

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Abschlussberichtes des IQTIG zum Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2018 gemäß QSKH-RL zur Veröffentlichung

Vom 7. Oktober 2020

Der Unterausschuss Qualitätssicherung hat für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 15 Abs. 2 Satz 1 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) in seiner Sitzung am 7. Oktober 2020 die Freigabe des Abschlussberichtes des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zum Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2018 gemäß **Anlage** für die Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG (www.iqtig.org) beschlossen.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 7. Oktober 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Qualitätssicherung
gemäß § 91 SGB V
Die Vorsitzende

Prof. Dr. Pott



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bericht zum Strukturierten Dialog 2019

Erfassungsjahr 2018

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 3. September 2020

Impressum

Thema:

Bericht zum Strukturierten Dialog 2019. Erfassungsjahr 2018

Ansprechpartnerin:

Martina Dost

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

15. Mai 2020, aktualisierte Version am 3. September 2020

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	5
Abkürzungsverzeichnis.....	9
QS-Verfahren in der externen Qualitätssicherung.....	10
1 Einleitung.....	13
2 Methodik	15
2.1 Grundlagen.....	15
2.2 Zuständigkeiten.....	17
2.3 Rechnerisch auffällige Ergebnisse.....	17
2.4 Bearbeitung und Bewertung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse.....	18
2.4.1 Fachgruppenarbeit	18
2.4.2 Bewertung	20
2.4.3 Ergebniseinstufungen.....	21
3 Datenvalidierung	23
4 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren.....	25
5 Durchführung und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs.....	27
5.1 Überblick: Durchführung des Strukturierten Dialogs.....	27
5.2 Ergebnisse der Versorgungsbereiche.....	42
5.2.1 Gefäßchirurgie.....	42
5.2.2 Pneumonie	47
5.2.3 Herzschrittmacher und Defibrillatoren	51
5.2.4 Herzchirurgie	64
5.2.5 Transplantationsmedizin.....	72
5.2.6 Gynäkologie.....	96
5.2.7 Mammachirurgie.....	100
5.2.8 Perinatalmedizin	107
5.2.9 Orthopädie und Unfallchirurgie	116
5.2.10 Pflege.....	126
6 Fazit und Ausblick.....	130
Literatur.....	131

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: QS-Verfahren in der externen Qualitätssicherung.....	10
Tabelle 2: Einstufungsschema für rechnerisch auffällige Ergebnisse bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs.....	21
Tabelle 3: Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog: Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit aller QS-Verfahren (EJ 2018)	24
Tabelle 4: Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens im Verfahren der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (EJ 2018).....	26
Tabelle 5: Maßnahmen und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt) für die Erfassungsjahre 2018 und 2017 im Vergleich.....	28
Tabelle 6: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland	32
Tabelle 7: Durchgeführte Maßnahmen pro Auswertungsmodul.....	33
Tabelle 8: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland	37
Tabelle 9: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Auswertungsmodul.....	38

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitlicher Ablauf des Strukturierten Dialogs.....	16
Abbildung 2: Zuständigkeiten der beteiligten Akteure.....	17
Abbildung 3: Überblick über die zur Verfügung stehenden Maßnahmen im Strukturierten Dialog	19
Abbildung 4: Strukturiertes Dialog – Prüfschritte zur Ergebniseinstufung	20
Abbildung 5: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum EJ 2018	29
Abbildung 6: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland – ohne weiterführende Maßnahmen.....	30
Abbildung 7: Weiterführende Maßnahmen je Bundesland – kollegiale Gespräche, Begehung, Zielvereinbarung in Relation zu der Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse..	31
Abbildung 8: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse aller QS-Verfahren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland	36
Abbildung 9: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro QS-Verfahren	41
Abbildung 10: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog im QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation	42
Abbildung 11: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation	44
Abbildung 12: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog im QS-Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie	47
Abbildung 13: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie	50
Abbildung 14: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog im Versorgungsbereich Herzschrittmacher und Defibrillatoren	51
Abbildung 15: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacherversorgung (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Implantation)	58
Abbildung 16: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacherversorgung (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel) .	59
Abbildung 17: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacherversorgung (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation)	60
Abbildung 18: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren	

Implantierbare Defibrillatoren (Auswertungsmodul Implantierbare Defibrillatoren – Implantation)	61
Abbildung 19: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren (Auswertungsmodul Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel).....	62
Abbildung 20: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren (Auswertungsmodul Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation)	63
Abbildung 21: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog im Versorgungsbereich Herzchirurgie	64
Abbildung 22: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Koronarchirurgie, isoliert	66
Abbildung 23: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch).....	68
Abbildung 24: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	70
Abbildung 25: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie.....	71
Abbildung 26: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog im Versorgungsbereich Transplantationsmedizin	72
Abbildung 27: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme (Auswertungsmodul Herztransplantation).....	77
Abbildung 28: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme (Auswertungsmodul Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)	80
Abbildung 29: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Lungen- und Herz-Lungentransplantation.....	82
Abbildung 30: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Lebertransplantation	85

Abbildung 31: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Leberlebendspende	87
Abbildung 32: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Nierentransplantation.....	90
Abbildung 33: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Nierenlebendspende.....	93
Abbildung 34: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation.....	95
Abbildung 35: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog im QS-Verfahren Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	96
Abbildung 36: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	99
Abbildung 37: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog im QS-Verfahren Mammachirurgie	100
Abbildung 38: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Mammachirurgie	105
Abbildung 39: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog im Versorgungsbereich Perinatalmedizin.....	107
Abbildung 40: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Geburtshilfe	112
Abbildung 41: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Neonatologie.....	115
Abbildung 42: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog im Versorgungsbereich Orthopädie und Unfallchirurgie	116
Abbildung 43: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	121
Abbildung 44: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftendoprothesenversorgung	123
Abbildung 45: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Knieendoprothesenversorgung	125

Abbildung 46: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog im QS-Verfahren Pflege: Dekubitusprophylaxe.....	126
Abbildung 47: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Pflege: Dekubitusprophylaxe	129

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ID	Identifikationsnummer
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
LQS	Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
plan. QI-RL	Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
SD	Strukturierter Dialog
SGB	Sozialgesetzbuch

QS-Verfahren in der externen Qualitätssicherung

Tabelle 1: QS-Verfahren in der externen Qualitätssicherung

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

Versorgungsbereich	QS-Verfahren (Auswertungsmodul)	Beschreibung
Herzchirurgie	Koronarchirurgie, isoliert	Operation an den Herzkranzgefäßen
	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch))	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird
	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt))	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt
	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird
Transplantationsmedizin	Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme (Herztransplantation)	Herztransplantation
	Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme (Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen)	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	Lungen- und Herz-Lungentransplantation
	Lebertransplantation	Lebertransplantation
	Leberlebendspende	Leberlebendspende
	Nierentransplantation	Nierentransplantation
	Nierenlebendspende	Nierenlebendspende
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	

Versorgungsbereich	QS-Verfahren (Auswertungsmodul)	Beschreibung
Perinatalmedizin	Geburtshilfe	Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
	Neonatologie	Versorgung von Neu- und Frühgeborenen
Gynäkologie	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Mammachirurgie	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs
Orthopädie und Unfallchirurgie	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenstücke durch eine metallene Verbindung fixiert werden
	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Knieendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Pflege	Pflege: Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

1 Einleitung

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

Der vorliegende Bericht fasst dabei die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs sowie die ggf. durchgeführten Maßnahmen der einzelnen Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) (indirekte QS-Verfahren) sowie der Bundesebene (direkte QS-Verfahren) zusammen. Grundlage der Qualitätsbewertung bilden die im Jahr 2018 von den beteiligten Krankenhausstandorten² erfassten Daten. Darüber hinaus soll die Arbeit aller am Strukturierten Dialog Beteiligten möglichst umfassend und transparent präsentiert werden. Anhand der Daten und Statistiken werden Ereignisse, Entwicklungen und Tendenzen in den bundesweit verpflichtenden QS-Verfahren dargestellt. Die abschließenden Bewertungen erlauben eine Einschätzung zur Behandlungs- und Prozessqualität in den teilnehmenden Krankenhäusern.

Die Strukturierten Dialoge mit den Krankenhausstandorten für das Erfassungsjahr (EJ) 2018 fanden im Jahr 2019 statt. Die Durchführung in den indirekten QS-Verfahren wird gemäß QSKH-RL durch die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung vorgenommen; für die direkten Verfahren führt das IQTIG die Strukturierten Dialoge.

Die Darstellung der aktuellen Ergebnisdaten zum Erfassungsjahr 2018 erfolgt im vorliegenden Bericht in Relation zu den beiden vorangegangenen Erfassungsjahren 2016 und 2017. Ergänzende Informationen sind den gemäß § 15 Abs. 1–3 QSKH-RL erstellten Abschlussberichten der Landes- und Bundesebene entnommen.

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

In einem gesonderten „Bericht zur Datenvalidierung 2019. Erfassungsjahr 2018“ werden die Ergebnisse der parallel stattfindenden Datenvalidierung (Statistische Basisprüfung und Stichprobenverfahren mit Datenabgleich vor Ort) dargestellt. Da die dokumentierten und übermittelten Daten die unverzichtbare Voraussetzung für die Beurteilung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und damit der Behandlungsqualität sind, beinhaltet dieser Bericht eine kurze Zusammenfassung der dort ausführlich dargestellten Ergebnisse.

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 20. Juni 2019, in Kraft getreten am 1. Januar 2020.
URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (abgerufen am 30.03.2020).

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

Ebenfalls wurde im Jahr 2019 neben dem Strukturierten Dialog nach QSKH-RL auch das Stellungnahmeverfahren bei statistisch auffälligen Ergebnissen für planungsrelevante Qualitätsindikatoren durchgeführt. Im vorliegenden Bericht wird auch dieses Verfahren kurz dargestellt.

2 Methodik

2.1 Grundlagen

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

Durch Fragestellungen wie

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

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

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

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

Erfassungsjahr (EJ)

EJ 0

QS-Daten

Durchführungsjahr

EJ +1

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

Ende der
Datenannahme

Start
des Strukturierten Dialogs

Abschluss
des Strukturierten Dialogs

Berichtsjahr

EJ +2

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

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

Zusammenfassender
Bericht auf Bundesebene

Abbildung 1: Zeitlicher Ablauf des Strukturierten Dialogs

Das praktische Vorgehen erfolgt wie in den „Methodischen Grundlagen V1.1“ des IQTIG beschrieben (IQTIG 2019a): Die Bewertung der medizinischen Versorgungsqualität sowie der zugrunde liegenden Datenvalidität erfolgt anhand der für die Qualitätssicherung dokumentierten Daten und den darauf angewandten Algorithmen der Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien. Liegen die Ergebnisse einer Versorgungseinrichtung in einem Qualitätsindikator/Auffälligkeitskriterium außerhalb des geforderten Referenzbereichs, werden die Ergebnisse zunächst als rechnerisch auffällig eingestuft. Bereits bei der Spezifikation der Indikatoren wird eine gewisse Vielfalt der medizinischen Praxis berücksichtigt, z. B. durch die Anwendung von Methoden der Risikoadjustierung bei Indikatoren der Ergebnisqualität. Dennoch kann nie ausgeschlossen werden, dass durch die besondere Versorgungssituation eines einzelnen Leistungserbringers ein rechnerisch auffälliges Ergebnis auftritt, ohne dass ein Qualitätsproblem vorliegt. Dies kann z. B. dann eintreten, wenn in der behandelten Patientengruppe einer Einrichtung überdurchschnittlich häufig Behandlungsfälle mit speziellen, seltenen Risiken zu finden sind, die in dem verwendeten Risikoadjustierungsmodell nicht genügend berücksichtigt wurden. Solche Gründe kann ein Leistungserbringer während des Strukturierten Dialogs in einer Stellungnahme vorbringen, um eine faire Bewertung seiner Versorgungsqualität zu ermöglichen.

