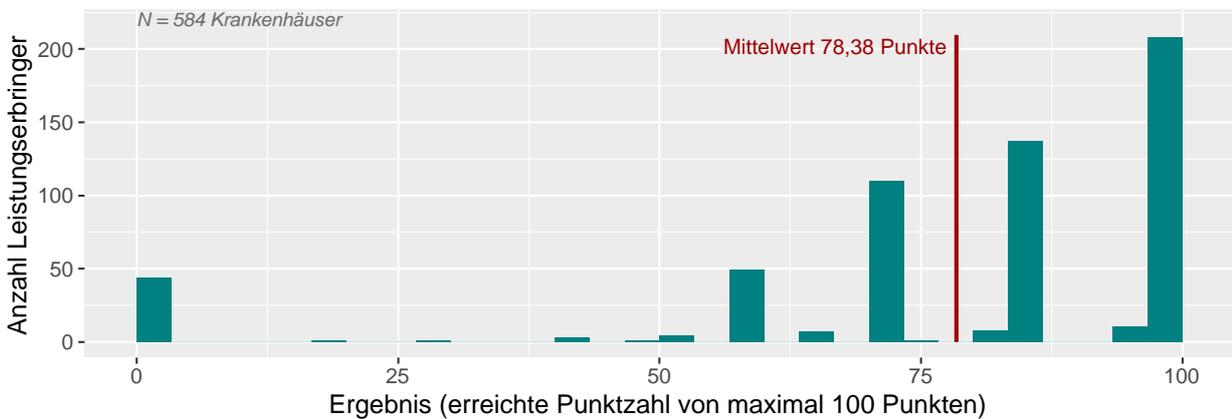
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur periop. Antibiotikaprohylaxe



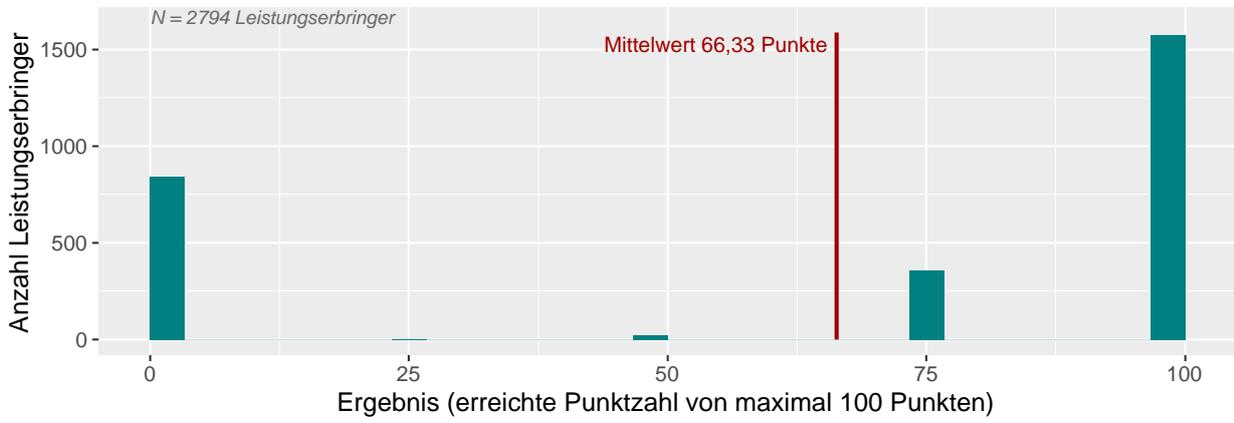
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur periop. Antibiotikaprohylaxe – VÄ



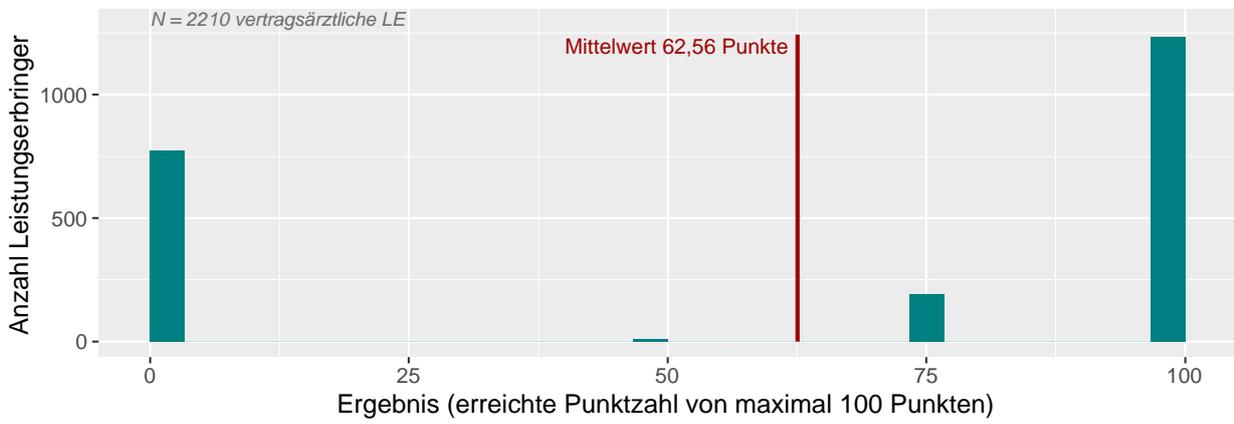
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur periop. Antibiotikaprohylaxe – KH



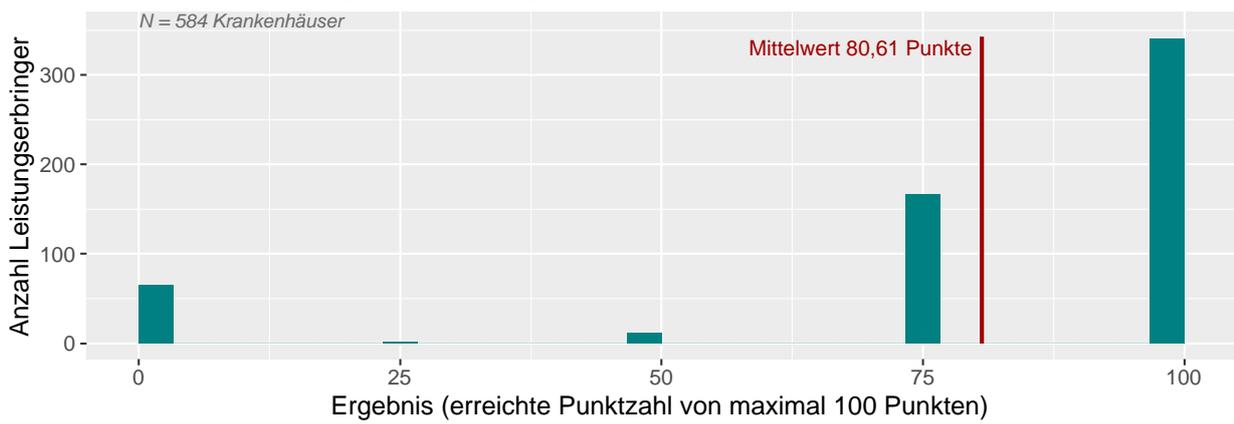
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie

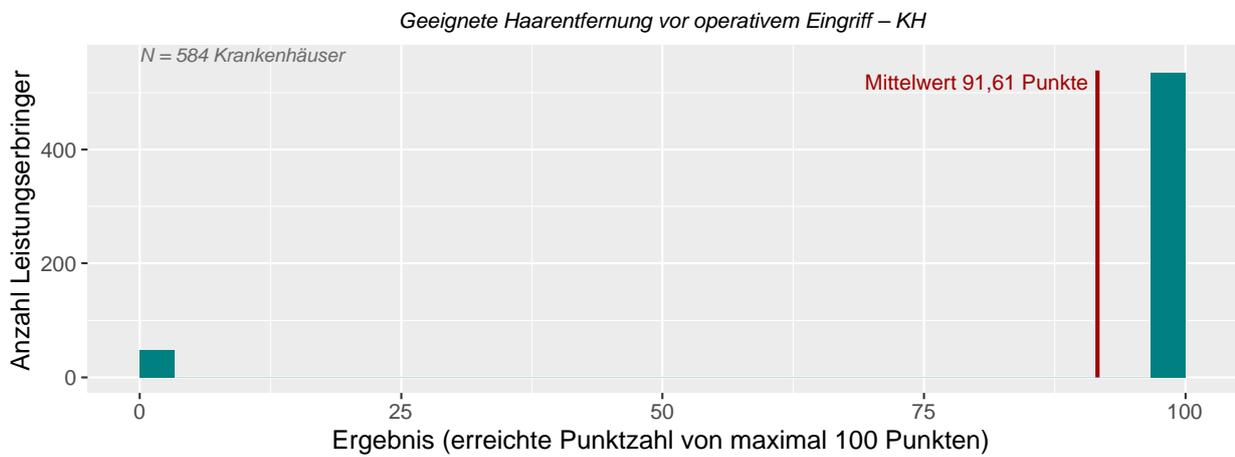
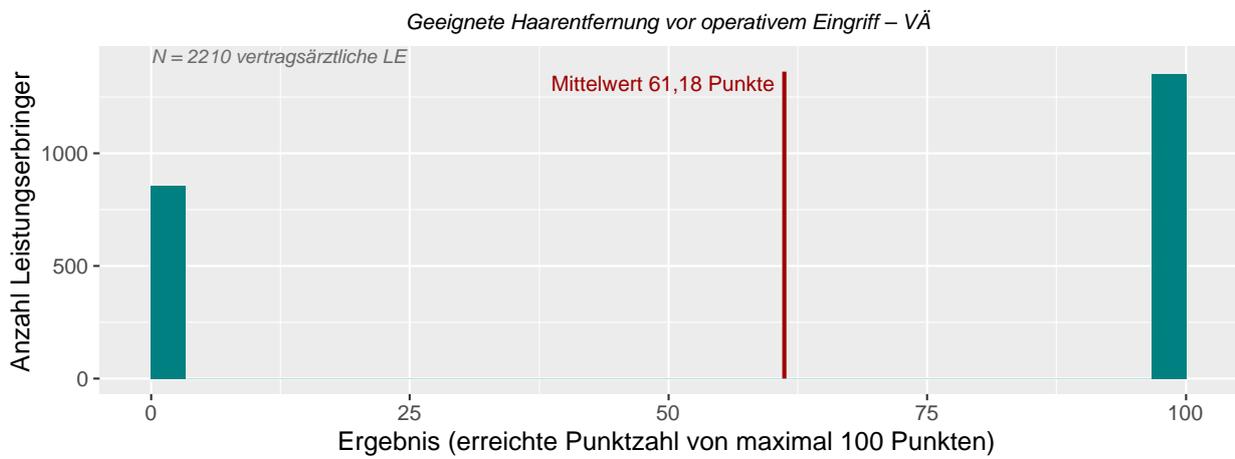
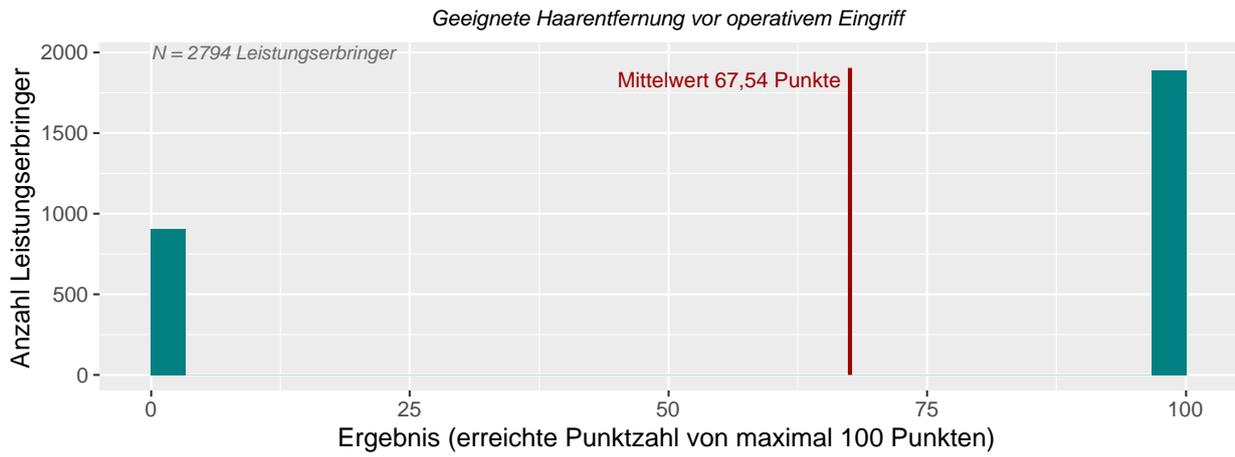


Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie – VÄ

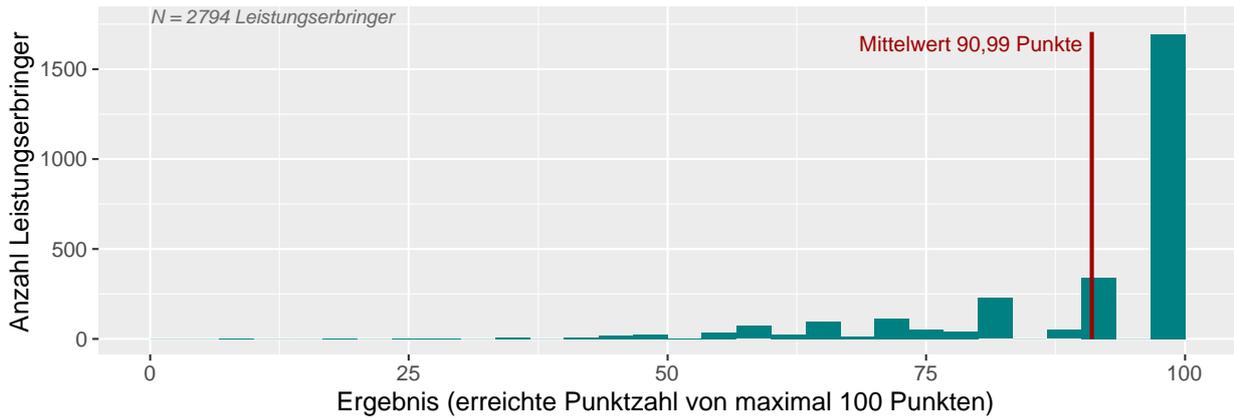


Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie – KH

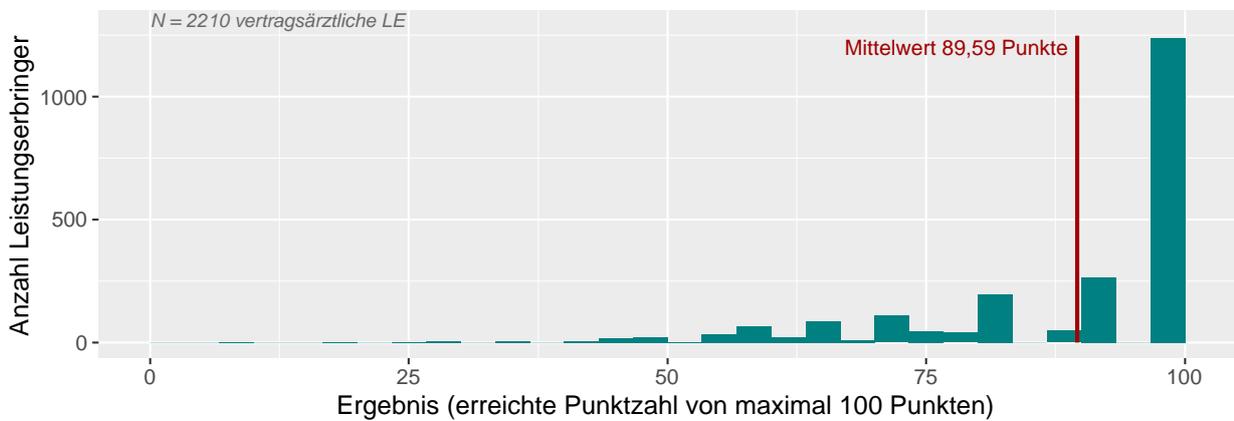




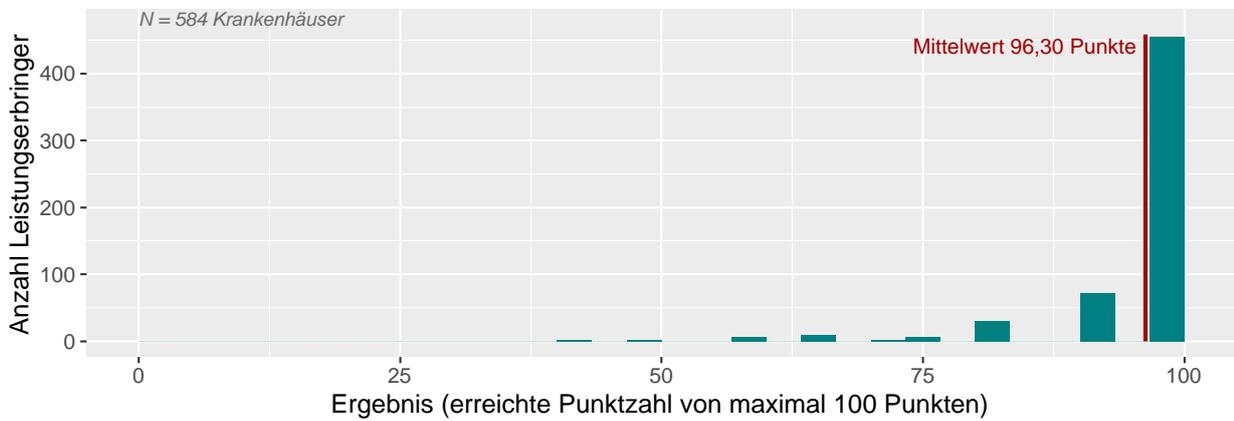
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien



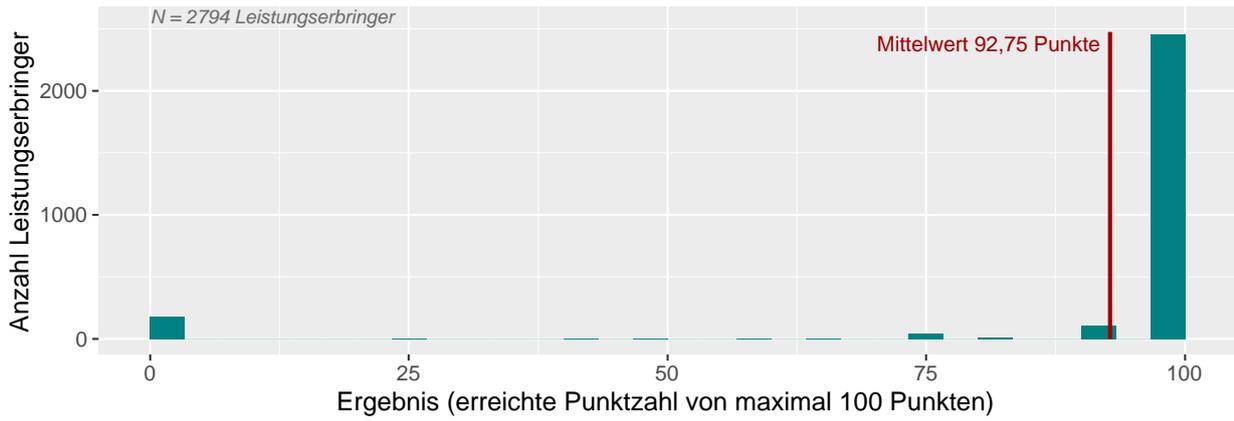
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien – VÄ



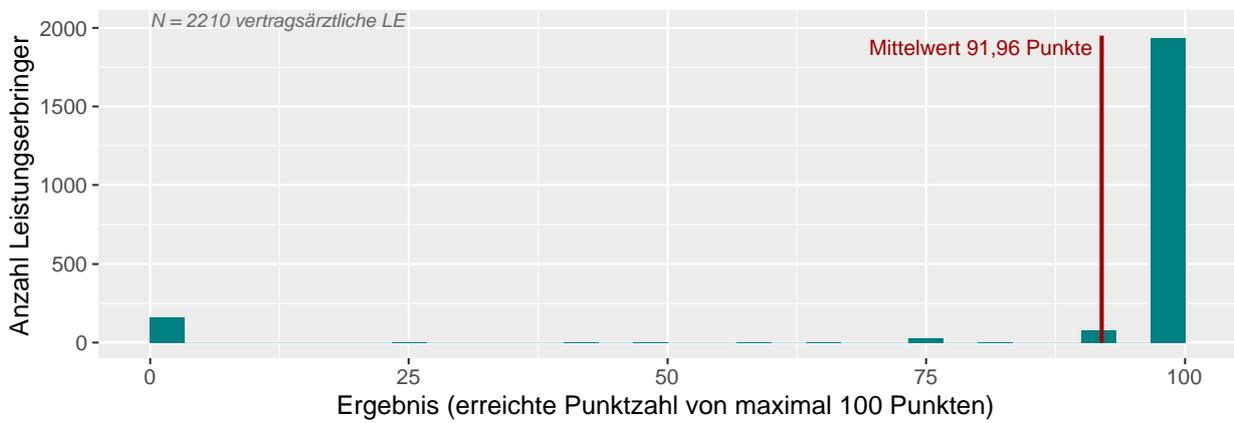
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien – KH



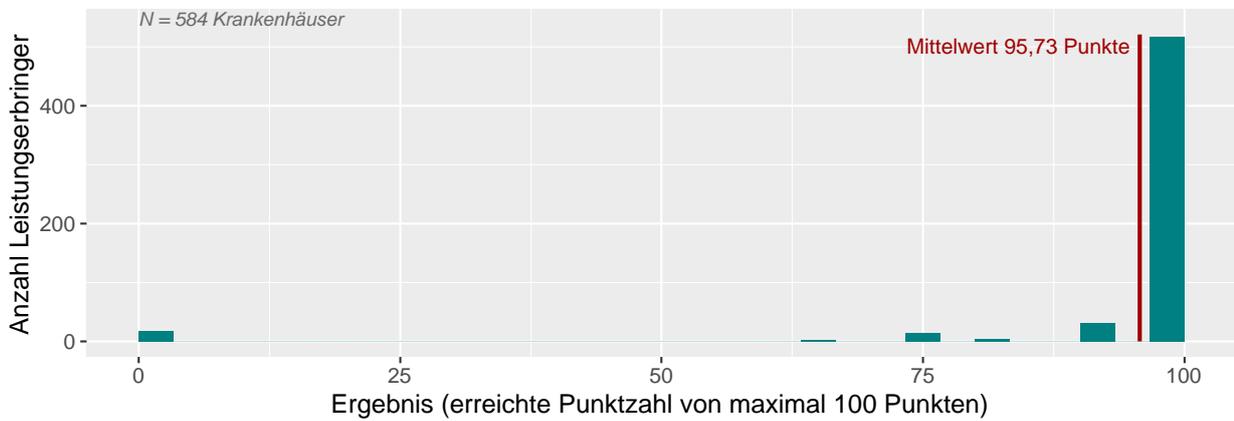
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes

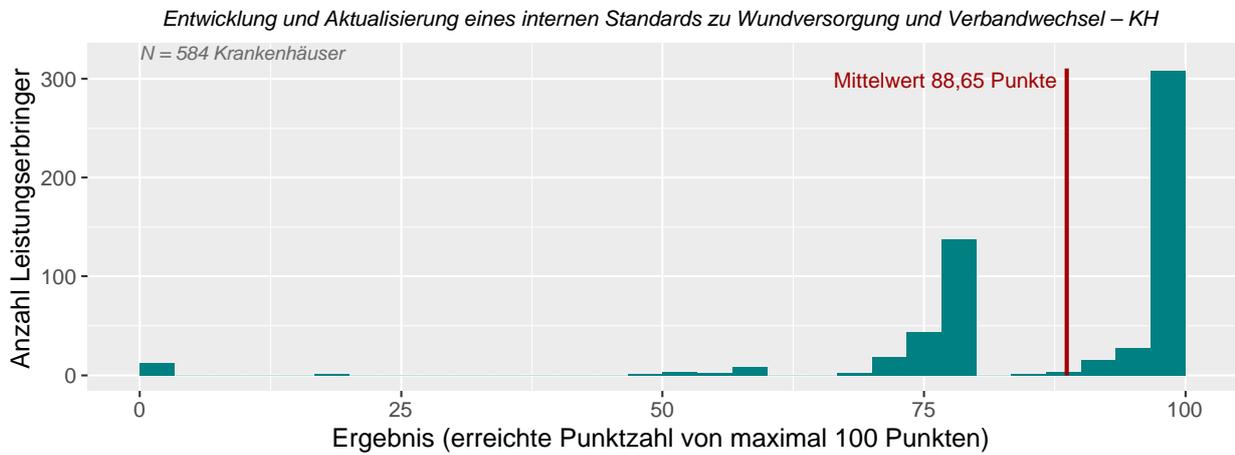
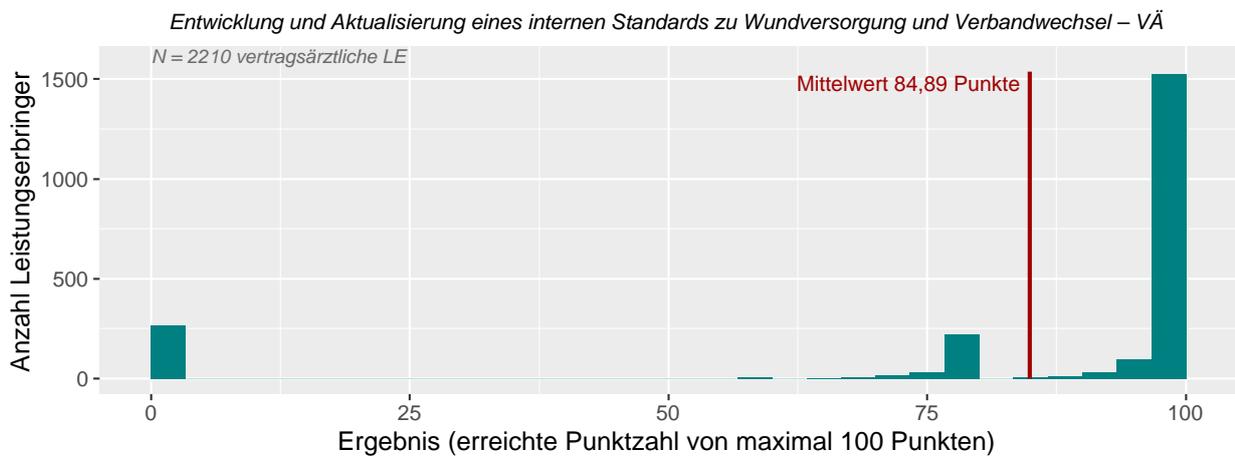
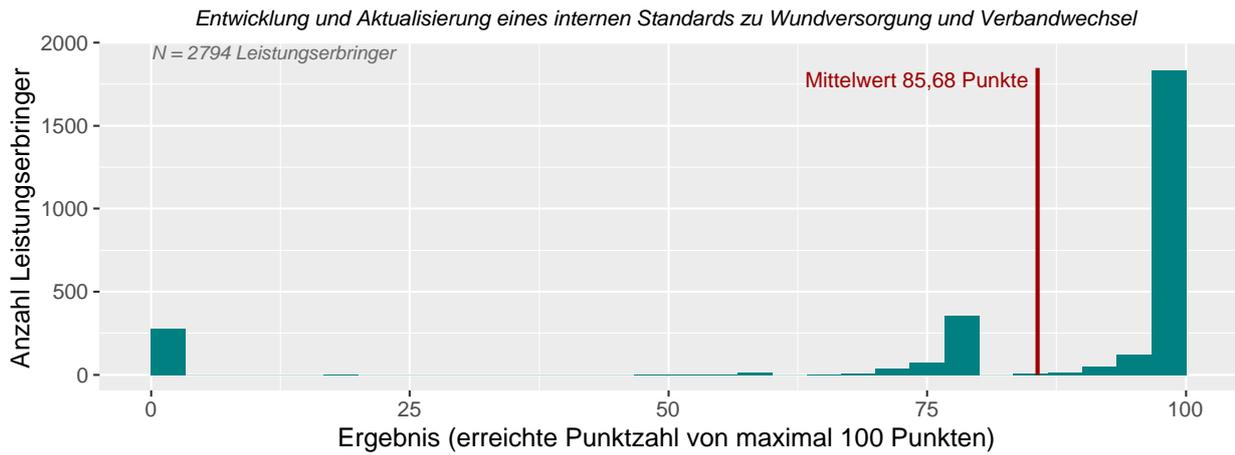


Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes – VÄ

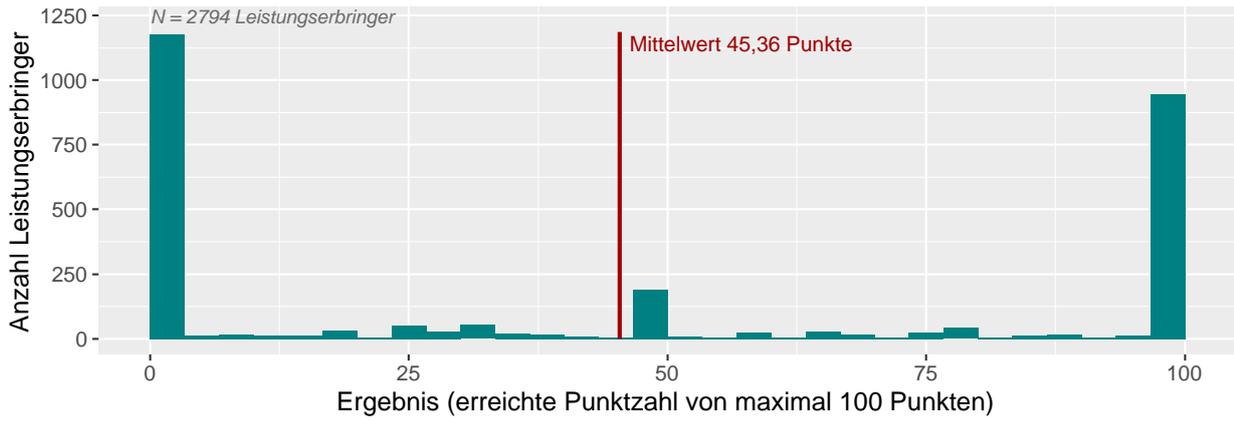


Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes – KH

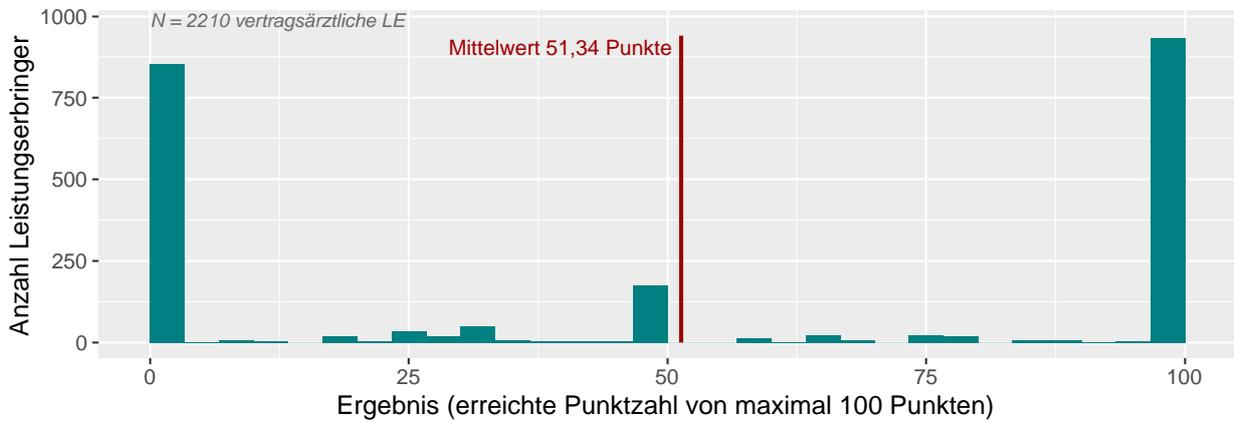




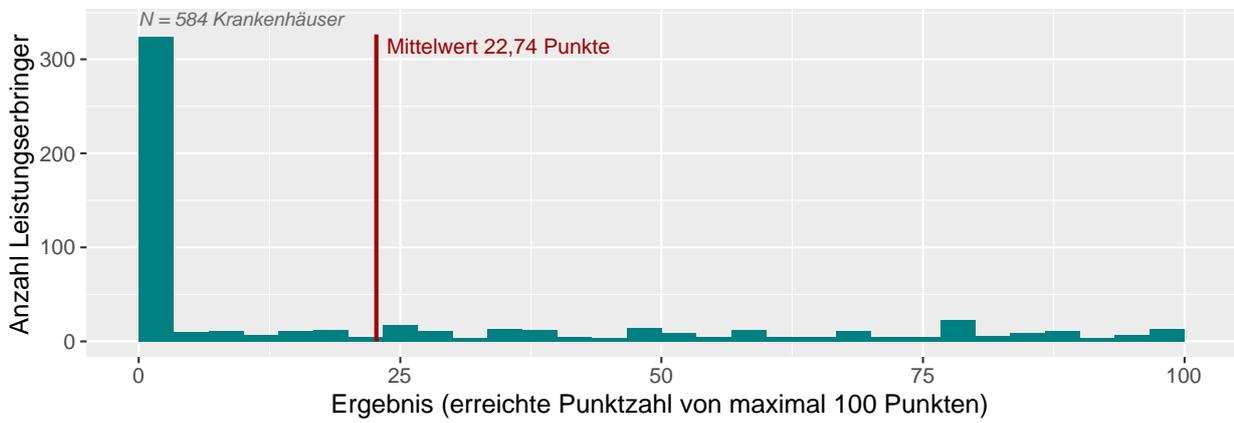
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie

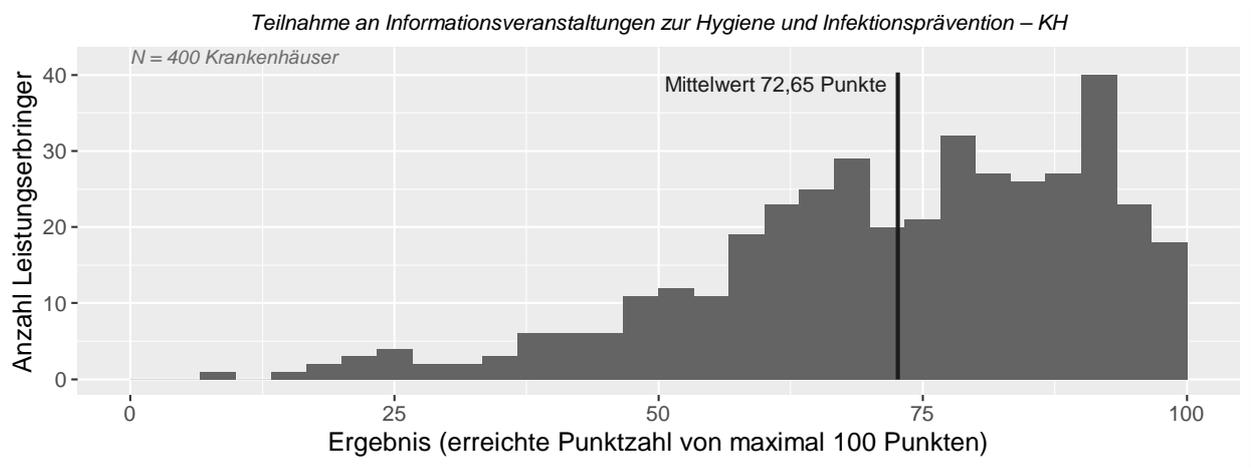
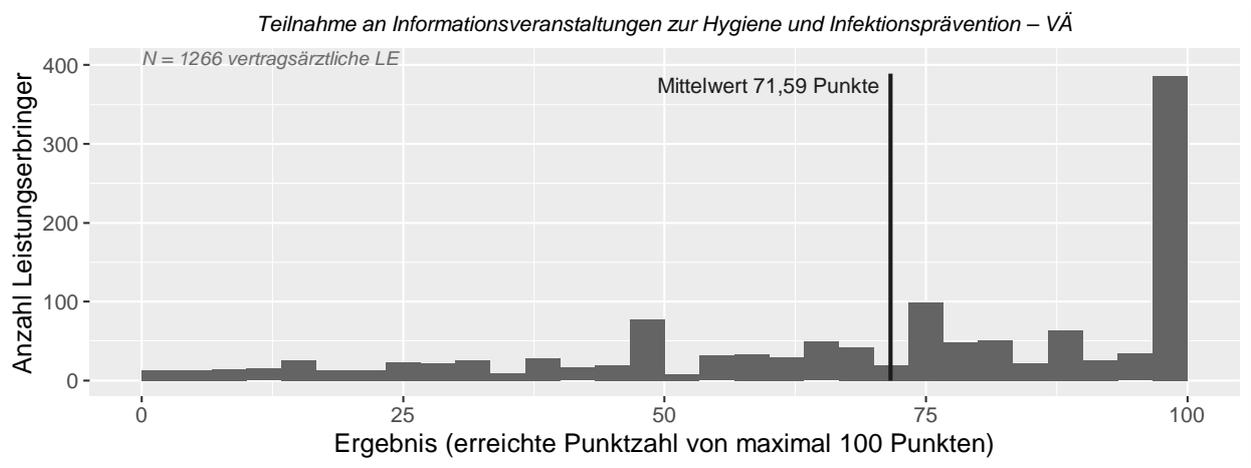
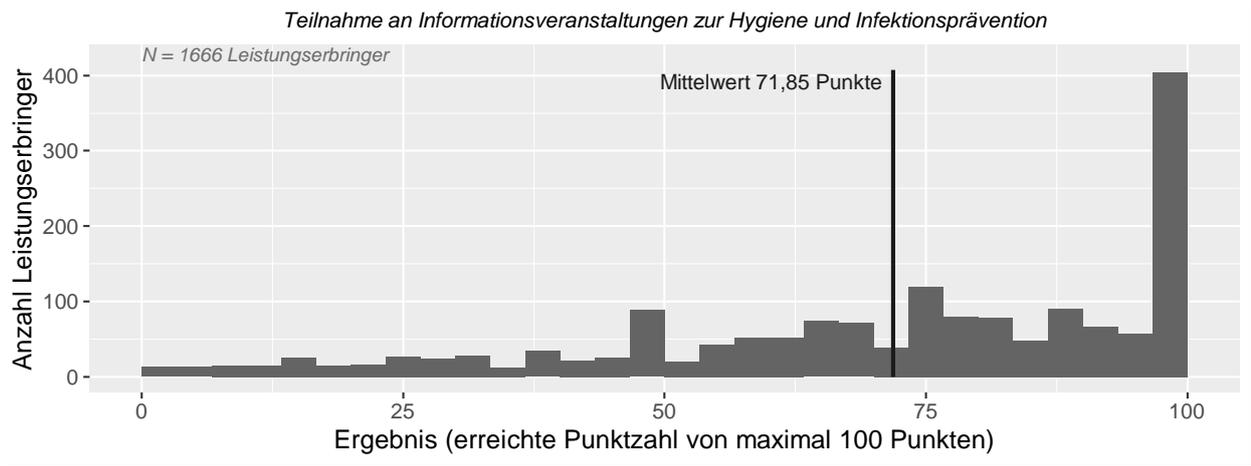


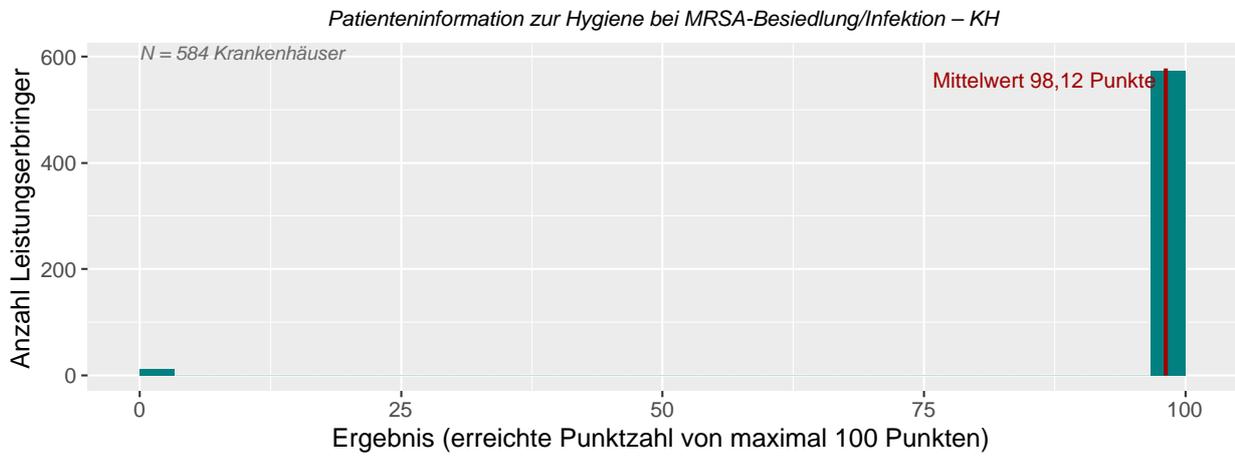
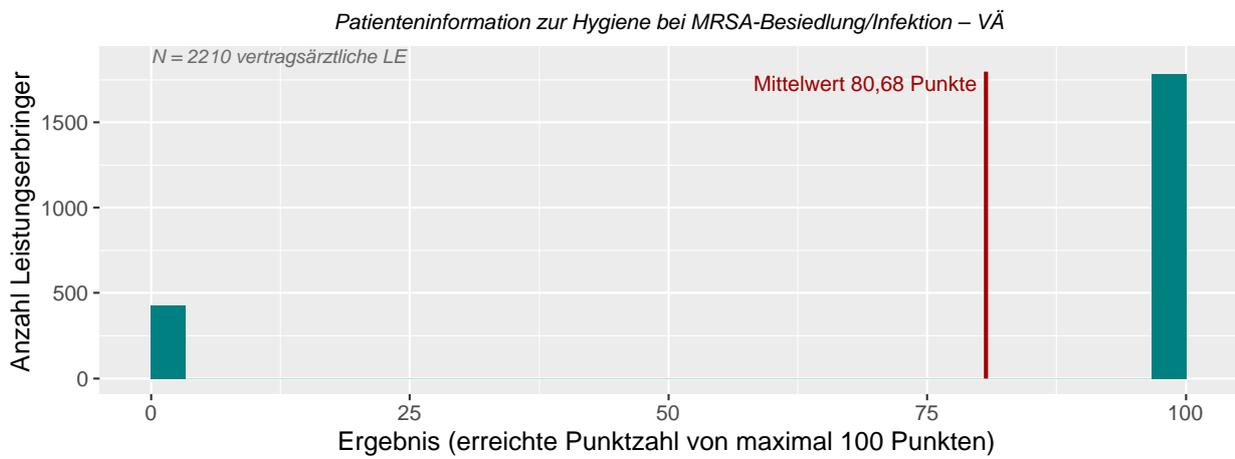
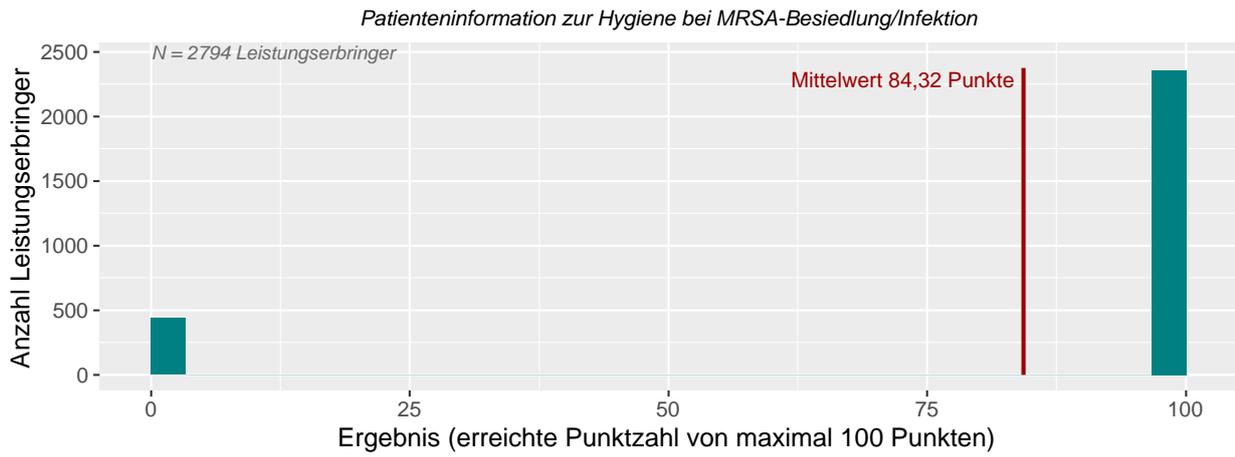
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie – VÄ