Der Strukturierte Dialog hat zwei wesentliche Ziele:

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

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

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

2.2 Zuständigkeiten

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

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

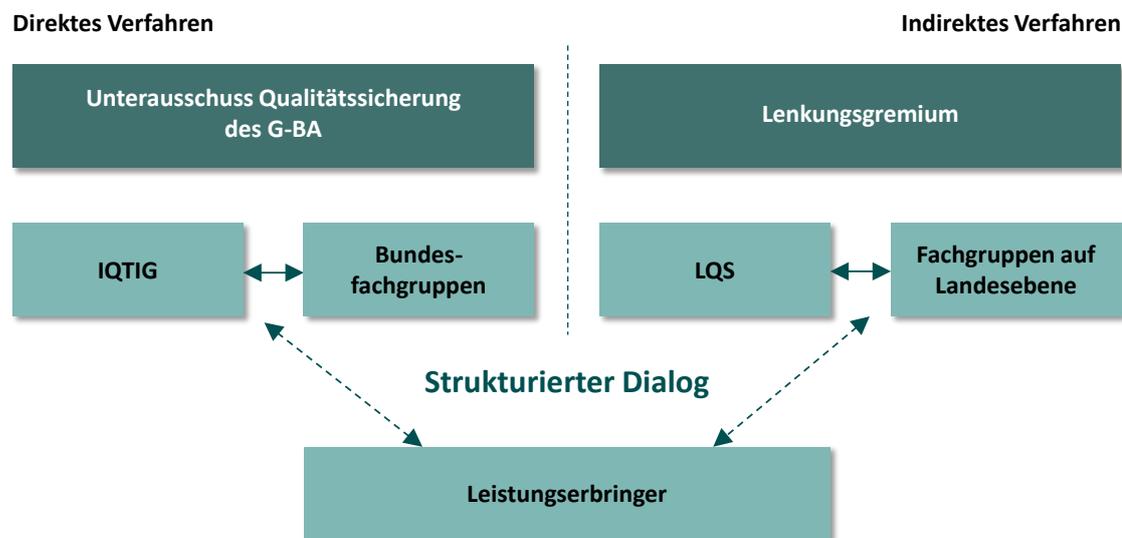


Abbildung 2: Zuständigkeiten der beteiligten Akteure

2.3 Rechnerisch auffällige Ergebnisse

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

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

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

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

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

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

2.4 Bearbeitung und Bewertung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse

2.4.1 Fachgruppenarbeit

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

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

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

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

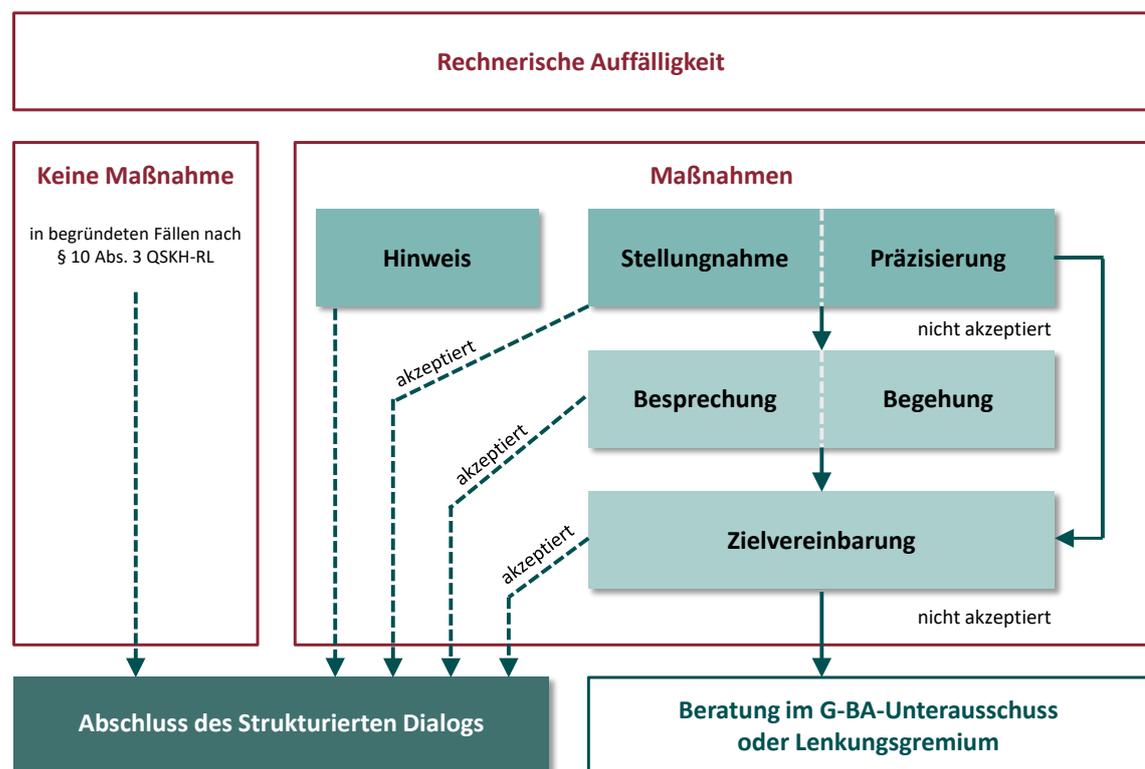


Abbildung 3: Überblick über die zur Verfügung stehenden Maßnahmen im Strukturierten Dialog

2.4.2 Bewertung

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

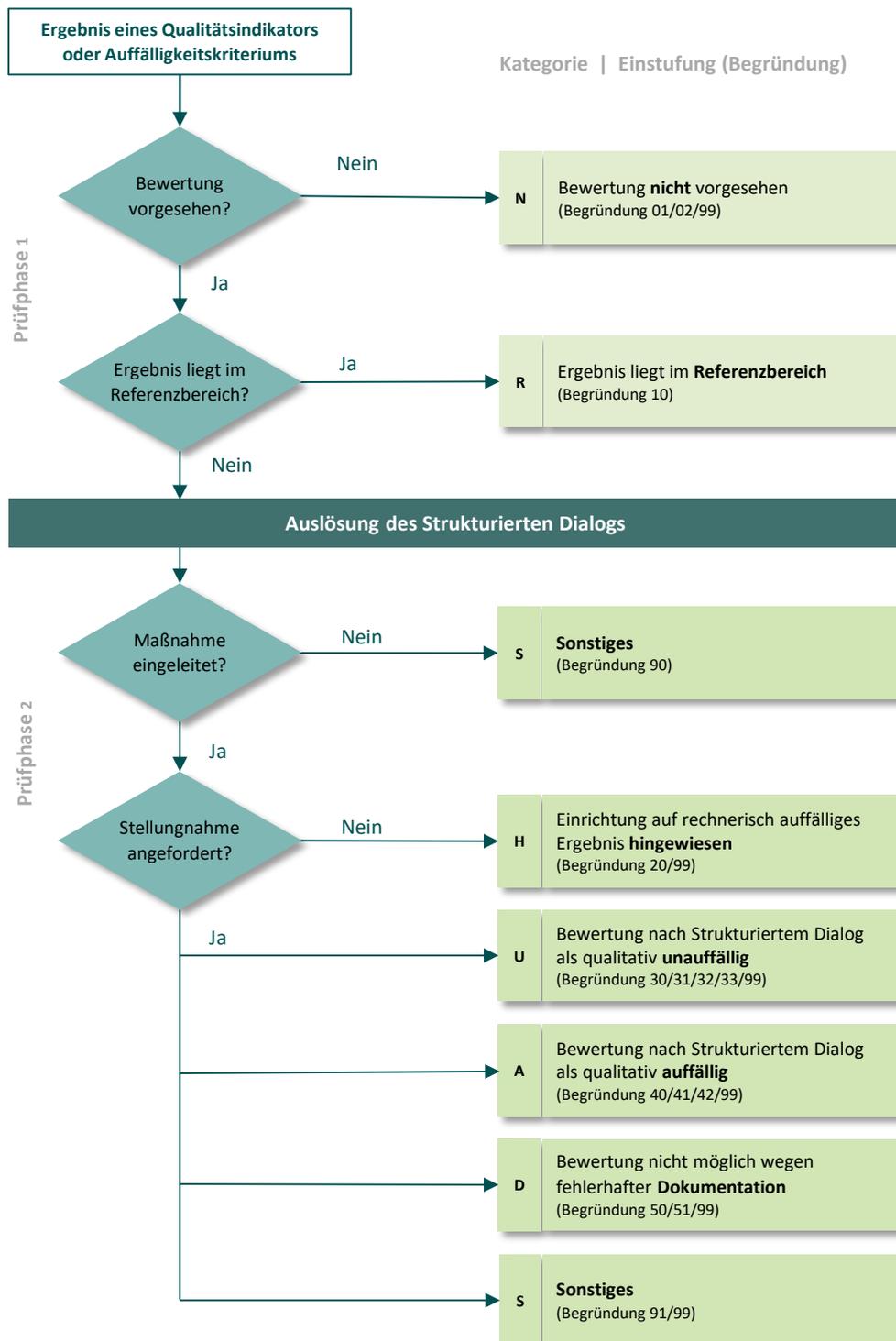


Abbildung 4: Strukturierter Dialog – Prüfschritte zur Ergebniseinstufung

2.4.3 Ergebniseinstufungen

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

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

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

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

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

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

3 Datenvalidierung

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

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

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

Für das „Stichprobenverfahren mit Datenabgleich“ werden in einem zweistufigen Stichprobenverfahren zunächst die einzubeziehenden Krankenhausstandorte und anschließend die dort jeweils zu prüfenden Behandlungsfälle ermittelt. Für diese erfolgt dann ein Abgleich der QS-Daten mit der Primärdokumentation in der Patientenakte. Diese umfassende Datenvalidierung erfolgte für das Erfassungsjahr 2018 in den QS-Verfahren *Perinatalmedizin – Spezifikationsmodul Neonatologie* und *Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme: Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen*.

Beim „gezielten Datenabgleich“ werden auf Grundlage der Dokumentation des Erfassungsjahres 2018 Standorte ausgewählt, die im Jahr 2020 erneut überprüft werden.

In Tabelle 3 sind die Maßnahmen und Ergebnisse der „Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog“ zur Plausibilität und zur Vollständigkeit dargestellt. Die ausführliche Darstellung zu allen Ergebnissen der Datenvalidierung ist Gegenstand des „Berichts zur Datenvalidierung 2019. Erfassungsjahr 2018“. Dieser wird gemäß QSKH-RL jährlich zum 15. Mai an den G-BA übermittelt und ist nach Freigabe durch den G-BA auf www.iqtig.org abrufbar.

Tabelle 3: Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog: Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit aller QS-Verfahren (EJ 2018)

	Anzahl	Anteil
Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien	104.846	-
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	2.078	2,0 %
Maßnahmen		
Keine Maßnahmen	10	0,5 %
Hinweise	551	26,0 %
Stellungnahmen	1.525	73,4 %
Sonstiges	2	0,1 %
Weiterführende Maßnahmen		
Kollegiale Gespräche	15	-
Begehungen	2	-
Zielvereinbarungen	48	-
Einstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen eine Stellungnahme angefordert wurde		
Korrekte Dokumentation bestätigt (U30, U99)	480	23,1 %
Fehlerhafte Dokumentation bestätigt (A40, A99)	973	46,8 %
Keine erklärenden Gründe genannt (A42)	24	1,2 %
Sonstiges (S91, S99)	50	2,4 %

4 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Das Krankenhausstrukturgesetz hat vorgegeben, dass Aspekte der Versorgungsqualität in die Krankenhausplanung einbezogen werden können (§ 136c SGB V und Krankenhausfinanzierungsgesetz). Zu diesem Zweck hat der G-BA im Dezember 2016 elf Indikatoren als planungsrelevante Qualitätsindikatoren aus drei bereits bestehenden QS-Verfahren der gesetzlichen externen stationären Qualitätssicherung ausgewählt. Dieses Verfahren zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren läuft seit dem 1. Januar 2017 im Regelbetrieb. Grundlage ist die Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL)³. Es handelt sich um folgende drei QS-Verfahren:

- Gynäkologische Operationen
- Geburtshilfe
- Mammachirurgie

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

Die Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aller Krankenhausstandorte werden jeweils zum 1. September des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres an die Landesplanungsbehörden sowie die Landesverbände der Krankenkassen des jeweiligen Bundeslandes und an die Ersatzkassen übermittelt. Detaillierte Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren nach plan. QI-RL sind im Bericht gemäß § 17 der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren vom 28. Oktober 2019 einzusehen. Dieser Bericht wird durch die am 16. April 2020 im Plenum des G-BA beschlossene temporäre Sonderveröffentlichung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren im Internet abgelöst.

Die vorliegende Zusammenfassung stellt die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs nach QSKH RL dar. Um ein vollständiges Bild zu geben, werden ergänzend auch die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren dargestellt. Die nachfolgende Tabelle 4 zeigt zusammenfassend die Ergebnisse der statistisch auffälligen Ergebnisse gemäß plan. QI-RL in den QS-Verfahren. Im Anhang des Berichts sind die Ergebnisse pro Qualitätsindikator aufgeführt.

³ Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 136c Abs. 1 und Abs. 2 SGB V. In der Fassung vom 15. Dezember 2016, zuletzt geändert am 27. März 2020, in Kraft getreten am 27. März 2020. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/91/> (abgerufen am: 13.05.2020).

Tabelle 4: Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens im Verfahren der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (EJ 2018)

QS-Verfahren mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren	Anzahl statistischer Auffälligkeiten nach Neuberechnung N	Unzureichende Qualität		Zureichende Qualität	
		n	%	n	%
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	8	5	62,5	3	37,5
Geburtshilfe	76	34	44,7	42	55,3
Mammachirurgie	29	26	89,7	3	10,3
Gesamt	113	65	57,5	48	42,5

5 Durchführung und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs

5.1 Überblick: Durchführung des Strukturierten Dialogs

Auf Basis der im Erfassungsjahr 2018 von 1.811 Krankenhausstandorten gelieferten 2.479.366 Datensätze wurden für 202 Qualitätsindikatoren mit definierten Referenzbereichen 98.782 Ergebnisse berechnet. Aus zunächst 9.998 Abweichungen von diesen Referenzbereichen bei 1.318 Krankenhausstandorten resultierten nach dem Strukturierten Dialog mit den Verfahrensteilnehmern letztlich 1.482 Qualitätsdefizite (691 Krankenhausstandorte) sowie 568 relevante Dokumentationsmängel (344 Krankenhausstandorte). Bei diesen Zahlen ist zu beachten, dass sie sich auf Indikatorergebnisse und nicht auf Krankenhausstandorte beziehen. In der Regel liefert ein Krankenhausstandort Daten für mehrere QS-Verfahren und somit werden für ihn je nach QS-Verfahren unterschiedlich viele Qualitätsindikatoren berechnet.

Zur Prüfung und Beurteilung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden insgesamt 6.224 Stellungnahmen von den LQS (indirekte Verfahren) und dem IQTIG (direkte Verfahren) angefordert und bearbeitet. In 60 Fällen wurden keine Maßnahmen ergriffen. In 11 Fällen wurde wegen der Schließung des Krankenhauses bzw. der Abteilung auf Maßnahmen verzichtet, in den übrigen Fällen war die rechnerische Auffälligkeit durch einen Einzelfall bedingt. In 28 Fällen wurde nach rechnerischer Auffälligkeit eine „sonstige Maßnahme“ berichtet. Hier begründete sich dies z. B. durch die Schließung einer Abteilung oder einer Klinik, oder die entsprechende Leistung wird am Standort nicht mehr erbracht. Weiterhin wurde nach kollegialen Gesprächen im Vorjahr nur ein entsprechender Hinweis versendet.

Darüber hinaus wurden mit Vertreterinnen und Vertretern von 136 Krankenhausstandorten zu 259 Indikatorergebnissen kollegiale Gespräche geführt; 4 Standorte zu 6 Indikatorergebnissen wurden im Rahmen einer Begehung besucht. Zur Behebung der identifizierten Qualitätsdefizite wurden zu 668 Indikatorergebnissen Zielvereinbarungen mit den Klinikvertreterinnen und -vertretern geschlossen. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden insgesamt 14,8 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse auch als „qualitativ auffällig“ bewertet; in 38,8 % der Fälle konnte der Strukturierte Dialog keine Hinweise auf Qualitätsmängel erbringen. Die entsprechenden Indikatorergebnisse wurden als „qualitativ unauffällig“ bewertet. 36,8 % der rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse wurden mit dem Versand eines Hinweises quittiert.

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

Tabelle 5: Maßnahmen und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt) für die Erfassungsjahre 2018 und 2017 im Vergleich

Strukturierter Dialog	Erfassungsjahr 2017	Erfassungsjahr 2018	
	Anzahl	Anzahl	%
Indikatorergebnisse	110.662	98.782	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse (gesamt)	11.413	9.998	10,1
Maßnahmen (Prozentwerte bezogen auf rechnerisch auffällige Ergebnisse, n = 9.998, 100 %)			
Keine Maßnahmen	88	60	0,6
Hinweise (ohne Klärung der Relevanz der Auffälligkeit)	4.094	3.686	36,9
Stellungnahmen	7.229	6.224	62,3
Sonstiges	2	28	0,3
Weiterführende Maßnahmen (Prozentwerte bezogen auf rechnerisch auffällige Ergebnisse, n = 9.998, 100 %)			
Anlässe für Kollegiale Gespräche	314	259	2,6
Anlässe für Begehungen	17	6	0,1
Zielvereinbarungen	668	674	6,7
Einstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse* (Prozentwert bezogen auf rechnerisch auffällige Ergebnisse, n = 9.998, 100 %)			
Hinweise [H20/H99]	4.091	3.676	36,8
Nach Überprüfung der Stellungnahmen (Prozentwerte bezogen auf rechnerisch auffällige Ergebnisse, n = 9.998, 100 %)			
Qualitativ unauffällig [U31/U32/U33/U99]	4.671	3.883	38,8
Qualitativ auffällig [A41/A42/A99]	1.465	1.482	14,8
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation [D50/D51/D99]	852	568	5,7
Sonstiges [S90/S91/S99]	334	389	3,9

* In 10 Fällen wurde auf einen Hinweis mit einer Stellungnahme reagiert und es erfolgte eine andere Einstufung als H20/H99.

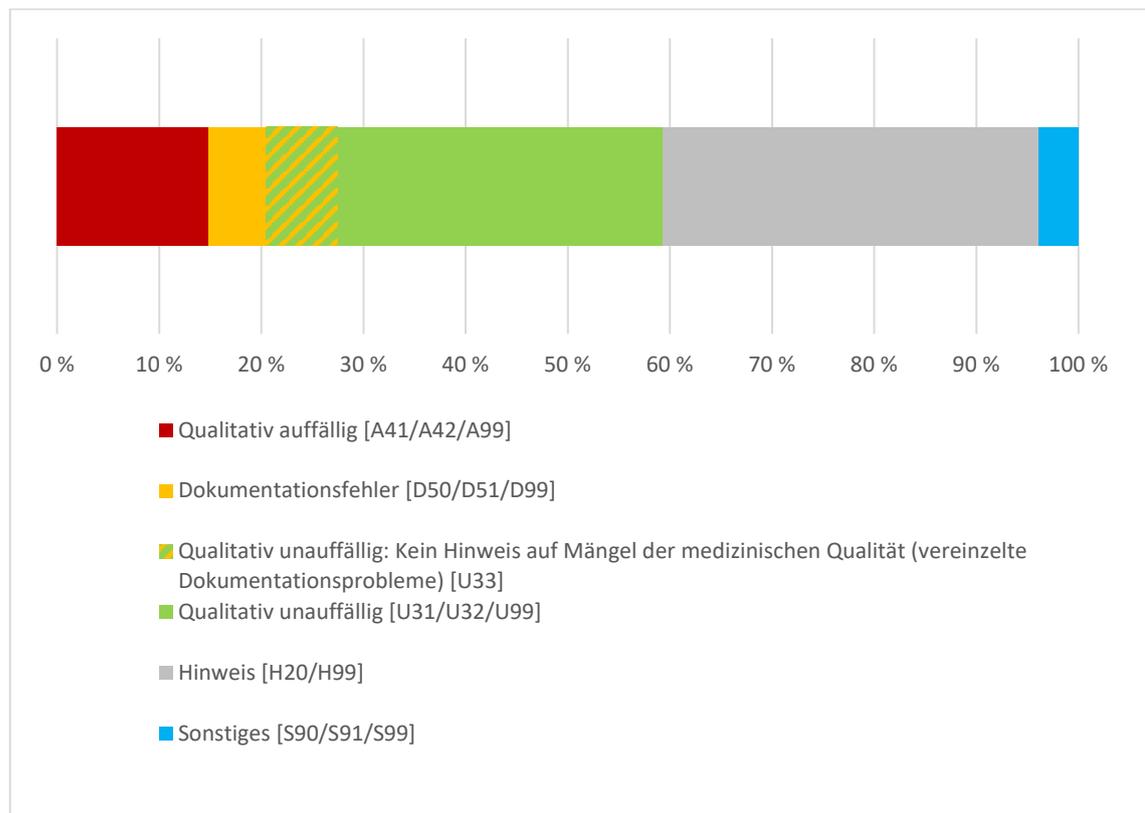


Abbildung 5: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum EJ 2018

Die Abnahme rechnerisch auffälliger Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr ist vor allem auf die verminderte Anzahl an Qualitätsindikatoren zurückzuführen, der Anteil an den Indikatorergebnissen liegt mit 10,1 % im Bereich des Vorjahres (10,3 %).

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

Der Blick auf die Tabellen und Abbildungen zeigt ein heterogenes Bild der unterschiedlichen QS-Verfahren und Bundesländer. Vor allem der Umgang mit weitergehenden Maßnahmen wie Begehungen oder Zielvereinbarungen ist sehr different. In einem Bundesland wird auf weiterführende Maßnahmen verzichtet. Begehungen wurden in zwei Bundesländern und auf Bundesebene bei den direkten Verfahren durchgeführt. Auch die Konsequenzen nach Begehungen und Besprechungen sind in den Bundesländern unterschiedlich. Nur zum Teil werden im Anschluss auch Zielvereinbarungen mit den Krankenhausstandorten getroffen. Die Berichte, die die einzelnen Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung an den GG-BA übermitteln, ergeben ein ähnliches Bild.

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

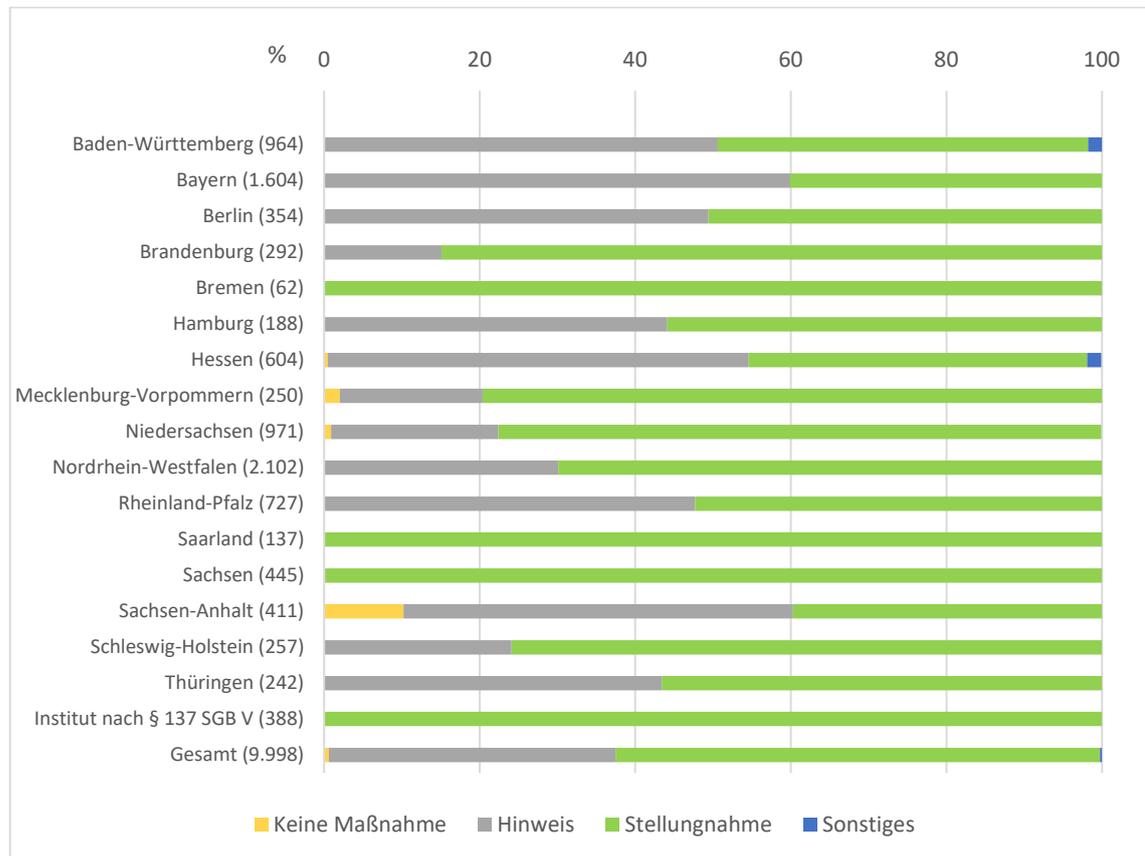


Abbildung 6: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland – ohne weiterführende Maßnahmen, in Klammern die Anzahl der rechnerisch auffälligen Ergebnisse

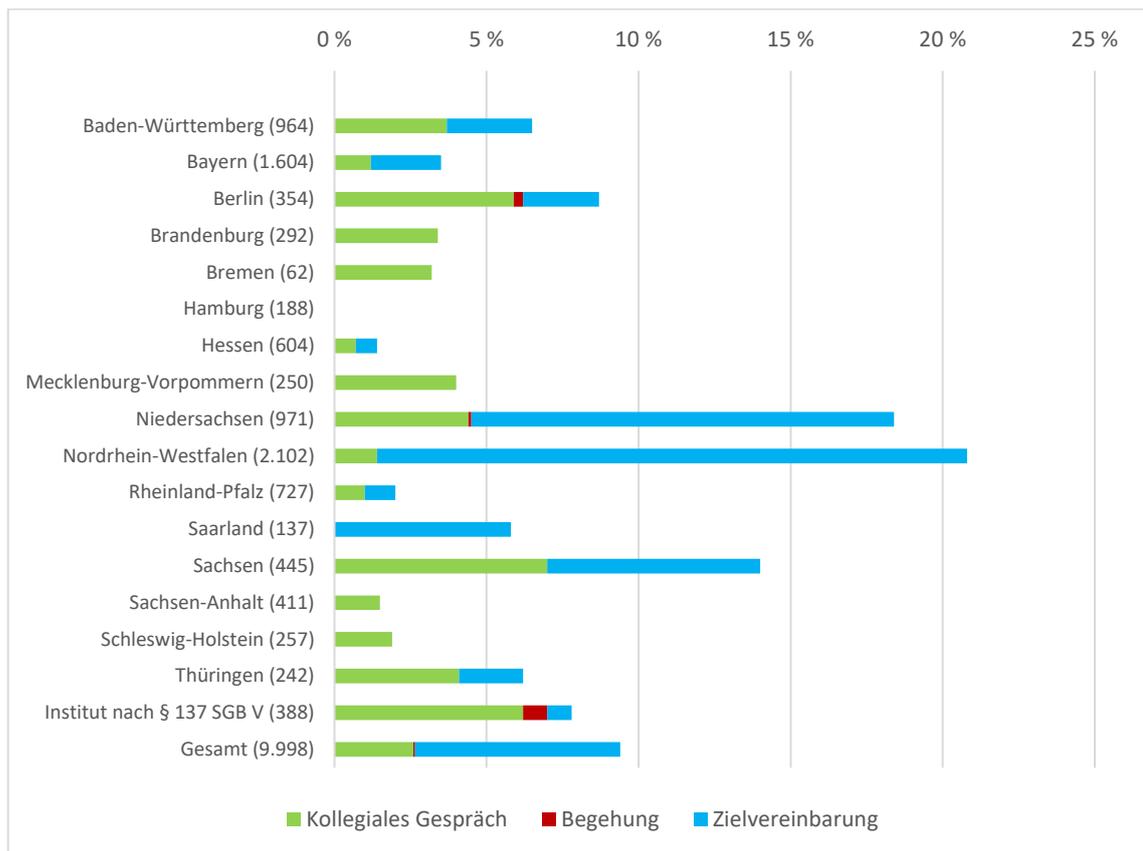


Abbildung 7: Weiterführende Maßnahmen je Bundesland – kollegiale Gespräche, Begehung, Zielvereinbarung in Relation zu der Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse (in Bundesländern ohne Balken wurde keine der Maßnahmen durchgeführt), in Klammern die Anzahl der rechnerisch auffälligen Ergebnisse