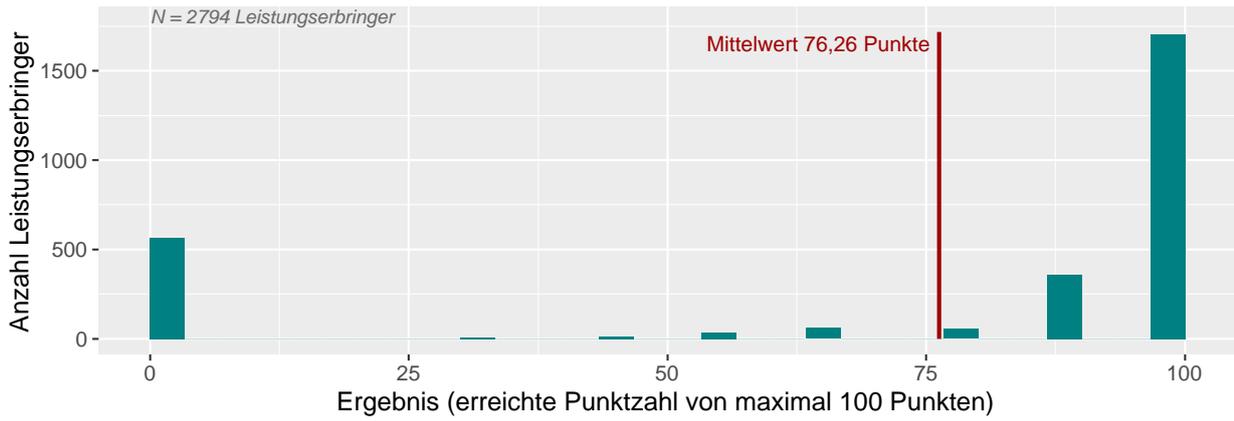
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie – KH



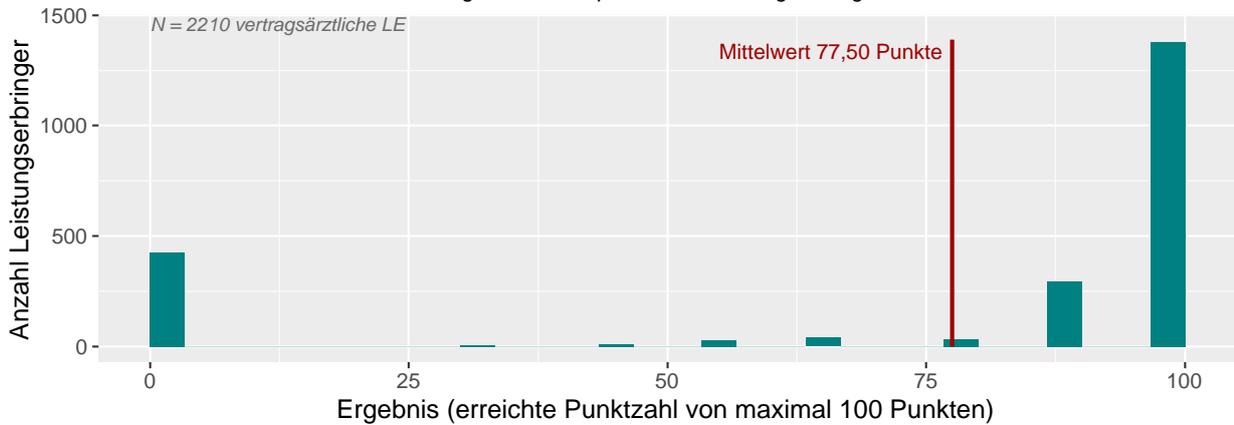




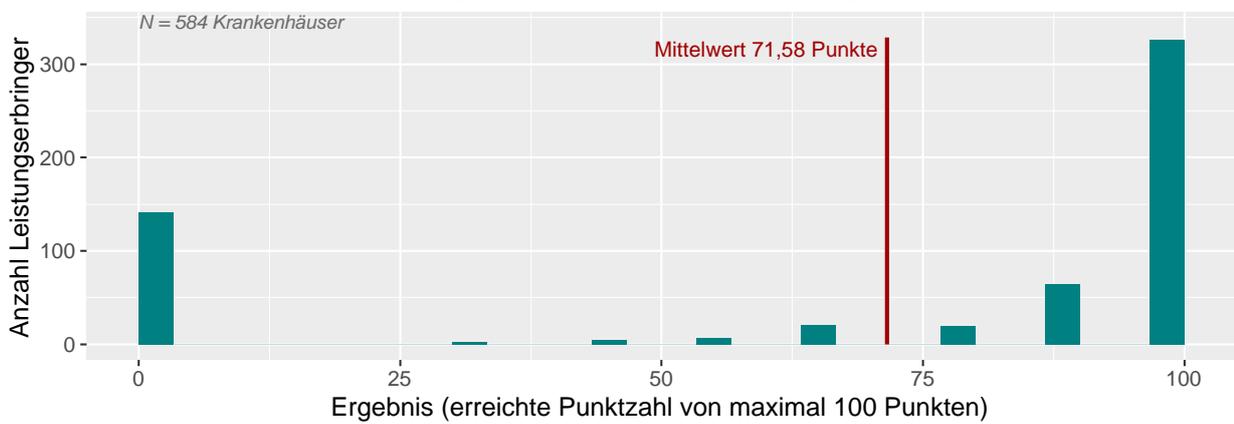
Entwicklung eines Konzepts zum Überleitungsmanagement

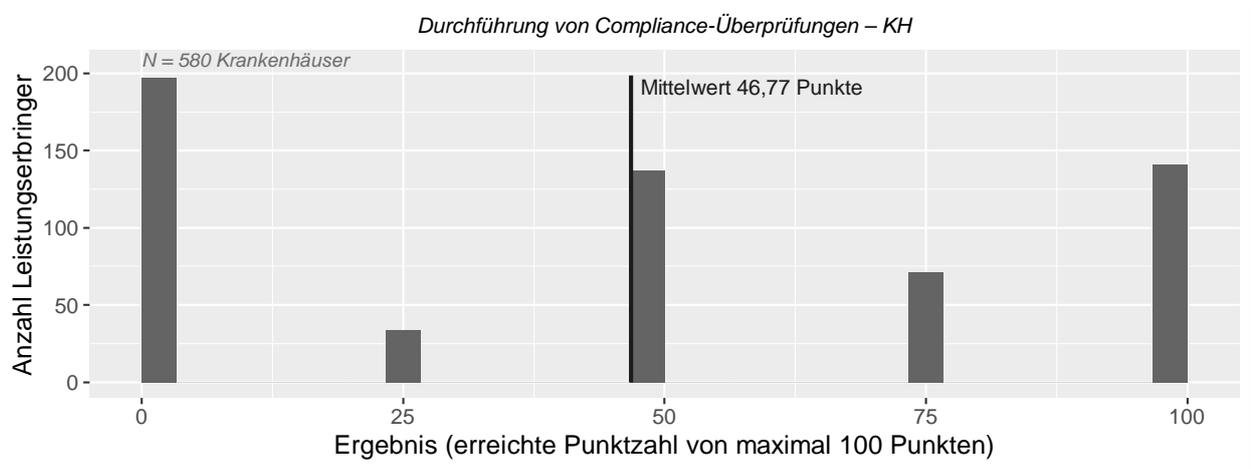
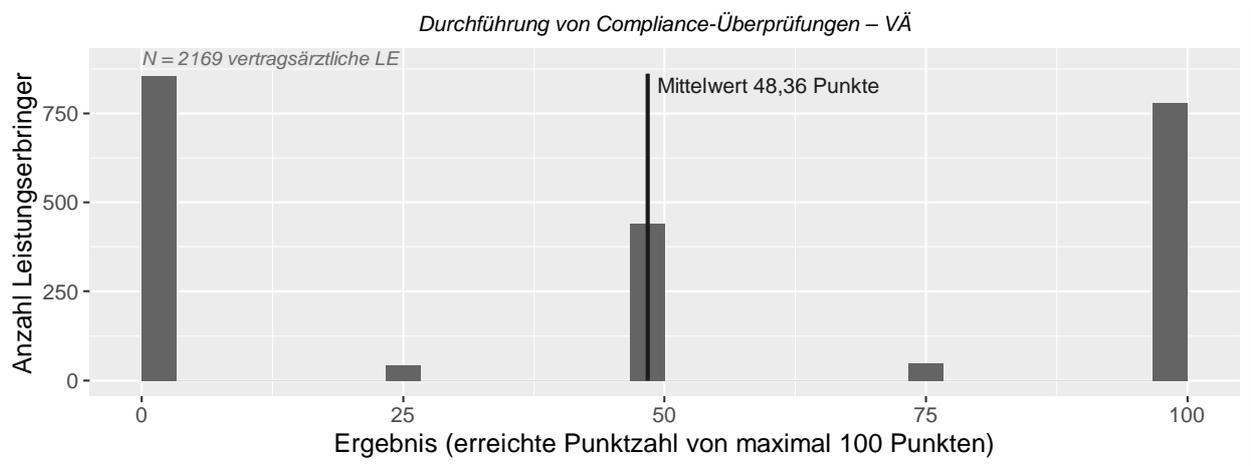
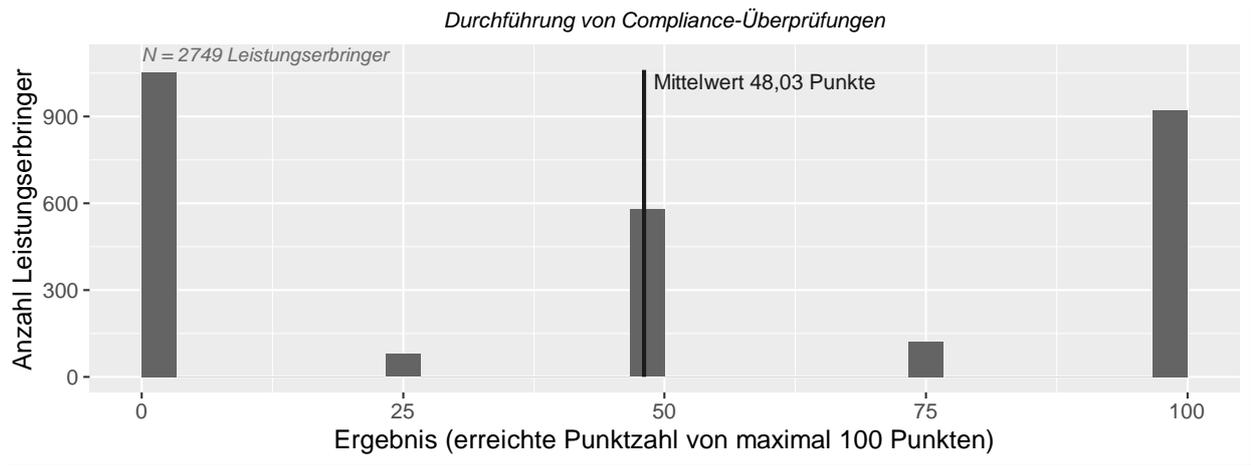


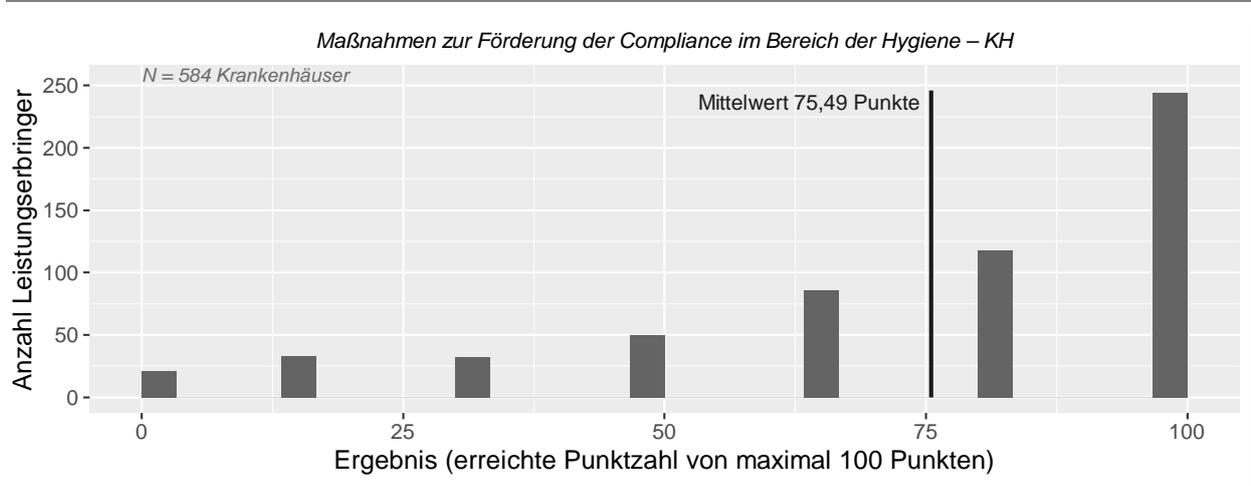
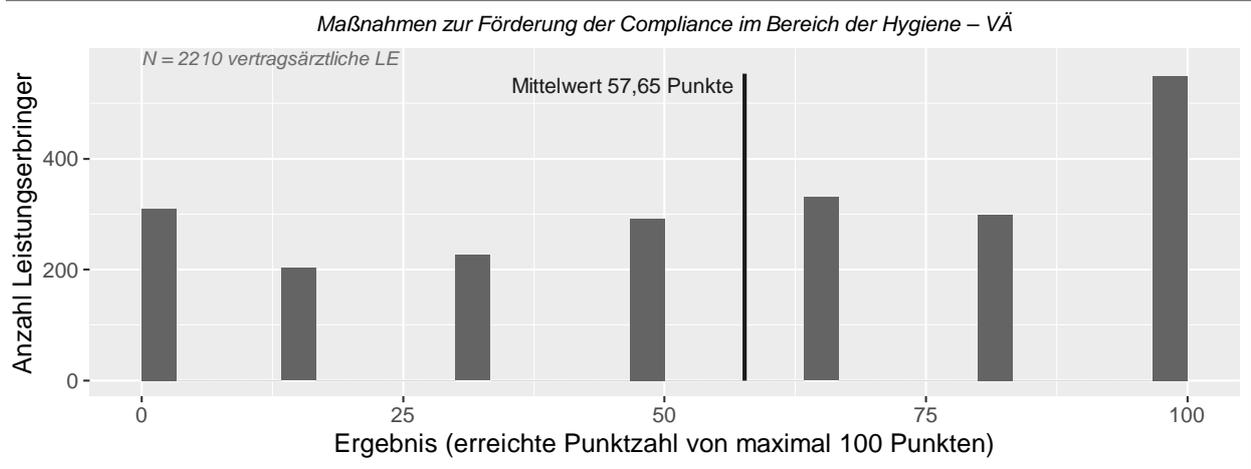
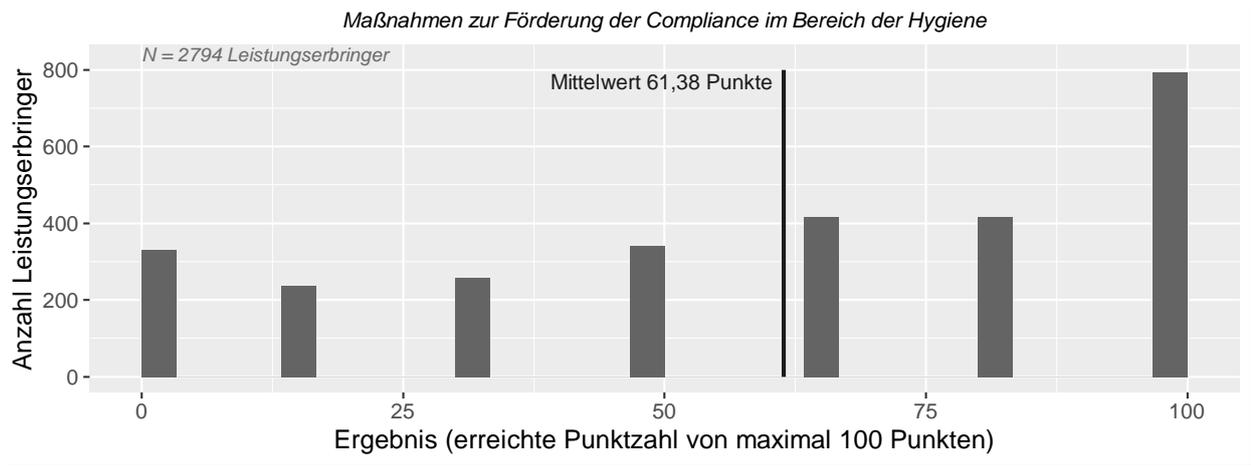
Entwicklung eines Konzepts zum Überleitungsmanagement – VÄ