Tabelle 6: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	10.199	964	9,5	1	0,1	487	50,5	459	47,6	17	1,8	36	3,7	0	0,0	27	2,8
Bayern	15.297	1.604	10,5	0	0,0	961	59,9	643	40,1	0	0,0	20	1,2	0	0,0	37	2,3
Berlin	3.042	354	11,6	0	0,0	175	49,4	179	50,6	0	0,0	21	5,9	1	0,3	9	2,5
Brandenburg	3.176	292	9,2	0	0,0	44	15,1	248	84,9	0	0,0	10	3,4	0	0,0	0	0,0
Bremen	747	62	8,3	0	0,0	0	0,0	62	100,0	0	0,0	2	3,2	0	0,0	0	0,0
Hamburg	2.028	188	9,3	0	0,0	83	44,1	105	55,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	6.776	604	8,9	3	0,5	327	54,1	263	43,5	11	1,8	4	0,7	0	0,0	4	0,7
Institut nach § 137 SGB V	3.163	388	12,3	0	0,0	0	0,0	388	100,0	0	0,0	24	6,2	3	0,8	3	0,8
Mecklenburg- Vorpommern	2.353	250	10,6	5	2,0	46	18,4	199	79,6	0	0,0	10	4,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	8.906	971	10,9	9	0,9	209	21,5	753	77,5	0	0,0	43	4,4	1	0,1	135	13,9
Nordrhein-Westfalen	22.034	2.102	9,5	0	0,0	633	30,1	1.469	69,9	0	0,0	30	1,4	1	0,0	408	19,4
Rheinland-Pfalz	5.399	727	13,5	0	0,0	347	47,7	380	52,3	0	0,0	7	1,0	0	0,0	7	1,0
Saarland	1.236	137	11,1	0	0,0	0	0,0	137	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	5,8
Sachsen	5.215	445	8,5	0	0,0	1	0,2	444	99,8	0	0,0	31	7,0	0	0,0	31	7,0

Bundesland	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sachsen-Anhalt	3.257	411	12,6	42	10,2	206	50,1	163	39,7	0	0,0	6	1,5	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	2.917	257	8,8	0	0,0	62	24,1	195	75,9	0	0,0	5	1,9	0	0,0	0	0,0
Thüringen	3.037	242	8,0	0	0,0	105	43,4	137	56,6	0	0,0	10	4,1	0	0,0	5	2,1
Gesamt	98.782	9.998	10,1	60	0,6	3.686	36,9	6.224	62,3	28	0,3	259	2,6	6	0,1	674	6,7

Tabelle 7: Durchgeführte Maßnahmen pro Auswertungsmodul

Auswertungsmodul	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Herzschrittmacher-Implantation	11.217	1.068	9,5	6	0,6	484	45,3	578	54,1	0	0,0	11	1,0	0	0,0	77	7,2
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	1.845	139	7,5	1	0,7	85	61,2	53	38,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,4
Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation	2.585	160	6,2	0	0,0	86	53,8	74	46,3	0	0,0	3	1,9	0	0,0	2	1,3

Auswertungsmodul	Indikator- ergebnisse n	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	5.890	558	9,5	6	1,1	309	55,4	243	43,5	0	0,0	6	1,1	0	0,0	26	4,7
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	1.409	54	3,8	0	0,0	34	63,0	20	37,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	4.087	267	6,5	5	1,9	142	53,2	120	44,9	0	0,0	1	0,4	0	0,0	6	2,2
Karotis-Revaskularisation	3.017	222	7,4	3	1,4	96	43,2	123	55,4	0	0,0	9	4,1	0	0,0	7	3,2
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)*	6.628	786	11,9	4	0,5	282	35,9	500	63,6	0	0,0	11	1,4	0	0,0	55	7,0
Mammachirurgie*	5.348	569	10,6	3	0,5	197	34,6	369	64,9	0	0,0	12	2,1	0	0,0	38	6,7
Geburtshilfe*	4.915	239	4,9	2	0,8	65	27,2	172	72,0	0	0,0	10	4,2	0	0,0	28	11,7
Neonatalogie	3.234	305	9,4	0	0,0	44	14,4	260	85,2	1	0,3	10	3,3	0	0,0	18	5,9
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	7.843	865	11,0	5	0,6	309	35,7	540	62,4	11	1,3	37	4,3	1	0,1	73	8,4
Hüftendoprothesenversorgung	15.028	1.859	12,4	11	0,6	663	35,7	1.175	63,2	10	0,5	60	3,2	0	0,0	128	6,9
Knieendoprothesenversorgung	10.143	756	7,5	11	1,5	371	49,1	372	49,2	2	0,3	5	0,7	0	0,0	38	5,0
Pflege: Dekubitusprophylaxe	3.856	555	14,4	0	0,0	9	1,6	544	98,0	2	0,4	17	3,1	2	0,4	56	10,1
Ambulant erworbene Pneumonie	8.574	1.208	14,1	3	0,2	510	42,2	693	57,4	2	0,2	43	3,6	0	0,0	117	9,7

Auswertungsmodul	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Koronarchirurgie, isoliert	243	13	5,3	0	0,0	0	0,0	13	100,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	1	7,7
Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	339	17	5,0	0	0,0	0	0,0	17	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	243	14	5,8	0	0,0	0	0,0	14	100,0	0	0,0	0	0,0	1	7,1	1	7,1
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	160	13	8,1	0	0,0	0	0,0	13	100,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	1	7,7
Herztransplantation	151	53	35,1	0	0,0	0	0,0	53	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Herzunterstützungssysteme/Kunsterzen	295	46	15,6	0	0,0	0	0,0	46	100,0	0	0,0	2	4,3	0	0,0	0	0,0
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	108	41	38,0	0	0,0	0	0,0	41	100,0	0	0,0	2	4,9	0	0,0	0	0,0
Lebertransplantation	196	32	16,3	0	0,0	0	0,0	32	100,0	0	0,0	2	6,3	0	0,0	0	0,0
Leberlebendspende	145	11	7,6	0	0,0	0	0,0	11	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nierentransplantation	494	50	10,1	0	0,0	0	0,0	50	100,0	0	0,0	15	30,0	0	0,0	0	0,0
Nierenlebendspende	565	49	8,7	0	0,0	0	0,0	49	100,0	0	0,0	3	6,1	0	0,0	0	0,0
Pankreas- und Pankreas- Nierentransplantation	224	49	21,9	0	0,0	0	0,0	49	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	98.782	9.998	10,1	60	0,6	3.686	36,9	6.224	62,3	28	0,3	259	2,6	6	0,1	674	6,7

* QS-Verfahren mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

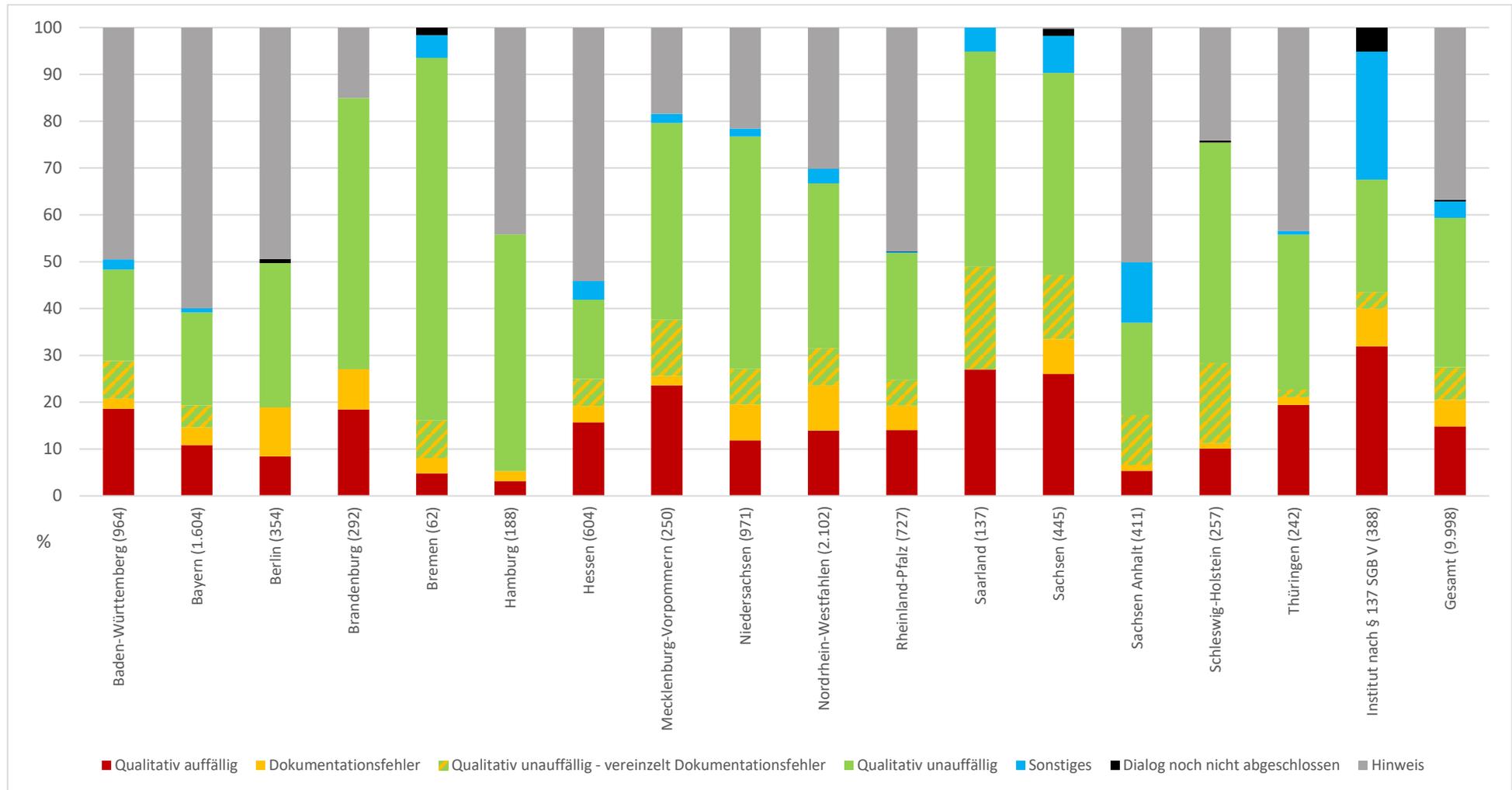


Abbildung 8: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse aller QS-Verfahren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland, in Klammern die Anzahl der rechnerisch auffälligen Ergebnisse

Tabelle 8: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit N	Qualitativ auffällig		Qualitativ unauffällig		Fehlerhafte Dokumentation		Sonstiges		Hinweis	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	964	179	18,6	266	27,6	21	2,2	21	2,2	477	49,5
Bayern	1604	174	10,8	393	24,5	61	3,8	15	0,9	961	59,9
Berlin	354	30	8,5	109	30,8	37	10,5	3	0,8	175	49,4
Brandenburg	292	54	18,5	169	57,9	25	8,6	0	0,0	44	15,1
Bremen	62	3	4,8	53	85,5	2	3,2	4	6,5	0	0,0
Hamburg	188	6	3,2	95	50,5	4	2,1	0	0,0	83	44,1
Hessen	604	95	15,7	137	22,7	21	3,5	24	4,0	327	54,1
Institut nach § 137 SGB V	388	124	32,0	107	27,6	31	8,0	126	32,5	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	250	59	23,6	135	54,0	5	2,0	5	2,0	46	18,4
Niedersachsen	438	60	13,7	238	54,3	38	8,7	5	1,1	97	22,1
Nordrhein-Westfalen	2102	293	13,9	907	43,1	203	9,7	66	3,1	633	30,1
Rheinland-Pfalz	727	102	14,0	237	32,6	38	5,2	3	0,4	347	47,7
Saarland	137	37	27,0	93	67,9	0	0,0	7	5,1	0	0,0
Sachsen	445	116	26,1	253	56,9	33	7,4	42	9,4	1	0,2
Sachsen-Anhalt	411	22	5,4	125	30,4	5	1,2	53	12,9	206	50,1
Schleswig-Holstein	257	26	10,1	165	64,2	3	1,2	1	0,4	62	24,1

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig		Qualitativ unauffällig		Fehlerhafte Dokumentation		Sonstiges		Hinweis	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Thüringen	242	47	19,4	84	34,7	4	1,7	2	0,8	105	43,4
Gesamt	9.465	1.427	15,1	3.566	37,7	531	5,6	377	4,0	3.564	37,7

Tabelle 9: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Auswertungsmodul

Auswertungsmodul	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit n	Qualitativ auffällig A41, A42, A99		Qualitativ unauffällig U31, U32, U33, U99		Fehlerhafte Dokumentation D50, D51, D99		Sonstiges S90, S91, S99		Hinweis H20, H99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Herzschrittmacher-Implantation	11.217	1.068	179	16,8	327	30,6	38	3,6	40	3,7	484	45,3
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	1.845	139	20	14,4	22	15,8	11	7,9	1	0,7	85	61,2
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/ -Explantation	2.585	160	8	5,0	66	41,3	0	0,0	0	0,0	86	53,8
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	5.890	558	59	10,6	165	29,6	17	3,0	8	1,4	309	55,4
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	1.409	54	4	7,4	15	27,8	1	1,9	0	0,0	34	63,0
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	4.087	267	16	6,0	103	38,6	0	0,0	6	2,2	142	53,2

Auswertungsmodul	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit n	Qualitativ auffällig A41, A42, A99		Qualitativ unauffällig U31, U32, U33, U99		Fehlerhafte Dokumentation D50, D51, D99		Sonstiges S90, S91, S99		Hinweis H20, H99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Karotis-Revaskularisation	3.017	222	24	10,8	87	39,2	8	3,6	7	3,2	96	43,2
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)*	6.628	786	51	6,5	386	49,1	53	6,7	14	1,8	282	35,9
Mammachirurgie*	5.348	569	81	14,2	255	44,8	21	3,7	15	2,6	197	34,6
Geburtshilfe*	4.915	239	54	22,6	90	37,7	18	7,5	12	5,0	65	27,2
Neonatologie	3.234	305	38	12,5	202	66,2	14	4,6	7	2,3	44	14,4
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	7.843	865	165	19,1	331	38,3	45	5,2	20	2,3	304	35,1
Hüftendoprothesenversorgung	15.028	1859	215	11,6	829	44,6	99	5,3	58	3,1	658	35,4
Knieendoprothesenversorgung	10.143	756	55	7,3	259	34,3	45	6,0	26	3,4	371	49,1
Pflege: Dekubitusprophylaxe	3.856	555	124	22,3	348	62,7	60	10,8	14	2,5	9	1,6
Ambulant erworbene Pneumonie	8.574	1.208	265	21,9	291	24,1	107	8,9	35	2,9	510	42,2
Koronarchirurgie, isoliert	243	13	9	69,2	1	7,7	3	23,1	0	0,0	0	0,0
Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	339	17	8	47,1	6	35,3	3	17,6	0	0,0	0	0,0
Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	243	14	4	28,6	9	64,3	1	7,1	0	0,0	0	0,0
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	160	13	7	53,8	5	38,5	1	7,7	0	0,0	0	0,0

Auswertungsmodul	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit n	Qualitativ auffällig A41, A42, A99		Qualitativ unauffällig U31, U32, U33, U99		Fehlerhafte Dokumentation D50, D51, D99		Sonstiges S90, S91, S99		Hinweis H20, H99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Herztransplantation	151	53	11	20,8	10	18,9	1	1,9	31	58,5	0	0,0
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	295	46	18	39,1	18	39,1	8	17,4	2	4,3	0	0,0
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	108	41	11	26,8	7	17,1	0	0,0	23	56,1	0	0,0
Lebertransplantation	196	32	12	37,5	4	12,5	2	6,3	14	43,8	0	0,0
Leberlebendspende	145	11	1	9,1	5	45,5	0	0,0	5	45,5	0	0,0
Nierentransplantation	494	50	20	40,0	11	22,0	7	14,0	12	24,0	0	0,0
Nierenlebendspende	565	49	14	28,6	23	46,9	2	4,1	10	20,4	0	0,0
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	224	49	9	18,4	8	16,3	3	6,1	29	59,2	0	0,0
Gesamt	98.782	9.998	1.482	14,8	3.883	38,8	568	5,7	389	3,9	3.676	36,8

* QS-Verfahren mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

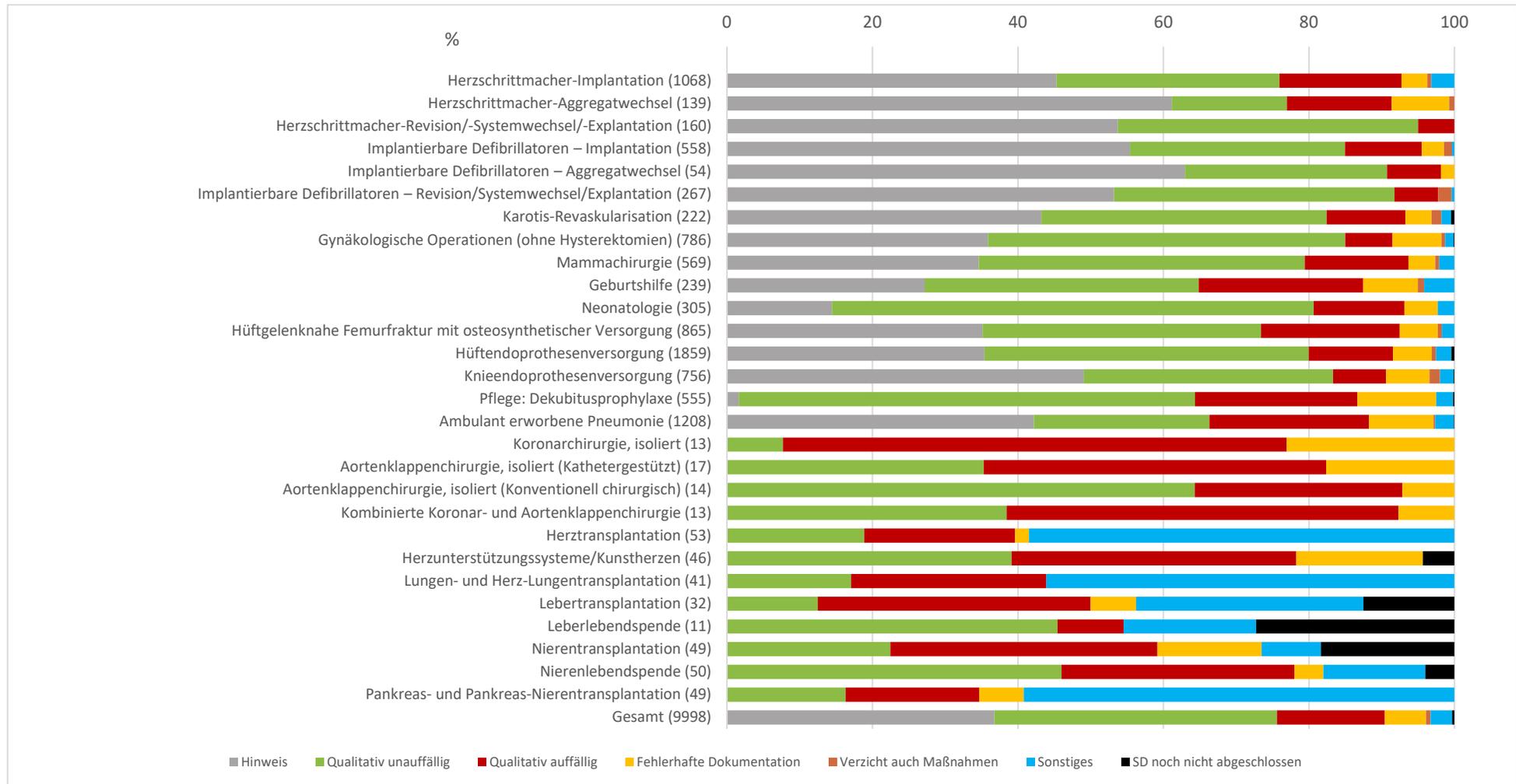


Abbildung 9: Ergebniseinstufungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro QS-Verfahren, in Klammern die Anzahl der rechnerisch auffälligen Ergebnisse

5.2 Ergebnisse der Versorgungsbereiche

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Ergebnisse und die Prozesse der geführten Strukturierten Dialoge in den einzelnen QS-Verfahren näher betrachtet. Die Darstellung der Ergebnisse ist nach Versorgungsbereichen gegliedert.⁴ Die jeweiligen Diagramme zeigen die Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte und heben qualitativ auffällige Ergebnisse im Versorgungsbereich hervor.

Im Anhang zu diesem Bericht sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs detailliert pro Qualitätsindikator für jedes QS-Verfahren in einer Tabelle dargestellt. Dort finden sich auch wiederholte Auffälligkeiten im Vergleich der Erfassungsjahre 2016 und 2017. Weiterhin enthält der Anhang für jedes QS-Verfahren eine Darstellung der durchgeführten Maßnahmen pro Qualitätsindikator und pro Bundesland sowie der Ergebnisse pro Bundesland.

5.2.1 Gefäßchirurgie

Stefan Sens, Dr. Arne Deiseroth

▪ QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation

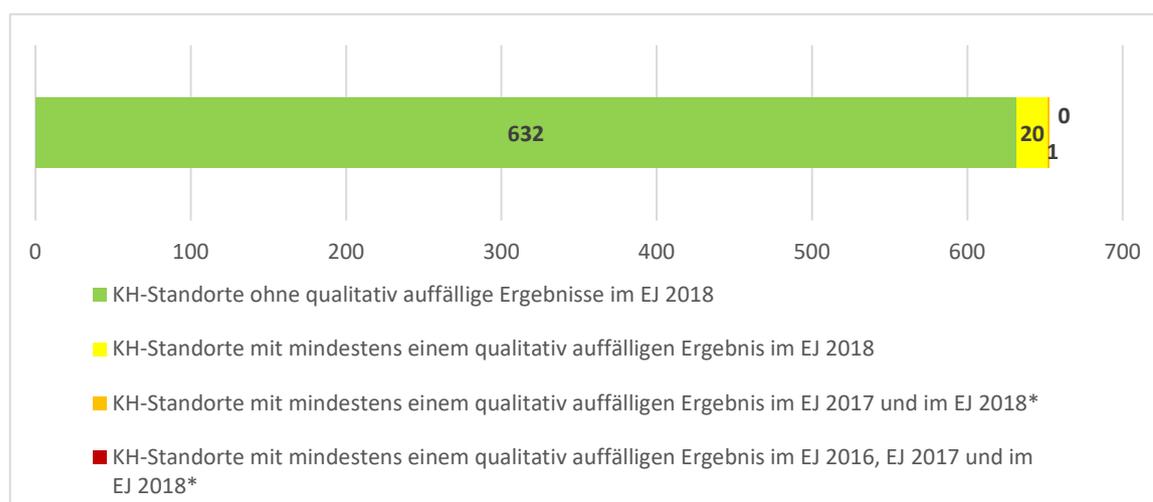


Abbildung 10: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog im QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2016, 2017 und 2018 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs über die Daten des Erfassungsjahres 2018 zeigt sich im QS-Verfahren *Karotis-Revaskularisation* ein insgesamt positives Bild. Während im Vorjahr die Anzahl der Krankenhausstandorte mit mindestens einem qualitativ auffälligen Ergebnis noch bei 23 lag, sind es für das Erfassungsjahr 2018 nur noch 21 Krankenhausstandorte mit mindestens

⁴ Die Zuordnung der QS-Verfahren zu den einzelnen Versorgungsbereichen ist Tabelle 1 zu entnehmen.

einem qualitativ auffälligen Ergebnis. Diesbezüglich ist jedoch zu beachten, dass sich das Qualitätsindikatorenset gegenüber dem Vorjahr verändert hat. So sind die zwei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren, die schwere Schlaganfälle und Todesfälle im Zusammenhang mit offen-chirurgischen bzw. kathetergestützten Eingriffen an der Karotis betrachteten, zu einer Transparenzkennzahl modifiziert worden und somit nicht mehr Gegenstand des Strukturierten Dialogs. In beiden Qualitätsindikatoren sind im Vorjahr bundesweit 15 Krankenhausstandorte als qualitativ auffällig bewertet worden. Neu hinzugekommen ist mit dem Erfassungsjahr 2018 der Qualitätsindikator „Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit“ (ID 161800). In diesem Qualitätsindikator wurde im Einführungsjahr für 7 Krankenhausstandorte eine qualitative Auffälligkeit festgestellt.

Darüber hinaus ist anzumerken, dass bundesweit nur 3 Krankenhausstandorte in mehr als einem Qualitätsindikator eine qualitative Auffälligkeit aufwiesen. Diese bezog sich für alle 3 Krankenhausstandorte auf die Qualitätsindikatoren „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch“ (ID 11704) und „Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit“ (ID 161800). Mit Blick auf die Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog des Vorjahres ist festzuhalten, dass lediglich ein Krankenhausstandort sowohl im Erfassungsjahr 2017 als auch im Erfassungsjahr 2018 als qualitativ auffällig bewertet wurde.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass qualitative Auffälligkeiten nur für die Hälfte der eingesetzten Qualitätsindikatoren festgestellt wurden. Diese bezogen sich auf die zwei Ergebnisindikatoren (IDs 11704, 51873), den Sentinel-Event-Indikator (ID 52240) und den neu eingeführten Prozessindikator (ID 161800).