Entwicklung eines Konzepts zum Überleitungsmanagement – KH

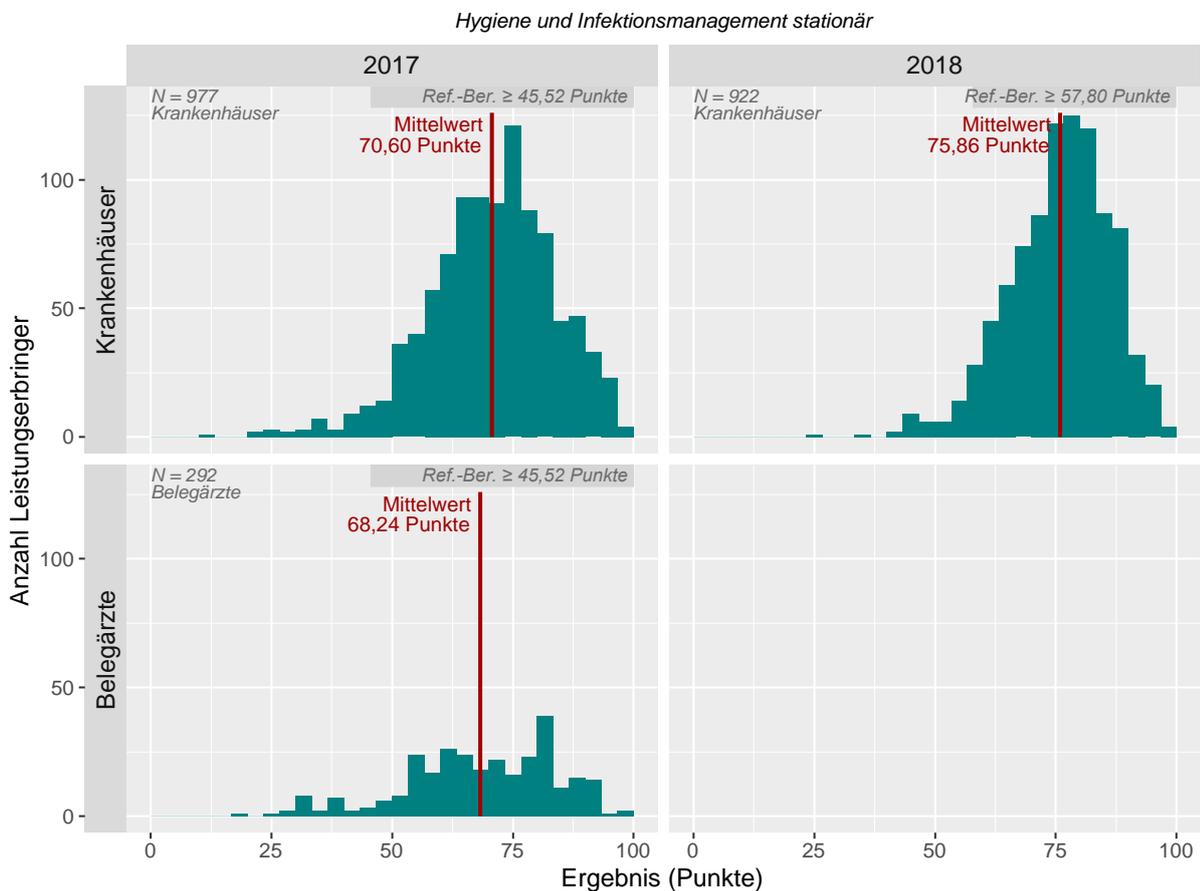




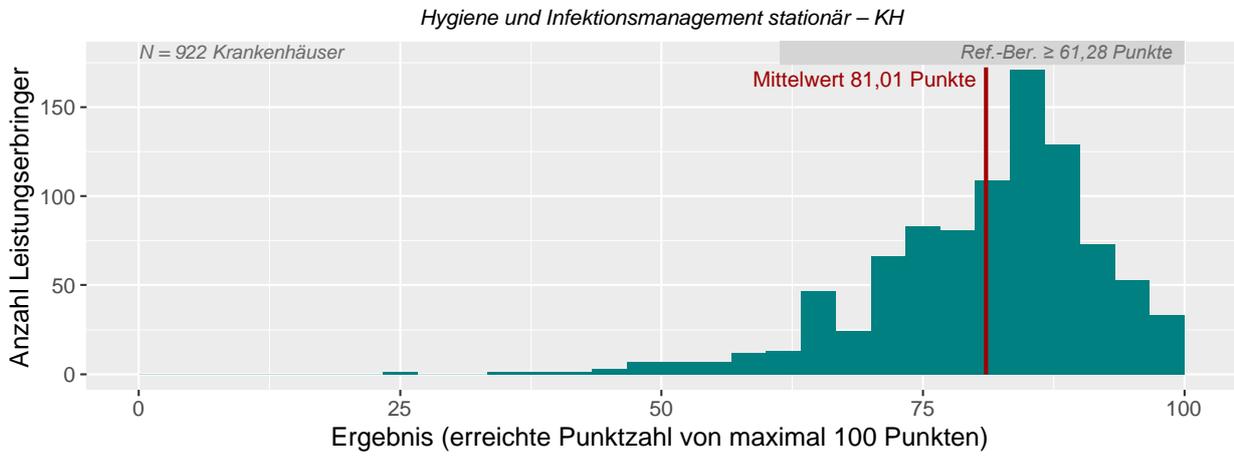


## 6 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Leistungserbringer

ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	2017	2018		
		Ergebnis	Referenzbereich	Ergebnis	Auffällig (rechnerisch)
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	76,59 %	≥ 61,28 % (5. Perzentil)	81,01 %	46



## 7 Histogramm zum QI 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – Krankenhäuser, Ergebnisse des Jahre 2018



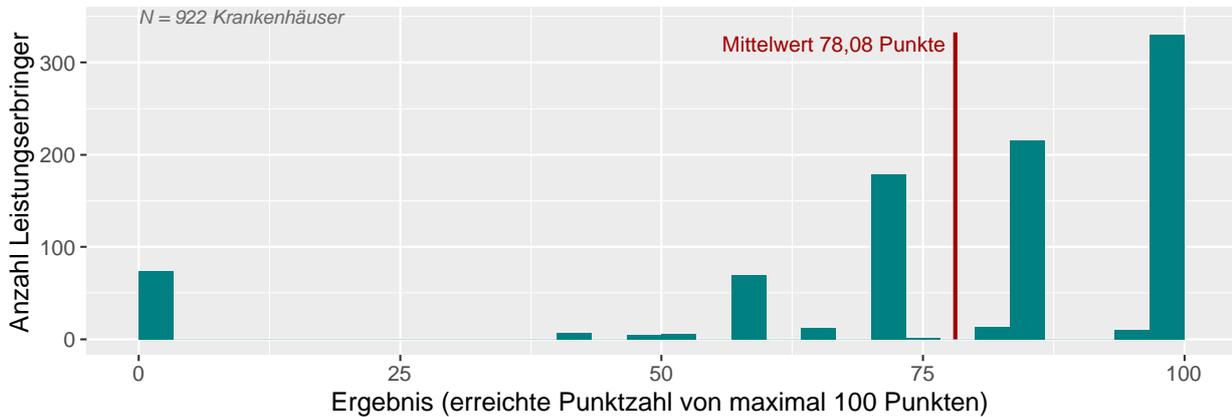
## 8 Kennzahlen zum QI 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Leistungserbringer

Kennzahl (Ausgegraute Kennzahlen gehen nicht in die Berechnung des Indikators ein)	Jahr	Sektor	LE gesamt	Ergebnis (max. 100 Punkte pro Kennzahl)
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur periop. Antibiotikaprohylaxe	2017	Krankenhäuser	977	72,19
	2018	Krankenhäuser	922	78,08
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	2017	Krankenhäuser	977	74,92
	2018	Krankenhäuser	922	81,45
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	2017	Krankenhäuser	977	80,86
	2018	Krankenhäuser	922	88,18
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	2017	Krankenhäuser	977	95,16
	2018	Krankenhäuser	922	96,26
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	2017	Krankenhäuser	977	91,82
	2018	Krankenhäuser	922	95,13
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	2017	Krankenhäuser	977	85,29
	2018	Krankenhäuser	922	88,84
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	2017	Krankenhäuser	977	24,46
	2018	Krankenhäuser	922	23,44
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	2017	Krankenhäuser	977	71,11
	2018	Krankenhäuser	922	73,31
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	2017	Krankenhäuser	977	96,93
	2018	Krankenhäuser	922	98,37
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement	2017	Krankenhäuser	977	67,64
	2018	Krankenhäuser	922	79,33
Durchführung von Compliance-Überprüfungen	2017	Krankenhäuser	977	37,05
	2018	Krankenhäuser	922	41,24

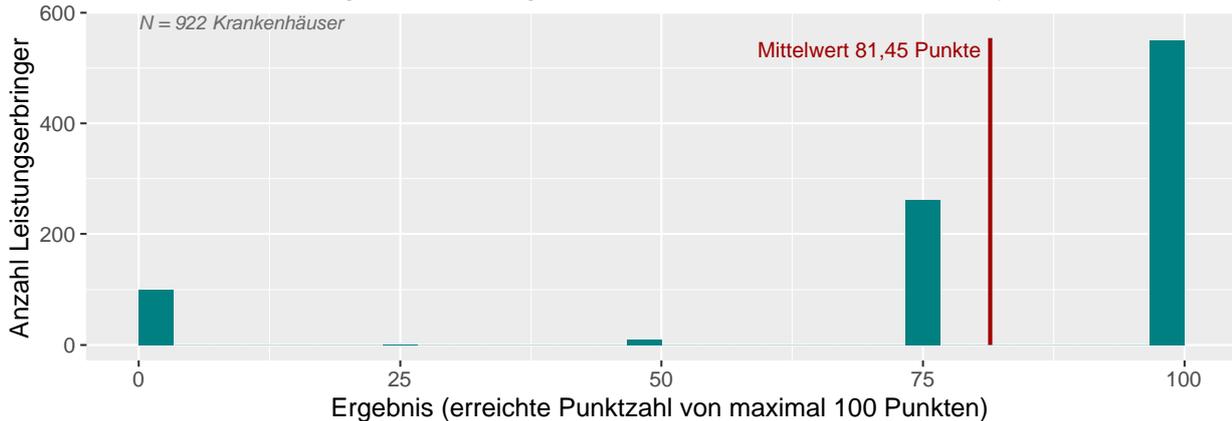
Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene	2017	Krankenhäuser	977	72,77
	2018	Krankenhäuser	922	76,19

## 9 Histogramme zu den Kennzahlen zum QI 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Leistungserbringer

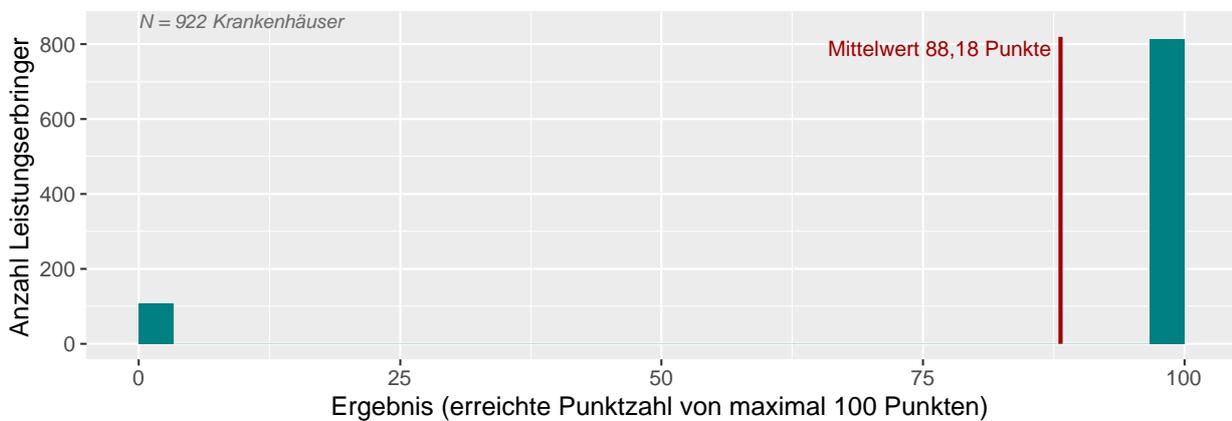
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur periop. Antibiotikaprohylaxe – KH