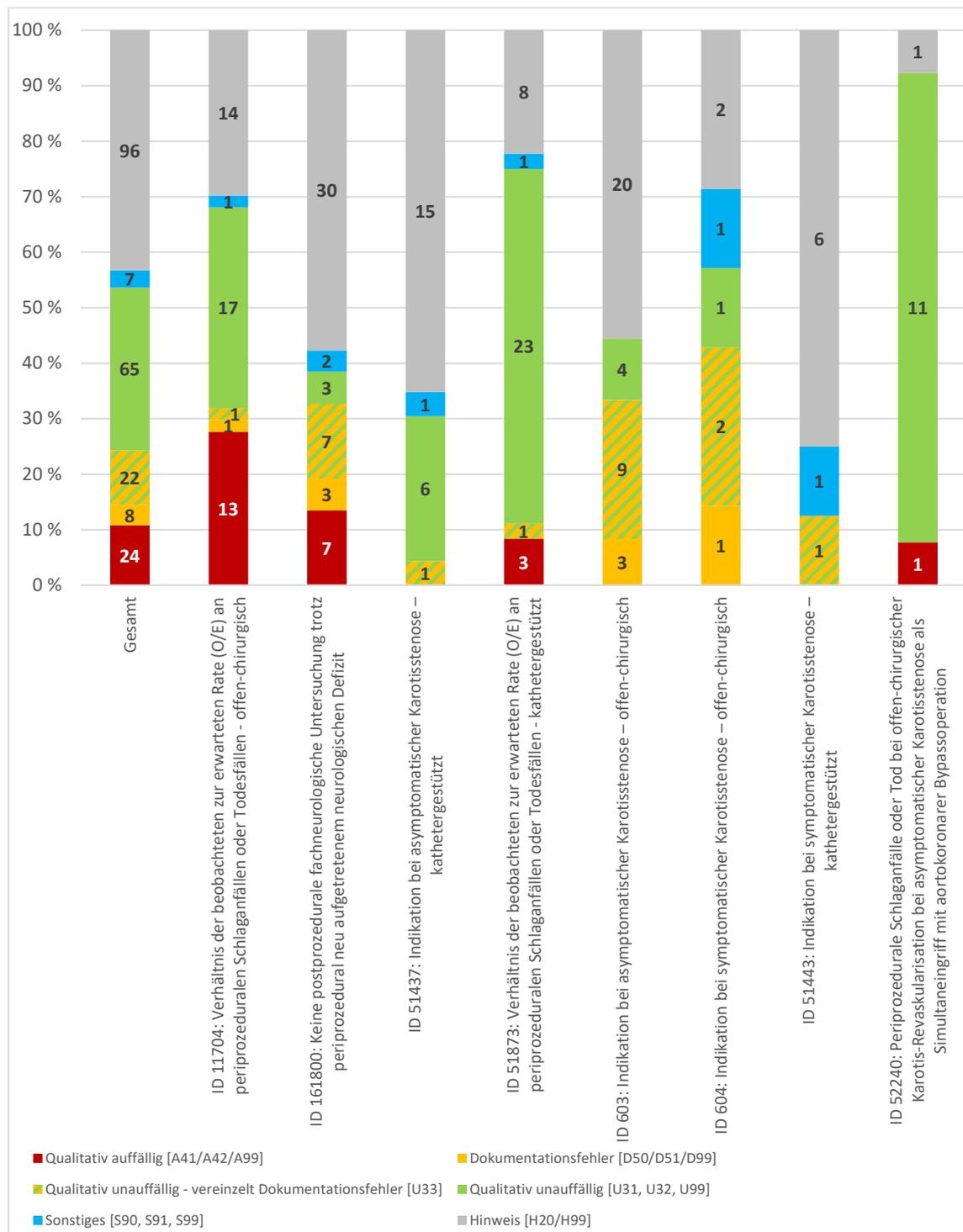


Abbildung 11: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation

In den vier Qualitätsindikatoren, die die korrekte Indikationsstellung überprüfen (IDs 603, 604, 51443, 51437), wurde bei keinem Krankenhausstandort ein qualitativ auffälliges Ergebnis festgestellt. Insgesamt fällt jedoch auf, dass der Anteil rechnerischer Auffälligkeiten bei der Indikationsstellung asymptomatischer Karotisstenosen (6,7 % offen-chirurgisch / 6,9 % kathetergestützt) größer ist als bei der Indikationsstellung symptomatischer Karotisstenosen (1,4 % offen-

chirurgisch / 2,7 % kathetergestützt). Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass für weit über die Hälfte (58,1 %) aller rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurde und stattdessen auf der Grundlage von § 11 Abs. 2 QSKH-RL Hinweise versandt wurden. Dieses Vorgehen hat zur Konsequenz, dass für diese Krankenhausstandorte keine Bewertung des rechnerisch auffälligen Ergebnisses stattgefunden hat und somit keine valide Aussage darüber getroffen werden kann, ob für diese Krankenhausstandorte eine qualitative Auffälligkeit vorlag.

Für die beiden risikoadjustierten Qualitätsindikatoren (IDs 11704 und 51873), die Schlaganfälle und Todesfälle im Zusammenhang mit offen-chirurgischen bzw. kathetergestützten Eingriffen an der Karotis betrachten, ergaben sich insgesamt 83 rechnerische Auffälligkeiten, zu denen 22 Hinweise versandt und 61 Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurden. Im Zuge der Stellungnahmeverfahren wurde bundesweit für 16 Krankenhausstandorte (15-mal A41 und einmal A42) eine qualitative Auffälligkeit festgestellt. Davon bezogen sich 81,2 % (13 Krankenhausstandorte) auf den Qualitätsindikator 11704, der Schlaganfälle und Todesfälle bei offen-chirurgischen Karotiseingriffen betrachtet. Im Weiteren ist anzumerken, dass der Indikator 11704 im Vergleich zu den anderen Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens die höchste Sensitivität aufweist. So ist für 27,7 % der rechnerischen Auffälligkeiten im Rahmen des Strukturierten Dialogs die Bewertung „qualitativ auffällig“ vergeben worden. Als weiterführende Maßnahmen wurden mit jeweils fünf Krankenhausstandorten Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Qualität geschlossen und Begehungen durchgeführt.

Der Sentinel-Event-Indikator 52240 betrachtet die Qualität von Eingriffen, bei denen eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei einer asymptomatischen Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wird. Sobald an einem Krankenhausstandort ein Todesfall oder ein perioperativer Schlaganfall in Zusammenhang mit diesem Eingriff auftritt, ist ein Stellungnahmeverfahren verpflichtend durchzuführen. 22,4 % (n = 13) aller in den Sentinel-Event-Indikator eingeschlossenen Krankenhausstandorte (n = 58) waren rechnerisch auffällig. Im Ergebnis der durchgeführten Stellungnahmeverfahren haben sich bei einem Krankenhausstandort Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (A99) ergeben. Dessen ungeachtet liegt die Gesamtrate qualitativ auffälliger Krankenhausstandorte gemessen an allen in den Qualitätsindikator eingeschlossenen Krankenhäuser nur bei 1,7 %. Von Seiten einer LQS wurde angeregt den Qualitätsindikator aufgrund der unklaren Studienlage in eine Transparenzkennzahl umzuwandeln.

Mit dem Qualitätsindikator 161800, der zum Erfassungsjahr 2018 neu eingeführt wurde, soll ermittelt werden, ob bei Auftreten periprozeduraler neurologischer Komplikationen zur diagnostischen Abklärung der Symptome eine Fachärztin oder ein Facharzt für Neurologie hinzugezogen wurde. Krankenhäuser werden in diesem Qualitätsindikator rechnerisch auffällig, wenn für mehr als 5 % ihrer Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde und ein neues periprozedurales neurologisches Defizit aufgetreten ist, keine Fachärztin und kein Facharzt für Neurologie hinzugezogen wurde. Mit Blick auf die Ergebnisse aus dem Erfassungsjahr 2018 lässt sich

festhalten, dass bundesweit 15,8 % der in den Qualitätsindikator eingeschlossenen Krankenhausstandorte (n = 330) ein rechnerisch auffälliges Ergebnis aufwiesen. Mehr als die Hälfte (n = 30) der rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte erhielten Hinweise. Mit 22 Krankenhausstandorten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt, im Zuge dessen für 7 Krankenhausstandorte eine qualitative Auffälligkeit festgestellt wurde. Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass den rechnerischen Auffälligkeiten jeweils nur sehr kleine Fallzahlen zugrunde lagen.

Bezogen auf alle Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren *Karotis-Revaskularisation* ergaben sich 222 rechnerische Auffälligkeiten. Dies entspricht einem Anteil von 7,4 % an allen Indikatorergebnissen in diesem QS-Verfahren. Für 24 der rechnerisch auffälligen Qualitätsergebnisse erfolgte im Rahmen des Strukturierten Dialogs die Einstufung „qualitativ auffällig“ (22-mal A41 / einmal A42 / einmal A99). Dies entspricht einem Anteil von 10,8 % an allen rechnerischen Auffälligkeiten bzw. 0,8 % an allen Qualitätsergebnissen in dem Verfahren. Eine fehlerhafte Dokumentation konnte im Rahmen des Strukturierten Dialogs nur vereinzelt – insgesamt bei 8 Indikatorergebnissen – festgestellt werden.

5.2.2 Pneumonie

Leif Warming, Stefanie Holleck-Weithmann

▪ QS-Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie

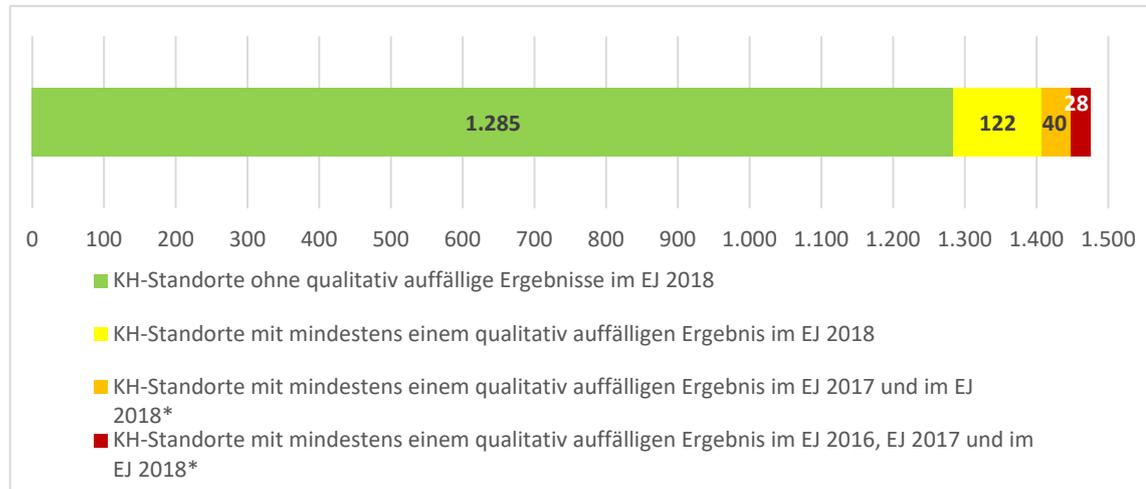


Abbildung 12: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog im QS-Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2016, 2017 und 2018 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im Erfassungsjahr 2018 wurden im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* von 1.416 Standorten insgesamt 289.020 QS-Datensätze geliefert.

Die rechnerisch auffälligen Ergebnisse gingen von 1.217 im Jahr 2017 leicht zurück auf 1.208 im Jahr 2018. Auch gab es weniger qualitative Auffälligkeiten: Im Jahr 2018 waren es mit 265 qualitativen Auffälligkeiten 3 weniger als noch im Jahr 2017.

Der Anteil der qualitativen Auffälligkeiten an den rechnerisch auffälligen Ergebnissen lag im Jahr 2017 mit 22,0 % und im Jahr 2018 mit 21,9 % auf gleichem Niveau. Dabei haben sich die Ergebnisse von 4 Indikatoren ebenfalls kaum verändert. Jedoch gab es im Indikator 2028 deutlich mehr qualitative Auffälligkeiten (106 gegenüber 88) und im Indikator 50722 deutlich weniger (75 gegenüber 91).

Der Abbildung 12 ist zu entnehmen, dass 190 Standorte 2018 mindestens eine qualitative Auffälligkeit aufwiesen, gegenüber 212 Standorten im Jahr 2017. Bei insgesamt 265 qualitativen Auffälligkeiten bedeutet dies, dass jeder dieser 190 Standorte im Durchschnitt in ca. 1,4 Indikatoren qualitativ auffällig wurde (2017 waren es ca. 1,2 Indikatoren, 2016 ca. 1,6 Indikatoren). Von diesen 190 Standorten wies etwa ein Fünftel schon im Vorjahr mindestens eine qualitative Auffälligkeit auf. Circa 15 % (n = 28) der Standorte waren drei Jahre in Folge in mindestens einem Indikator qualitativ auffällig. Damit ist die Anzahl der Standorte mit mindestens einem qualitativ

auffälligen Ergebnis in drei aufeinanderfolgenden Jahren leicht zurückgegangen. 2018 waren es noch 32 Standorte (ca. 15 % aller Standorte mit mindestens einer Auffälligkeit).

In 105 Fällen war im Jahr 2017 aufgrund von Dokumentationsproblemen keine Bewertung möglich (8,8 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse). 2018 waren es 107 Fälle (8,9 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse). Somit wurden etwa gleich viele Probleme bei der Dokumentation im Vergleich zum Vorjahr aufgedeckt. Die meisten Dokumentationsprobleme gab es beim Indikator zur frühen Bestimmung der Atemfrequenz (ID 50722) (13,6 %; n = 38).

2018 wurden 510 Hinweise verschickt. 2017 waren es noch 439. Der Anteil verschickter Hinweise an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich somit im Jahr 2018 mit 42,2 % gegenüber 2017 mit 36,6 % etwas erhöht.

Bundesweit führten im Jahr 2018 117 Indikatorergebnisse (9,7 % aller rechnerischen Auffälligkeiten) zum Abschluss von Zielvereinbarungen. 2017 waren es 131 (10,9 %). In 43 Fällen (3,7 %) wurden kollegiale Gespräche durchgeführt (2017: 34; 2,9 %). Das Instrument der Begehungen wurde im Jahr 2019 zu den Ergebnissen für das Erfassungsjahr 2018 gar nicht genutzt, im davorliegenden Jahr dreimal.

Von den insgesamt 265 als „qualitativ auffällig“ bewerteten rechnerisch auffälligen Ergebnissen gehen 2018 85,2 % (n = 226) auf 3 Indikatoren zurück:

- ID 2009: „Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)“ (n = 45)
- ID 2028: „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ (n = 106)
- ID 50722: „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ (n = 75)

Auf die restlichen 4 Indikatoren entfallen entsprechend 39 qualitative Auffälligkeiten:

- ID 2005: „Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie“ (n = 9)
- ID 2013: „Frühmobilisation nach Aufnahme“ (n = 22)
- ID 50778: „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ (n = 8)

In der Regel werden die qualitativen Auffälligkeiten bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten angegeben. Denn nur Standorte, die rechnerisch auffällig sind, können auch qualitativ auffällig werden. Dennoch kann für einen Gesamteindruck auch die Angabe der qualitativen Auffälligkeiten bezogen auf sämtliche Standorte, die Daten zum jeweiligen Indikator geliefert haben, interessant sein: Der Anteil qualitativer Auffälligkeiten an allen Standorten, die im jeweiligen Indikator im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* Daten geliefert haben, reicht von 0,6 % (ID 50778: „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“) bis 7,6 % (ID 2028: „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“).

Auch hinsichtlich dieses Anteils hat es die deutlichsten Änderungen (>+ 1 Prozentpunkt) im Vergleich zum Vorjahr beim Indikator „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ (ID 2028) und beim Indikator „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ (ID 50722) gegeben. Beim Indikator zur vollständigen Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung hat sich das Ergebnis von 6,3 % auf 7,6 % verschlechtert, während sich das Ergebnis zum Indikator zur Atemfrequenzmessung bei Aufnahme verbessert hat von 6,4 % auf

5,2 %. Diese beiden Indikatoren haben gleichzeitig die höchsten Anteile qualitativer Auffälligkeiten bezogen auf alle Standorte, die Daten geliefert haben.

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

- ID 2028: „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“
Als Gründe für rechnerische und qualitative Auffälligkeiten wurden, neben strukturellen Defiziten wie fehlenden geeigneten Verfahrensabläufen in der Aufnahme oder Personalmangel bzw. Personalwechsel und fehlende Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, auch eine verzögerte Diagnosestellung und die fehlerhafte digitale Erfassung oder die fehlende Dokumentation, z. B. aufgrund von Schnittstellenproblemen der Software in der Notaufnahme, von einzelnen Werten genannt. Genannt wurden aber auch unzureichende Kenntnisse bezüglich des Qualitätsziels und der Dokumentation.
- ID 50722: „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“
Im Indikator zur Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme kam es aufgrund von Dokumentationsproblemen, Personalwechsel, fehlenden Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, einer späten Diagnose der ambulant erworbenen Pneumonie im Verlauf des Klinikaufenthalts, aber auch durch Messfehler zu rechnerischen Auffälligkeiten. Als weiterer Grund, der eine besondere Herausforderung für die Krankenhäuser darstellt, wurde genannt, dass Patientinnen und Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie auf unterschiedlichen Stationen aufgenommen werden. Die geforderten Prozesse müssen somit auf vielen Stationen eines Krankenhauses bekannt und geeignete Verfahrensabläufe implementiert sein. Weiterhin wurden Prozessprobleme bei diesen „Außenliegern“ benannt.

Fazit

Der Anteil qualitativer Auffälligkeiten an den rechnerischen Auffälligkeiten bleibt gegenüber dem Vorjahr auf einem ähnlich hohen Niveau. Etwas mehr als jede fünfte rechnerische Auffälligkeit führte in diesem Verfahren zu einer Bewertung als „qualitativ auffällig“. Auch bezüglich des Anteils an Dokumentationsproblemen gab es kaum eine Veränderung.

Hinsichtlich des Anteils an qualitativen Auffälligkeiten bezogen auf sämtliche Standorte, die Daten zum jeweiligen Indikator geliefert haben, gibt es außer bei zwei Indikatoren nur geringe Unterschiede im Vergleich zum Vorjahr. Der Indikator zur frühen Messung der Atemfrequenz weist hinsichtlich dieses Anteils eine deutlichere Verbesserung auf, der Indikator zur vollständigen Bestimmung der Stabilitätskriterien eine deutlichere Verschlechterung.

Im Strukturierten Dialog wurden auch im Jahr 2019 wieder in der Mehrheit der Bundesländer Standorte identifiziert, die im Rahmen des Strukturierten Dialogs zu einer deutlichen Optimierung ihrer Prozesse aufgefordert werden mussten.

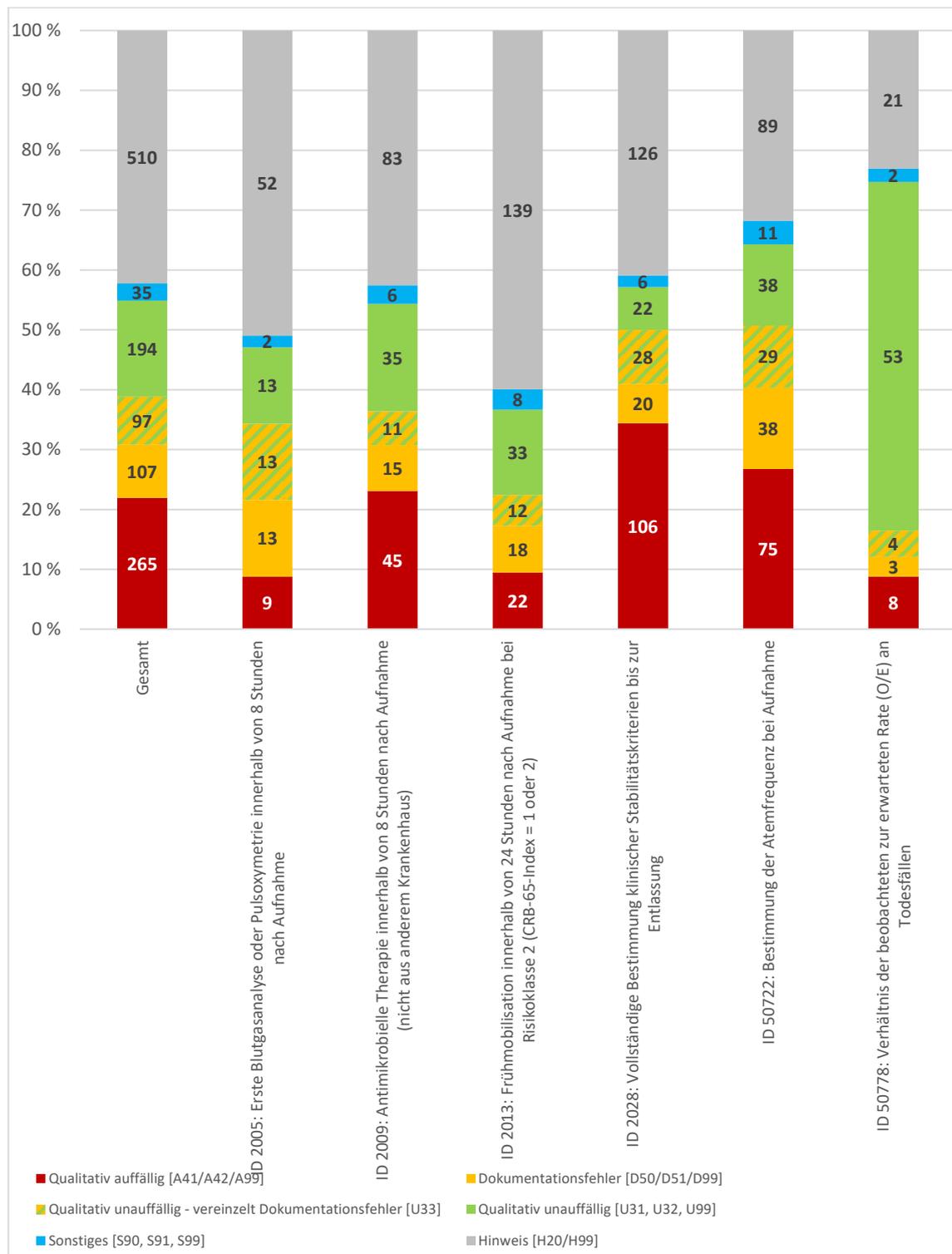


Abbildung 13: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie

5.2.3 Herzschrittmacher und Defibrillatoren

Florian Rüppel, Alina Wolfschütz, Stefanie Holleck-Weithmann, Martina Bock

- QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodule⁵ *Herzschrittmacher-Implantation, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation*)
- QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren* (Auswertungsmodule *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation, Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel, Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation*)

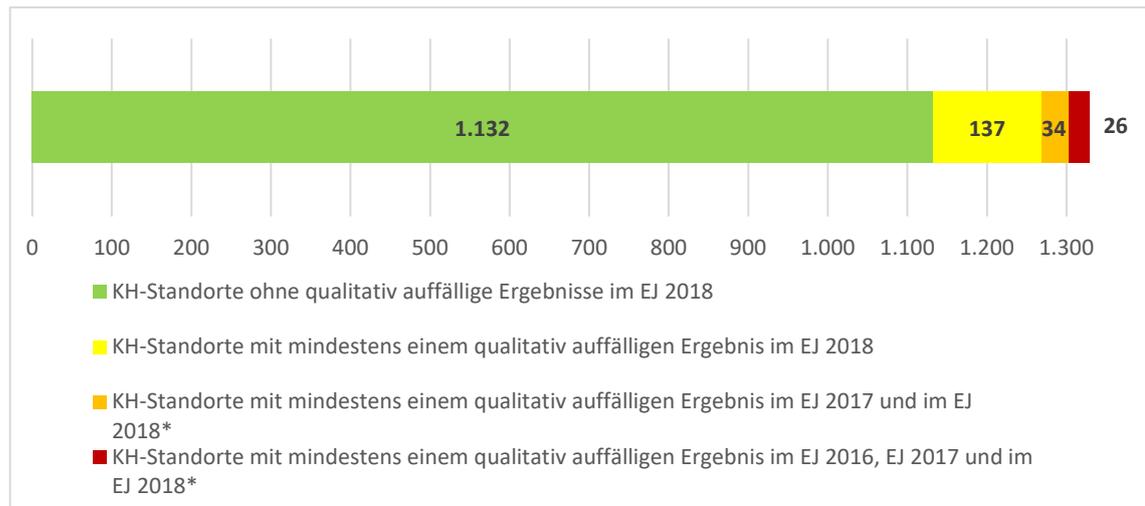


Abbildung 14: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog im Versorgungsbereich Herzschrittmacher und Defibrillatoren

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2016, 2017 und 2018 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Von den 1.329 Krankenhausstandorten, in denen im Erfassungsjahr 2018 mindestens ein QS-dokumentationspflichtiger Schrittmacher- oder Defibrillatöreingriff durchgeführt wurde, wurden 197 (14,8 %) mindestens in einem der 32 Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig bewertet. Im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2017) ist der Anteil an Krankenhausstandorten, die in mindestens einem Indikator als qualitativ auffällig bewertet wurden, von 15,5 % auf 14,8 % leicht gesunken. Gleichzeitig ist die Anzahl an wiederholt qualitativ auffälligen Standorten im Vergleich zum Vorjahr gesunken. Im Erfassungsjahr 2017 wiesen 75 Krankenhausstandorte mindestens ein qualitativ auffälliges Ergebnis in zwei bzw. drei aufeinanderfolgenden Erfassungsjahren auf. Diese Anzahl ist im Erfassungsjahr 2018 auf 60 gesunken. Gleichzeitig ist die Anzahl der Krankenhausstandorte mit mindestens einem qualitativ auffälligen Ergebnis in drei aufeinanderfolgenden Jahren mit 28 Standorten im Erfassungsjahr 2017

⁵ Die dokumentierten Fälle werden nach drei Bereichen aufgeteilt ausgewertet. In der Bundesauswertung werden sie getrennt dargestellt. Auf technischer Ebene werden diese Auswertungsmodule in der Qualitätsindikatorendatenbank sowie in der Auswertungsdatenbank einzeln spezifiziert und repräsentiert.

und 26 Standorten im Erfassungsjahr 2018 nahezu gleichgeblieben. Dabei muss beachtet werden, dass im Vergleich zum Vorjahr 3 Indikatoren weniger ausgewertet wurden. Im Modul *Herzschrittmacher-Implantation* konnte der Follow-up-Indikator „Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahre bei Ein- und Zweikammersystemen“ (ID 2190) aus verfahrenstechnischen Gründen einmalig nicht berechnet werden. Die Indikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (IDs 51398 und 50031) aus den Modulen *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* und *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel* wurden zum Erfassungsjahr 2018 gestrichen.

Insgesamt ist die Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse in den QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* und *Implantierbare Defibrillatoren* von 2.512 im Erfassungsjahr 2017 auf 2.246 im Erfassungsjahr 2018 gesunken. Es ist zu beachten, dass bei 1.140 von 2.246 (50,8 %) rechnerisch auffälligen Ergebnissen lediglich Hinweise durch die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung versandt wurden, sodass weiterhin bei einem großen Teil von rechnerisch auffälligen Ergebnissen darauf verzichtet wurde zu analysieren, ob es sich in diesen Fällen um mögliche Qualitätsdefizite der entsprechenden Leistungserbringer handelt. Dieses Vorgehen lässt die QS-Ergebnisse womöglich positiver als die tatsächliche Versorgungsqualität im Bereich der Herzschrittmacher- und Defibrillatorversorgung erscheinen. Im Vergleich zum Vorjahr ist ein steigender Anteil an versandten Hinweisen zu sehen, wobei der Anteil an Hinweisen im Erfassungsjahr 2018 in etwa dem Anteil aus dem Erfassungsjahr 2016 entspricht (EJ 2016: 51,2 %; EJ 2017: 44,6 %, EJ 2018: 50,8 %).