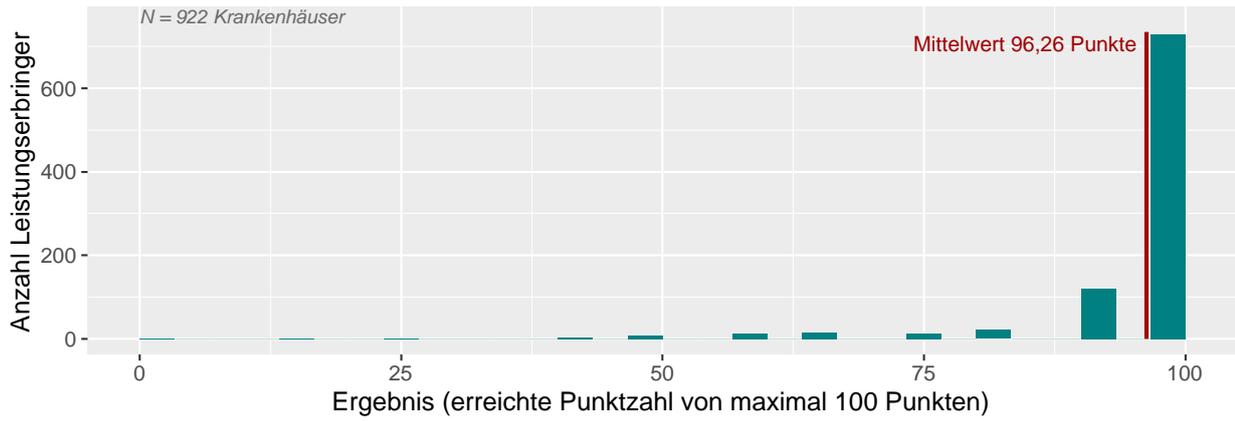
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie – KH



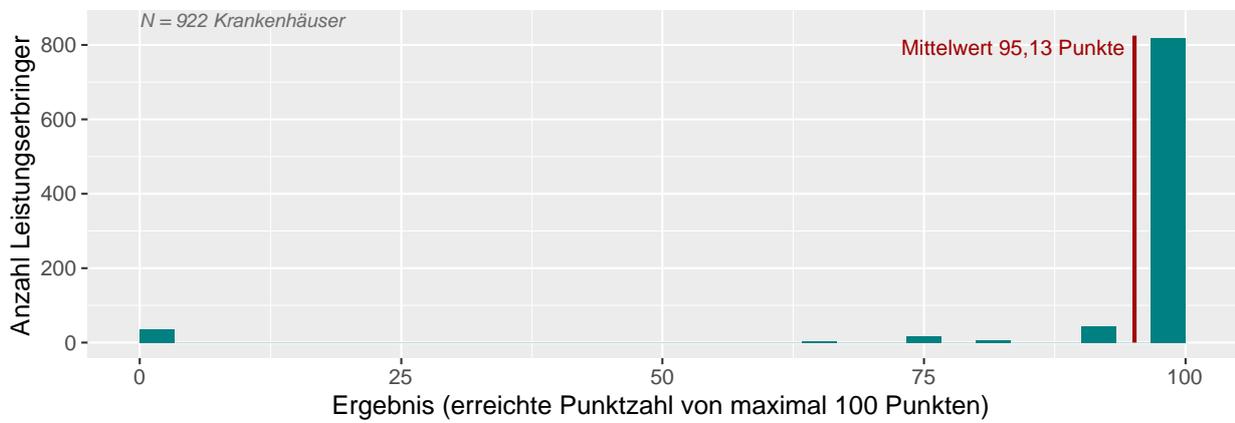
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff – KH



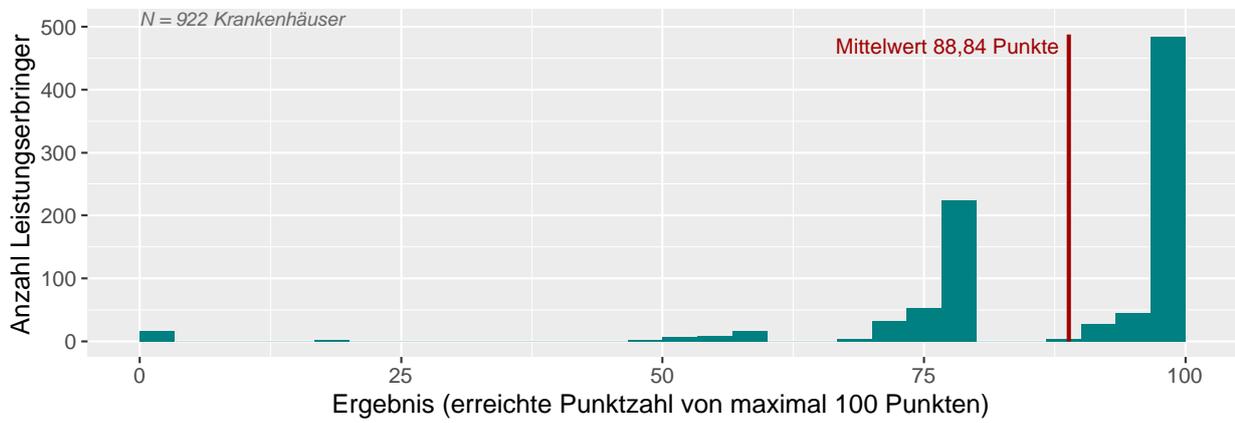
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien – KH



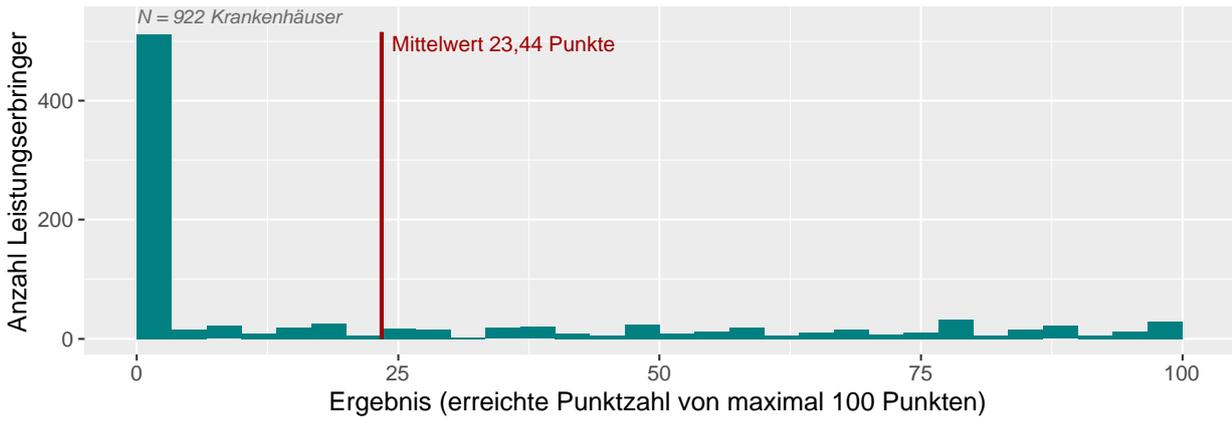
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes – KH



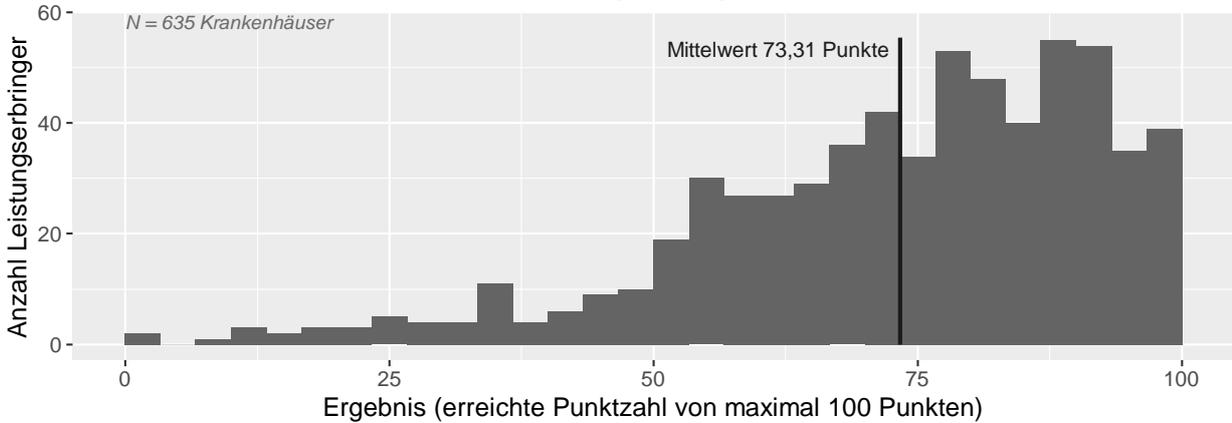
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel – KH



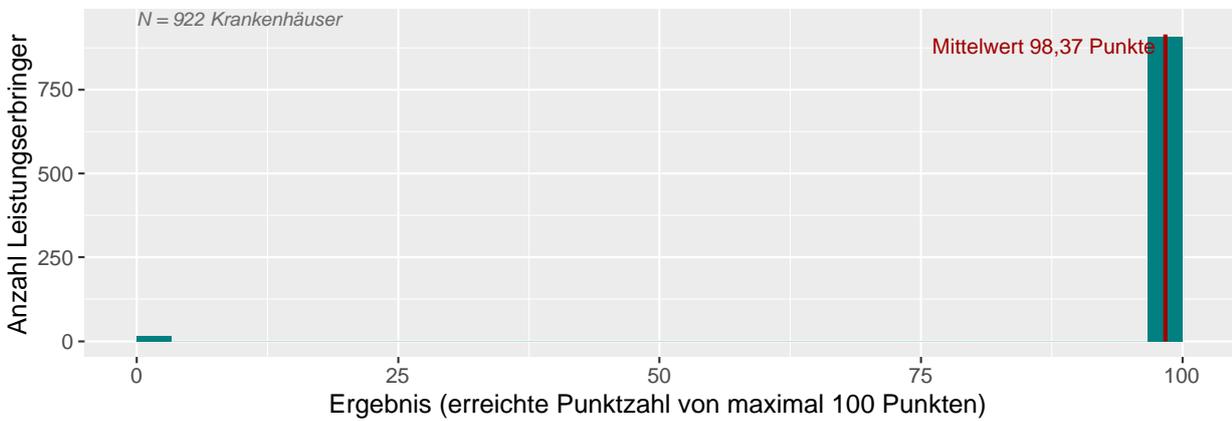
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie – KH



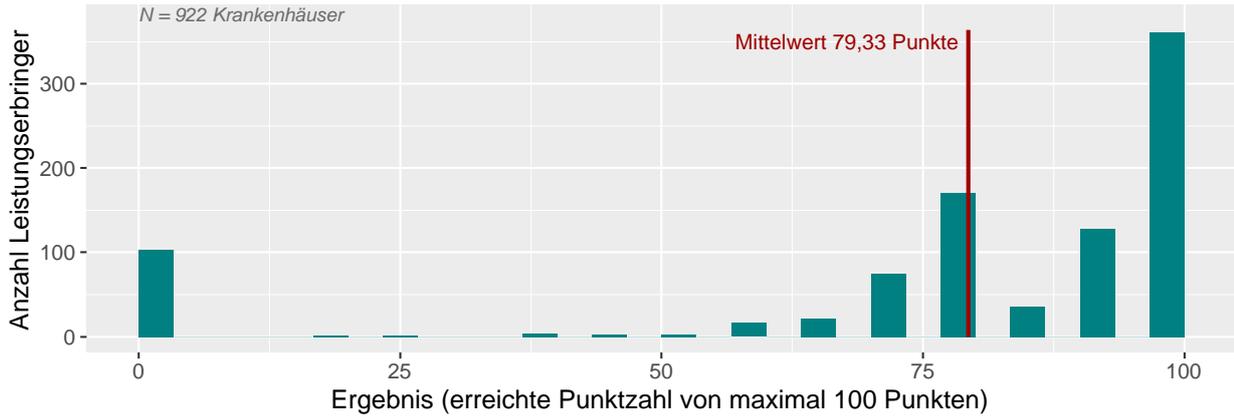
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention – KH



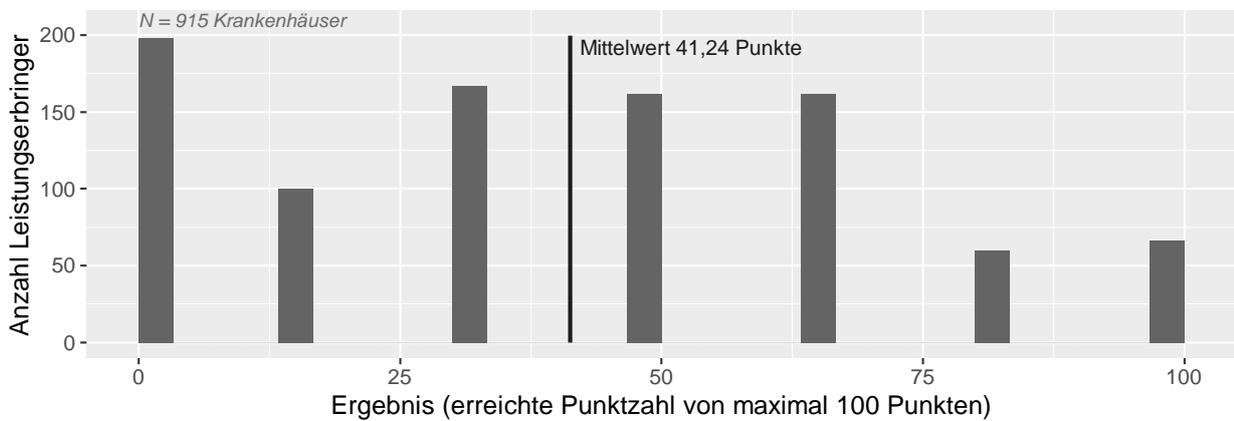
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion – KH



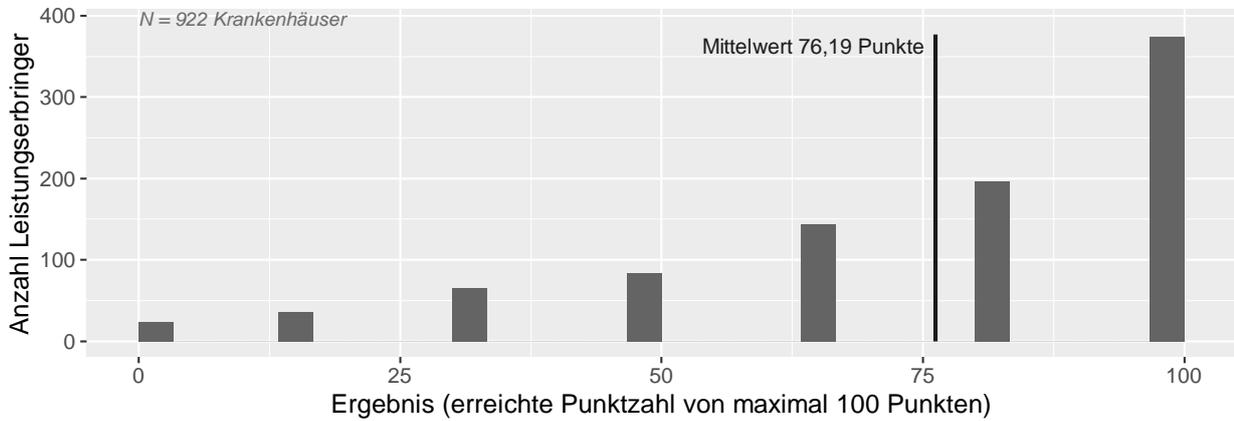
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement – KH



Durchführung von Compliance-Überprüfungen – KH



Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene – KH

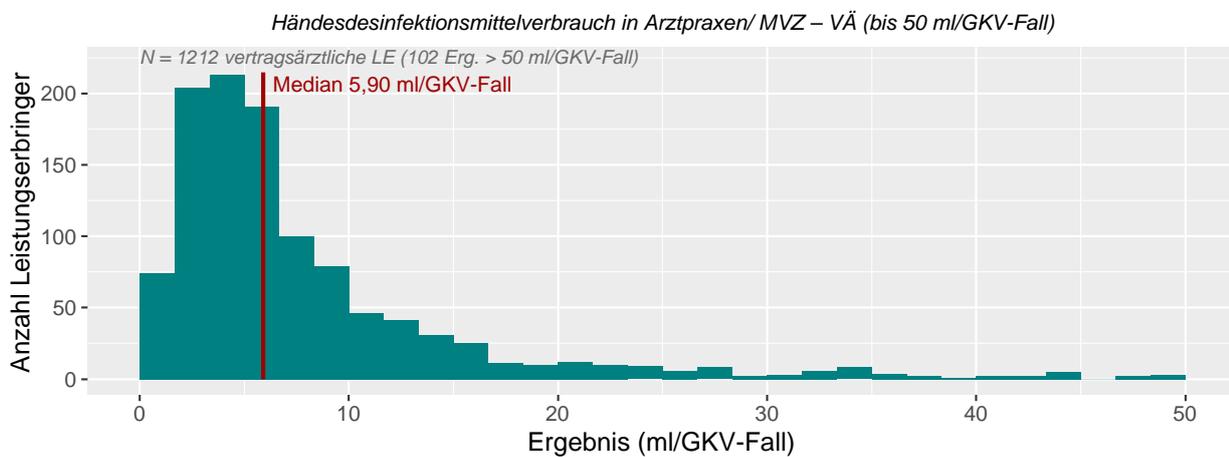




## 10 Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ (Transparenzkennzahl)

2017	N	Ergebnis	Referenzwert
Praxen/MVZ	1427	5,9 ml/GKV-Fall	-

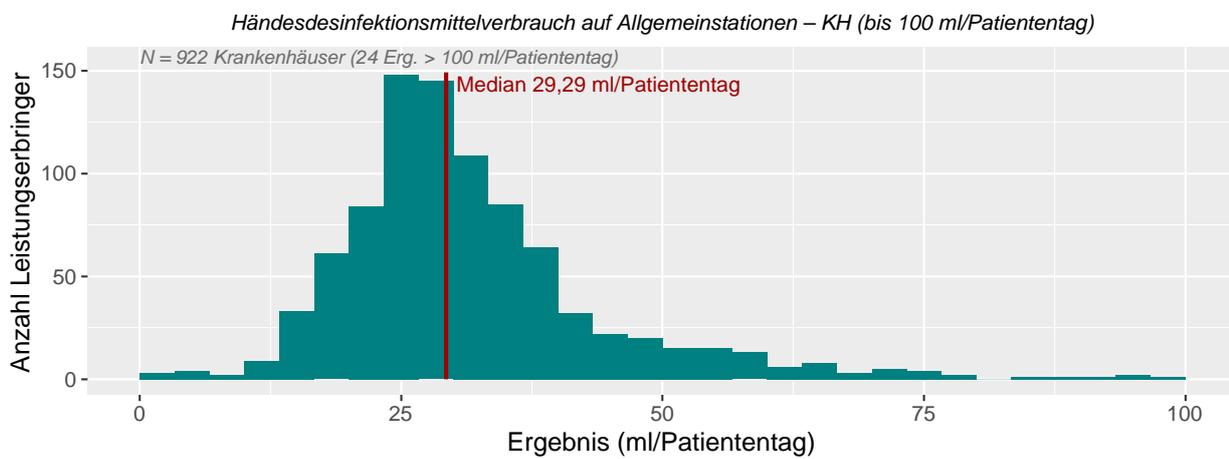
2018	N	Ergebnis	Referenzwert
Praxen/MVZ	1212	5,9 ml/GKV-Fall	-



# 11 Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemein- stationen (Transparenzkennzahl)

2017	N	Ergebnis	Referenzwert
Krankenhäuser	928	28,40 ml/Belegungstag	-

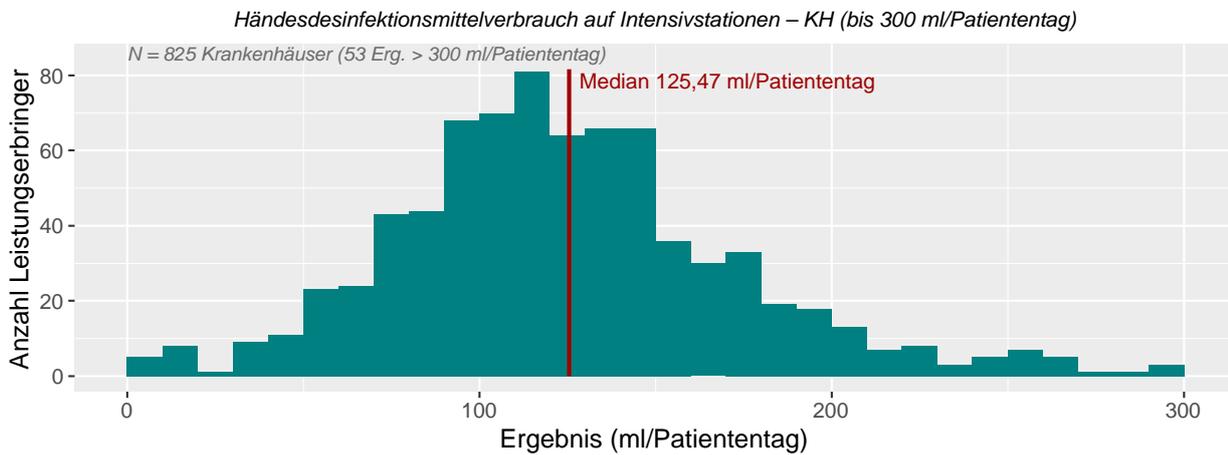
2018	N	Ergebnis	Referenzwert
Krankenhäuser	922	29,29 ml/Belegungstag	-



## 12 Händedesinfektionsmittelverbrauch auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen (Transparenzkennzahl)

2017	N	Ergebnis	Referenzwert
Krankenhäuser	858	117,17 ml/Belegungstag	-

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



# Anhang 3: Überleitungstabelle von den vorläufigen IDs zu den endgültigen IDs der Indikatoren im QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)*

Stand: 30. Juni 2019

## Erläuterung

In den Tabellen zu den Indikatoren in der ambulanten als auch stationären Versorgung sind die ID-Bezeichnungen des QS-Verfahrens *QS WI* dargestellt. Vom IQTIG wurden den (vorläufigen) ID-Bezeichnungen, die den Entwicklungsdokumenten von AQUA und somit der Anlage I: Indikatorenliste QS der Qesü-RL entsprechen, im Herbst 2018 endgültige ID-Bezeichnungen zugewiesen. Die endgültigen ID-Bezeichnungen sind bereits in den Rückmeldeberichten, dem Bundesqualitätsbericht, den länderbezogenen Auswertungen und in den endgültigen Rechenregeln der Erfassungsjahre 2017 und 2018 sowie in den prospektiven Rechenregeln des Erfassungsjahres 2019 zur Anwendung gekommen.

### Indikatoren in der ambulanten Versorgung

*Tabelle 29: ID-Bezeichnungen der Indikatoren der ambulanten Versorgung laut Qesü-RL und QIDB endgültige RR 2017/prospektive RR 2019*

	ID laut Qesü-RL Anlage I: Indikatorenliste QS	ID laut QIDB endgültige RR 2017/ prospektive RR 2019
<b>Indikatoren zum Infektions- und Hygienemanagement in der ambulanten Versorgung</b>		
Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	Indikator-ID 23	1000
Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ (Transparenzkennzahl)	Indikator-ID 21	1001
<b>Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in der ambulanten Versorgung</b>		

	ID laut Qesü-RL Anlage I: Indikatorenliste QS	ID laut QIDB endgültige RR 2017/ prospektive RR 2019
Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	Indikator-ID 05_A_a	1500
Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	Indikator-ID 05_A_b	1501
Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	Indikator-ID 03_a_A <sup>32</sup>	1502
Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	Indikator-ID 03_b_A <sup>32</sup>	1503

### Indikatoren in der stationären Versorgung

Tabelle 30: ID-Bezeichnung der Indikatoren der stationären Versorgung laut Qesü-RL und QIDB endgültige RR 2017/prospektive RR 2019

	ID laut Qesü-RL Anlage I: Indikatorenliste QS	ID laut QIDB endgültige RR 2017/ prospektive RR 2019
--	---	--

#### Indikatoren zum Infektions- und Hygienemanagement in der stationären Versorgung

Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	Indikator-ID 23	2000
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen (Transparenzkennzahl)	Indikator-ID 19	2001
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen (Transparenzkennzahl)	Indikator-ID 20	2002

#### Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in der stationären Versorgung

<sup>32</sup> Die Indikatoren sind in der DeQS-RL (Anlage I) nicht für die ambulante und stationäre Versorgung getrennt aufgeführt, sie bilden jedoch in den QIDB und Rückmeldeberichten separate Indikatoren. Durch den Zusatz „\_A“ wird auf die ambulante Versorgung verwiesen, durch „\_S“ auf die stationäre Versorgung.

	<b>ID laut Qesü-RL Anlage I: Indikatorenliste QS</b>	<b>ID laut QIDB endgültige RR 2017/ prospektive RR 2019</b>
Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	Indikator-ID 01_a_a	2500
Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	Indikator-ID 01_a_b	2501
Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	Indikator-ID 02_a_a	2502
Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	Indikator-ID 02_a_b	2503
Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	Indikator-ID 03_a_S33	2504
Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	Indikator-ID 03_b_S33	2505

<sup>33</sup> Die Indikatoren sind in der DeQS-RL (Anlage I) nicht für die ambulante und stationäre Versorgung getrennt aufgeführt, sie bilden jedoch in den QIDB und Rückmeldeberichten separate Indikatoren. Durch den Zusatz „\_A“ wird auf die ambulante Versorgung verwiesen, durch „\_S“ auf die stationäre Versorgung.

# Hinweisschreiben zu den Rückmeldeberichten des QS-Verfahrens *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* (Erfassungsjahr 2017)

Stand: 15. Oktober 2018

## 1 Hintergrund zu diesem Hinweisschreiben

Ihnen liegt bzw. liegen mit diesem Schreiben der erste Rückmeldebericht bzw. die ersten Rückmeldeberichte zum einrichtungsbezogenen Teil des QS-Verfahrens *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)* vor. Das QS-Verfahren *QS WI* befindet sich derzeit in einer fünf Jahre andauernden Erprobungsphase (2017 – 2021), in der es geprüft und verbessert werden soll. Während der ersten Dokumentationsphase Anfang des Jahres 2018 gingen beim IQTIG viele Hinweise von Expertinnen und Experten sowie Ärztinnen und Ärzten in Praxen bzw. Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sowie Krankenhäusern zu den Dokumentationsbögen ein. Insbesondere durch dieses Feedback wurde deutlich, dass an einigen Stellen der Dokumentationsbögen Optimierungsbedarf besteht. So wurden in einigen Fällen Fragen teilweise nicht oder auch nicht wie intendiert verstanden, es konnten nicht sämtliche relevanten Angaben gemacht werden oder die Dokumentationsbögen konnten in bestimmten Konstellationen nicht abgeschlossen werden. Da diese Punkte Einfluss auf die Ergebnisse haben oder haben können, möchten wir Ihnen die wichtigsten Punkte mit diesem Schreiben transparent machen. **Die Ergebnisse in den Rückmeldeberichten müssen entsprechend der Hinweise in diesem Schreiben mit Vorsicht interpretiert werden.** An dieser Stelle soll auch noch einmal darauf hingewiesen werden, dass das IQTIG die Ergebnisse des QS-Verfahrens *QS WI* mindestens während der Erprobungsphase gegenüber dem G-BA nicht für eine einrichtungsbezogene Veröffentlichung empfehlen wird.

## 2 Datengrundlage

### 2.1 Übermittelte Datensätze von Erbringern ambulanter Operationen (Krankenhäuser, MVZ, Vertragsärztinnen und -ärzte)

Von Krankenhäusern, die ambulante Operationen durchführen, wurden 595 Datensätze übermittelt. Es gibt keine genaue Zahl zu erwarteten Datensätzen, da für die ersten Erfassungsjahre noch keine Sollstatistik spezifiziert ist. In der empirischen Prüfung zu diesem QS-Verfahren wurde jedoch geschätzt (<https://iqtig.org/qs-berichte/vermeidung-nosokomialer-infektionen->

empirische-pruefung/), dass ca. 1.200 Krankenhäuser dokumentationspflichtig sind. Ein wichtiger Grund dafür ist, dass die QS-Filter-Software bezüglich der Auslösung von QS-Dokumentationsbögen zu ambulanten Operationen noch nicht in sämtlichen Krankenhäusern reibungslos funktioniert hat.

Von kollektivvertraglich tätigen Leistungserbringern (Praxen und MVZ) sowie ermächtigten Ärztinnen und Ärzten liegen insgesamt 2.077 Datensätze vor. Erwartet wurden über 6.000 Datensätze erwartet, sodass die Datengrundlage mit ca. einem Drittel hier noch einmal geringer ist als bei ambulant operierenden Krankenhäusern. Ein wichtiger Grund dafür, dass offenbar eine große Anzahl von Datensätzen fehlt, ist, dass aus fünf Bundesländern keine Datensätze übermittelt worden sind. Die Ursachen hierfür werden zusammen mit den zuständigen Datenannahmestellen ermittelt.

## **2.2 Übermittelte Datensätze von Erbringern stationärer Operationen (Krankenhäuser und Belegärztinnen und -ärzte)**

Von Krankenhäusern und Belegärztinnen und -ärzten zusammen wurden 1.269 Datensätze übermittelt, 977 von Krankenhäusern und 292 von Belegärztinnen und -ärzten. In der empirischen Prüfung erwartet wurden ca. 1.300 Datensätze von Krankenhäusern, wobei die belegärztlichen Leistungen damals Krankenhäusern zugeordnet wurden und die Schätzung für die Anzahl von Krankenhäusern daher etwas verzerrt sein kann. Die Datensätze der Krankenhäuser sind jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit diejenigen mit der höchsten Vollzähligkeit. Für die erwartete Anzahl an Datensätzen von Belegärztinnen und -ärzten lag in der empirischen Prüfung keine Schätzung vor. Aus sieben Bundesländern wurden jedoch gar keine Datensätze zu belegärztlichen Leistungen übermittelt, sodass klar ist, dass eine nennenswerte Anzahl an Datensätzen von Belegärztinnen und -ärzten fehlt.

## **3 Bundeswerte der Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement und zum Händedesinfektionsmittelverbrauch**

In den Rückmeldeberichten werden zwei Bundesergebnisse angegeben – je eines für Krankenhäuser und für vertragsärztliche Leistungserbringer. Ein zusammenfassendes Bundesergebnis wird nicht angegeben. Hintergrund ist, dass teilweise mehrfach dieselben Informationen für ein und dasselbe Krankenhaus dokumentiert werden können – nämlich einmal durch das Krankenhaus und einmal durch Beleg- bzw. ermächtigte Ärztinnen und Ärzte. So werden die Ergebnisse von Krankenhäusern nach der Anzahl der jeweils dort tätigen und dokumentationspflichtigen Beleg- bzw. ermächtigten Ärztinnen und Ärzte gewichtet, die sich den Angaben des jeweiligen Krankenhauses anschließen. Ein angegebenes gemeinsames Bundesergebnis wäre dadurch verzerrt.

## **4 Indikatoren zum Händedesinfektionsmittelverbrauch**

### **4.1 Händedesinfektionsmittelverbrauch von Praxen/MVZ**

Das IQTIG und die Expertinnen und Experten des Sektorenübergreifenden Expertengremiums auf Bundesebene schätzen die Verteilung der Bundeswerte des Händedesinfektionsmittelverbrauchs als plausibel ein. Bezogen auf Einzelergebnisse sind jedoch Limitationen zu berücksichtigen. Der Verbrauch wird berechnet als Bestellmenge pro GKV-Quartalsfall. Privatpatientinnen und -patienten werden entsprechend für die Berechnung nicht berücksichtigt. Praxen bzw. MVZ mit vielen Privatpatientinnen und -patienten haben demnach möglicherweise einen höheren berechneten Wert für den Verbrauch als eine Praxis bzw. ein MVZ ohne oder mit weniger Privatpatientinnen und -patienten, ohne dass ein tatsächlich höherer Verbrauch pro Patientenkontakt vorliegt. Außerdem kann sich für Praxen mit mehr Patientenkontakten pro Quartal ein höherer Wert für den Händedesinfektionsmittelverbrauch ergeben, ohne dass dem ein höherer Verbrauch pro Patientenkontakt zugrunde liegt. Da die Bestellmenge als Surrogat für den Verbrauch abgefragt wird, sind in Einzelfällen auch sehr hohe oder sehr niedrige Werte plausibel. Ein Zusammenhang zum tatsächlichen Verbrauch ist – zumindest bezogen auf ein Auswertungsjahr – nicht immer gegeben. Über mehrere Jahre der Datenerfassung und Auswertung werden hier jedoch Plausibilitätsprüfungen möglich sein.

### **4.2 Händedesinfektionsmittelverbrauch von Krankenhäusern**

Auch die Verteilung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs in den Krankenhäusern auf Bundesebene schätzen das IQTIG und die Expertinnen und Experten des Sektorenübergreifenden Expertengremiums auf Bundesebene als plausibel ein – insbesondere aufgrund der vergleichbaren Ergebnisse des HAND-KISS. Bezogen auf Einzelergebnisse sind jedoch auch hier Limitationen zu berücksichtigen. So wird in der Erfassung ausschließlich zwischen Allgemein- und Intensivstationen unterschieden. Eine weitere Differenzierung nach Stationsart wie bei HAND-KISS (z. B. neonatologische Stationen oder Reha-Stationen) erfolgt nicht. Jedoch können die Verbräuche unterschiedlicher Stationsarten deutlich voneinander abweichen, ohne dass dies gleichzeitig ein Hinweis auf ein Qualitätsproblem sein muss. Weiterhin kann die Wahl der Bestellmenge als Surrogatparameter wie auch im ambulanten Bereich zu Extremwerten führen, die dennoch plausibel sind.

### **4.3 Referenzbereiche zu den Indikatoren zum Händedesinfektionsmittelverbrauch**

Im Entwicklungsbericht war vorgesehen, dass der Indikator zum Händedesinfektionsmittelverbrauch von Leistungserbringern, die ambulante Operationen erbringen vorerst keinen Referenzbereich erhält. Es sollten zunächst erste Erfahrungen mit diesem Indikator gesammelt werden.

Für den Indikator zum Händedesinfektionsmittelverbrauch von Leistungserbringern, die stationäre Operationen erbringen, war als Referenzbereich  $\geq 5$ . Perzentil vorgeschlagen.

Aufgrund der beschriebenen Unschärfen empfiehlt das IQTIG für beide Indikatoren zumindest vorerst keinen Referenzbereich. Diese Indikatoren werden als Transparenzkennzahlen ausgewertet, anhand derer sich die Leistungserbringer untereinander vergleichen können und die für die Landesarbeitsgemeinschaften als Zusatzinformationen im Stellungnahmeverfahren dienen können.

## **5 Indexindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement (12 Kennzahlen)**

Im Folgenden werden Hintergründe zur Auswahl von Bundeswerten und Referenzbereichen sowie die wichtigsten Punkte, die zu Unschärfen im Ergebnis des Qualitätsindikators zum Hygiene- und Infektionsmanagement geführt haben, für die jeweiligen Kennzahlen (sofern zutreffend) beschrieben.

Auf den gesamten Dokumentationsbogen bezogen gab es das Problem, dass den Dokumentierenden teilweise nicht klar war, auf welchen Ort der Leistungserbringung sich die Fragen im Bogen beziehen. So kann es sein, dass die Fragen teilweise auf einen Ort der Leistungserbringung bezogen beantwortet wurden, obwohl die durch Betriebsstättennummer (BSNR) bzw. Institutionenkennzeichenummer (IKNR) abgegrenzte rechtliche Einheit gemeint ist.

### **5.1 Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien (ambulanter Bogen)**

Es gibt Leistungserbringer im niedergelassenen Bereich, die ausschließlich Einmalsterilgut verwenden. Diese Möglichkeit war im Dokumentationsbogen jedoch nicht vorgesehen. Als Folge konnte der Dokumentationsbogen von diesen Leistungserbringern nicht abgeschlossen werden. Diese Bögen sind entsprechend nicht Teil der Datengrundlage.

### **5.2 Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie bzw. zu Hygiene und Infektionsprävention**

Wenn angegeben wurde, dass Daten zu Informationsveranstaltungen erhoben wurden, konnte es vorkommen, dass die folgenden Felder, über die die Anteile je Mitarbeitergruppe abgefragt werden, nicht dokumentiert werden konnten. Grund dafür war, dass die Informationen nicht in der abgefragten Form vorlagen. Dies hatte zur Folge, dass der Bogen nicht abgeschlossen werden konnte.

Jedoch gab es auch dann, wenn der Bogen abgeschlossen werden konnte, Interpretationsspielraum dahingehend, mit welchem zeitlichen Bezug die Anteile der geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angegeben werden sollen. Es ist nicht definiert, ob ein Stichtag gewählt werden soll oder das gesamte Jahr und wie z. B. mit Mitarbeiterinnen Mitarbeitern umgegangen werden soll, die nicht im ganzen Jahr angestellt oder anwesend waren.

### 5.3 Durchführung von Compliance-Überprüfungen

In der Frage nach den durchgeführten Compliance-Überprüfungen wird nach „anlassbezogenen Überprüfungen“ gefragt. Der Begriff „anlassbezogen“ wurde häufig so verstanden, dass Prüfungen gemeint sind, die aufgrund eines bestimmten Anlasses, z. B. eines Infektionsausbruchs, durchgeführt wurden. Gemeint ist wie im Ausfüllhinweis beschrieben, dass „jeweils eine Überprüfung einer einzelnen Situation bei einem Patienten gezählt werden [soll], in der die angesprochene Maßnahme indiziert war“. Die missverständliche Formulierung der Frage kann jedoch zu Fehldokumentationen in größerem Ausmaß geführt haben.

## 6 Fazit

Während der ersten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation sind einige Probleme aufgetaucht, die durch die Machbarkeitsprüfung, die im Vorfeld mit einer Auswahl an Leistungsbringern durchgeführt wurde, noch nicht aufgedeckt werden konnten. Diese werden Ihnen in diesem Schreiben transparent gemacht, damit Sie sie bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigen können.

Wo es möglich und noch nicht geschehen ist, wird das IQTIG die Probleme in den Dokumentationsbögen in seinen Empfehlungen zur Spezifikation der Dokumentationsbögen an den G-BA adressieren. Aufgrund des langen Vorlaufs, der für Anpassungen der Dokumentationsbögen notwendig ist, ist die Behebung jedoch erst für die Erfassung im Jahr 2021 zum Jahr 2020 möglich.

# **Begleitdokument zu den Rückmeldeberichten des QS-Verfahrens *Vermeidung nosokomialer Infek- tionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)* (Erfassungsjahr 2018)**

Stand: 1. Juli 2019

## **Hintergrund zu diesem Begleitschreiben**

Ihnen liegt mit diesem Schreiben der Rückmeldebericht zum einrichtungsbezogenen Teil des QS-Verfahrens Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) zum Erfassungsjahr 2018 vor. In diesem Begleitschreiben finden Sie wichtige Informationen zu Anpassungen der Rechenregeln, zur Vollzähligkeitsprüfung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation, zum Umfang der Berichte, zum Stand der Berechnung der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen und zu einem Fehler in den Rückmeldeberichten, der vor der Auslieferung leider nicht mehr korrigiert werden konnte.

## **Rechenregeln**

Das QS-Verfahren QS WI befindet sich derzeit in einer fünf Jahre andauernden Erprobungsphase (2017 – 2021), in der es geprüft und verbessert werden soll.

Beim IQTIG gingen seit Beginn der ersten Dokumentationsphase für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation Anfang des Jahres 2018 viele Hinweise von Expertinnen und Experten sowie Ärztinnen und Ärzten in Praxen bzw. Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sowie Krankenhäusern zu den Dokumentationsbögen ein. Insbesondere durch dieses Feedback wurde deutlich, dass an einigen Stellen der Dokumentationsbögen Optimierungsbedarf besteht. So wurden in einigen Fällen Fragen teilweise nicht bzw. nicht wie intendiert verstanden, es konnten nicht sämtliche relevanten Angaben gemacht werden oder die Dokumentationsbögen konnten in bestimmten Konstellationen nicht abgeschlossen werden.

Im Begleitdokument zu den ersten Rückmeldeberichten wurden diese Punkte differenziert beschrieben, damit sie im Stellungsverfahren und bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden können.

Für das zweite Jahr der Auswertung wurden die Rechenregeln durch das IQTIG so angepasst, dass die Datenfelder, bei denen weiterhin die größten Schwierigkeiten bestehen, nicht in die Berechnung der entsprechenden Indikatoren eingehen. Dabei handelt es sich insbesondere um

die Datenfelder zu folgenden Kennzahlen (sowohl für Erbringer ambulanter, als auch für Erbringer stationärer Leistungen):

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

Gemäß der aktuellen Fassung der DeQS-Richtlinie des G-BA müssen Änderungen der endgültigen Rechenregeln im Vergleich zu den prospektiven Rechenregeln gegenüber dem G-BA begründet werden. Dieser muss sie beschließen und veröffentlichen. Die endgültigen Rechenregeln liegen daher erst vor, wenn der entsprechende Beschluss gefasst wurde.

Bitte berücksichtigen Sie, dass aufgrund der Rechenregel Anpassung nicht alle Ergebnisse der Berichte 2018 mit den entsprechenden Ergebnissen der Berichte 2017 vergleichbar sind. In der beigefügten CSV-Datei finden Sie die mit den neuen Rechenregeln berechneten Ergebnisse, die mit denjenigen des Vorjahres vergleichbar sind.

### **Vollzähligkeitsprüfung**

Für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation wird voraussichtlich erst ab dem Jahr 2021 eine Vollzähligkeitsprüfung spezifiziert, sodass aktuell keine Zahlen zu erwarteten Datensätzen vorliegen.

### **Inhalte der Rückmeldeberichte**

Das IQTIG hat zum Jahreswechsel auf ein neues, eigenes IT-System für Auswertungen und Rückmeldeberichte umgestellt, da die alte Software den aktuellen Erfordernissen nicht mehr entsprach. Leider konnte dieser Wechsel noch nicht mit der vollen Funktionalität realisiert werden. Um Ihnen dennoch die Ergebnisse zeitgerecht liefern zu können, mussten wir für diesen Rückmeldebericht das Darstellungsspektrum etwas reduzieren. In der Ihnen vorliegenden Form fehlen die Vorjahresergebnisse und der Abschnitt mit den Details zu den Ergebnissen. Weiterhin finden Sie die Ergebnisse der Kennzahlen, die in die Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement eingehen, in einer separaten CSV-Datei, die sich leicht mit einem Tabellenkalkulationsprogramm oder einem Textverarbeitungsprogramm darstellen lässt.

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass wir uns zu diesen Einschränkungen für die diesjährigen Rückmeldeberichte gezwungen sahen, um Ihnen alle relevanten Ergebnisse insbesondere der Qualitätsindikatoren zeitgerecht liefern zu können.

### **Berechnung der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen**

Für 2019 war zum ersten Mal eine Auswertung der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen vorgesehen. Aufgrund der besonderen Datenstrukturen des QS-Verfahrens QS WI wird davon ausgegangen, dass die Sichtung der Daten der verschiedenen Krankenkassen und die Definition der Datenvalidierungs- und Auswertungsalgorithmen jedoch noch einige Zeit in Anspruch nehmen wird. Da es das erste Jahr ist, in dem die Krankenkassen zu diesem Projekt

Daten liefern, und da das Datenkonstrukt komplexer ist als bei anderen QS-Verfahren, besteht ein höheres Risiko, dass die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der ersten Lieferungen relevante Lücken haben, die vor einer ersten Auswertungserstellung noch behoben werden müssen. Daher werden nach derzeitiger Einschätzung Ergebnisse in QS WI auf der Basis von Sozialdaten erstmals im Jahr 2020 an die Leistungserbringer berichtet werden können.

### **Erratum**

In der Spalte „Referenzbereich“ zu den Indikatoren Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen (QI-ID 2000) und Hygiene- und Infektionsmanagement - stationäre Einrichtungen (QI-ID 2000) ist angegeben, dass der Referenzbereich sich auf alle Kliniken bezieht. Angegeben ist jedoch der Referenzbereich bezogen alle Leistungserbringer, die Daten für die Berechnung dieses Indikators übermittelt haben.