Die Spannweite in Bezug auf die versandten Hinweise je nach Bundesland liegt im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* bei 0 % bis 77,5 %. Im QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren* liegt diese bei 0 % bis 86,4 %. Dabei ist zu beachten, dass sowohl im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* als auch im QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren* drei LQS in Bezug auf die rechnerisch auffälligen Ergebnisse keine Hinweise versandt haben. Somit ist weiterhin ein äußerst heterogenes Vorgehen bei der Durchführung des Strukturierten Dialogs zwischen den Bundesländern zu erkennen. Dies betrifft vor allem die Entscheidung der zuständigen LQS, ob ein Stellungnahmeverfahren bei rechnerischer Auffälligkeit eingeleitet oder ob lediglich ein Hinweis an den betreffenden Leistungserbringer versendet wird.

In den QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* und *Implantierbare Defibrillatoren* waren im Erfassungsjahr 2018 8,3 % der Indikatorergebnisse rechnerisch auffällig (2.246 rechnerisch auffällige Ergebnisse bei 27.033 Indikatorergebnissen). Im Bereich der Herzschrittmacherversorgung wurde eine geringfügige Zunahme des Anteils an rechnerisch auffälligen Ergebnissen bezogen auf die Indikatorergebnisse festgestellt (EJ 2018: 8,7 %; EJ 2017: 8,0 %). Im Bereich der implantierbaren Defibrillatoren ist dagegen ein geringfügiger Abfall des Anteils rechnerisch auffälliger Ergebnisse bezogen auf die Indikatorergebnisse zu verzeichnen (EJ 2018: 7,7 %; EJ 2017: 8,0 %)

Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden 207 der 15.647 (1,3 %) Indikatorergebnisse im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* als qualitativ auffällig bewertet (EJ 2017: 1,0 %). Im QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren* wurden 79 der 11.386 Indikatorergebnisse (0,7 %) als qualitativ auffällig bewertet (EJ 2017: 0,7 %). Im Vergleich ist somit eine gleichbleibende Tendenz bezüglich des Anteils an qualitativ auffälligen Bewertungen zu verzeichnen.

Im Bereich der Herzschrittmacherversorgung ist ein geringfügiger Anstieg an qualitativ auffällig bewerteter Ergebnisse zu verzeichnen. Es ist zu beachten, dass sich diese Angaben nicht auf Krankenhausstandorte, sondern auf Indikatorergebnisse beziehen; ein Krankenhausstandort kann daher in mehreren Qualitätsindikatoren als qualitativ auffällig bewertet werden. Die höchste Anzahl qualitativ auffälliger Ergebnisse entfiel im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* auf die Indikatoren „Sondendislokation oder -dysfunktion“ (ID 52311), den Indikator zum Dosis-Flächen-Produkt (ID 101800), auf den Indikator „Leitlinienkonforme Indikation“ (ID 101803), den Indikator zu prozedurassoziierten Problemen (ID 2194) sowie auf den Indikator „Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (ID 52307). Im QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren* bilden die Indikatoren zum erhöhten Dosis-Flächen-Produkt (ID 131801) und zur leitlinienkonformen Indikation (ID 50055) mit der höchsten Anzahl an qualitativen Auffälligkeiten den Schwerpunkt des Strukturierten Dialogs. Eine fehlerhafte Dokumentation wurde schließlich am häufigsten bei den Indikatoren zur leitlinienkonformen Indikation (IDs 101803 und 50055) sowie zum Indikator der intraoperativen Reizschwellen- und Amplitudenmessungen bei belassenen Schrittmachersonden (ID 52307) festgestellt.

In Bezug auf die weiterführenden Maßnahmen kann im Vergleich zum Vorjahr ein leichter Rückgang (bezogen auf alle rechnerischen Auffälligkeiten) in den QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* und *Implantierbare Defibrillatoren* verzeichnet werden (EJ 2018: 0,9 % kollegiale Gespräche, 5,0 % Zielvereinbarungen; EJ 2017: 1,5 % kollegiale Gespräche, 5,5 % Zielvereinbarungen). Dies kann vor allem durch einen Rückgang an Zielvereinbarungen im Modul *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* erklärt werden. Hierbei kann festgestellt werden, dass Nordrhein-Westfalen im Erfassungsjahr 2017 zu 63 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse eine Stellungnahme angefordert hat, woraufhin 40 Zielvereinbarungen geschlossen wurden. Im Erfassungsjahr 2018 lag der Anteil an Stellungnahmen in diesem Bundesland bei 50,4 %, woraufhin 24 Zielvereinbarungen zwischen der LQS und Leistungserbringern geschlossen wurden. Insgesamt bleibt festzuhalten, dass der überwiegende Anteil der Zielvereinbarungen weiterhin in Nordrhein-Westfalen geschlossen wird.

Leitlinienkonforme Indikation

Der bisherige Indikator „Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ (ID 54139) im Modul *Herzschrittmacher-Implantation* wurde zum Erfassungsjahr 2018 durch den neuen Indikator „Leitlinienkonforme Indikation“ (ID 101803) ersetzt, da nun auch Patientinnen und Patienten mit kardialer Resynchronisationstherapie als führender Indikation in die Grundgesamtheit eingehen. Der Anteil als qualitativ auffällig bewerteter Standorte an allen Standorten mit Fällen in diesem Indikator hat sich jedoch nicht wesentlich geändert: Er beträgt im neuen Indikator zum Erfassungsjahr 2018 2,5 % und betrug im bisherigen Indikator zum Erfassungsjahr 2017 2,8 %. Zugleich wurden bei ca. 60 % der rechnerischen Auffälligkeiten ausschließlich Hinweise versandt, was womöglich auf Auffälligkeiten wegen Fällen mit kardialer Resynchronisationstherapie als führender Indikation zurückzuführen ist, die im Vorjahr noch nicht bewertet wurden.

Beim Indikator „Leitlinienkonforme Indikation“ (ID 50055) aus dem Modul *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* sank dagegen der Anteil qualitativ auffälliger Standorte an allen Standorten mit Defibrillator-Implantationen von 3,2 % (EJ 2017) auf 2,3 % (EJ 2018), obwohl die Datenfelder zur Gabe der verschiedenen Medikamente im Rahmen einer medikamentösen Herzinsuffizienztherapie aufgrund einer fehlerhaften Plausibilitätsregel nicht in die Indikatorberechnung zum Erfassungsjahr 2017 eingehen konnten und die Rechenregeln des Vorjahres somit etwas liberaler formuliert waren. Hinsichtlich des Anteils von Standorten mit Dokumentationsproblemen an allen Standorten mit Defibrillator-Implantationen kam es zudem zu einem deutlichen Rückgang von 5,5 % auf 1,8 %.

Die Rechenregeln beider Indikatoren, welche die Leitlinie so genau wie möglich wiedergeben (IDs 101803 und 50055), werden von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung als sehr komplex beschrieben, wodurch sich ein relativ hoher Aufwand bei der Durchführung des Strukturierten Dialogs ergibt. So hat die LQS Niedersachsen zum Indikator zur Defibrillatorindikation (ID 50055) lediglich Hinweisschreiben mit der Bitte zur internen Prüfung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse an die Standorte versandt, da der Arbeitsaufwand sowohl für die Standorte als auch für LQS in Anbetracht der zeitlichen Ressourcen nicht zu erbringen gewesen sei. Von der LQS Bayern wurde beschrieben, dass das Versenden von Hinweisen zur klinik-internen Prüfung und Aufarbeitung von Fällen mit nicht leitlinienkonformer Indikation ebenfalls einen Beitrag zur Verbesserung der Indikatorergebnisse geleistet habe. Gleichzeitig wird von der LQS Bayern erläutert, dass durch einen intensiven Strukturierten Dialog sowie einen erfolgreichen Informationsfluss zur leitlinienkonformen Indikationsstellung bereits Verbesserungen sowohl bei der Versorgungs- als auch bei der Dokumentationsqualität erzielt werden konnten. Die LQS Saarland führt die positive Entwicklung der Ergebnisse zu den Indikatoren „Leitlinienkonforme Indikation“ (ID 101803 und 50055) u. a. auf die intensive Auseinandersetzung mit den Rechenregeln und die zusammenfassende Erläuterung des Algorithmus gegenüber den Standorten zurück.

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

Nachdem der Anteil an qualitativ auffälligen Standorten (an allen Standorten mit Fällen im Indikator) aufgrund von Sondendislokationen und -dysfunktionen während bzw. unmittelbar nach Schrittmacher-Implantationen (ID 52311) in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken ist (von ca. 6 % im EJ 2015 auf 2,7 % im EJ 2017), ist er im Erfassungsjahr 2018 wieder auf 4,5 % gestiegen. Bei Defibrillator-Implantationen bestehen dagegen deutlich weniger Qualitätsdefizite aufgrund perioperativer Sondenprobleme (ID 52325). Hier wurden nur 0,6 % der Standorte als qualitativ auffällig eingestuft (EJ 2017: 0,7 %).

Bezüglich des Indikators aus dem QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* wies ein Standort ein wiederholt rechnerisch auffälliges Ergebnis auf, obwohl bereits diverse Maßnahmen zur Beseitigung des Qualitätsdefizits ergriffen wurden (z. B. Supervision). Aufgrund des wiederholten rechnerisch auffälligen Ergebnisses wurde ein kollegiales Gespräch geführt und unter anderem folgende Zielvereinbarungen getroffen: die Einrichtung eines speziellen, reservierten Herzschrittmacher-OP-Saals, die Prüfung einer intensivierten Kooperation mit Belegärztinnen und

-ärzten, welche am Standort tätig sind, eine modifizierte Vertretungsregel, die zeitnahe Dokumentation der Messwerte und Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen anhand von unterjährigen Auswertungen. Die Einhaltung und Umsetzung der Zielvereinbarungen wird zeitnah durch die LQS geprüft.

Die LQS Hessen beschreibt, dass die meisten qualitativ auffälligen Ergebnisse auf den Indikator „Sondendislokation oder -dysfunktion“ (ID 52311) im Modul *Herzschrittmacher-Implantation* entfallen. Sie berichtet von teilweise hohen Raten an Sondenproblemen mit bis zu 14 % bei Standorten mit niedrigen Eingriffszahlen (meistens weniger als 50 Fälle). Bei Standorten mit hohen Raten an Sondenproblemen konnte laut der LQS Hessen von Struktur- und Prozessmängeln ausgegangen werden.

Follow-up-Indikatoren

Auf den Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ (ID 2194) entfällt der höchste Anteil an angeforderten Stellungnahmen gemessen an den rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Modul *Herzschrittmacher-Implantation* (EJ 2017: 81 angeforderte Stellungnahmen bei 93 rechnerisch auffälligen Ergebnissen, entspricht 87,1 %). Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden 20 Standorte als qualitativ auffällig bewertet, was einem Anteil von 1,8 % an allen Standorten mit Fällen in diesem Indikator entspricht. Dieser Anteil ist somit im Vergleich zum Vorjahr gesunken (EJ 2016: 2,4 %). Die LQS Bayern berichtet, dass die als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse ausführlich begründet wurden, sodass diese für die Standorte nachvollziehbar waren und Verbesserungspotenziale aufgezeigt werden konnten.

Im Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Infektionen und Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ (ID 2195) werden mit drei Standorten im Erfassungsjahr 2017 (0,3 % an allen Krankenhausstandorten mit Fällen in der Grundgesamtheit) weiterhin nur sehr selten qualitative Auffälligkeiten festgestellt; dies spricht für ein insgesamt hohes Qualitätsniveau. Die Bundesfachgruppe erachtet diesen Indikator aufgrund der sehr schwerwiegenden Folgen einer Infektion für die Patientin bzw. den Patienten jedoch weiterhin als notwendig, solange in einigen wenigen Krankenhäusern noch kein zufriedenstellendes Qualitätsniveau erreicht ist.

Zu dem Indikator „Herzschrittmacher-Implantation ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat und/oder Sonde) innerhalb von 8 Jahren“ (ID 2191) aus dem Modul *Herzschrittmacher-Implantation* konnte bisher noch kein Strukturierter Dialog erfolgen, da noch keine Daten zu Schrittmacher-Implantationen mit einem vollständigen Follow-up-Zeitraum von 8 Jahren vorliegen. Die LQS Sachsen schlug nun vor, diesen Indikator bereits (mit Referenzbereich) zu berechnen, indem jeweils die im aktuellen Erfassungsjahr aufgetretenen Komplikationen ausgewertet werden. Das IQTIG befürwortet eine solche Berechnung des Indikators (unter statistischer Berücksichtigung der dann unterschiedlichen Beobachtungszeiten der einzelnen Fälle) ebenfalls. Mit der Bundesfachgruppe soll jedoch zunächst besprochen werden, ob die Indikatoren zu Hardwareproblemen als Indikatoren mit Referenzbereich grundsätzlich weitergeführt werden sollten oder ob keine ausreichende Beeinflussbarkeit dieses Qualitätsmerkmals

durch den Leistungserbringer gegeben ist. So berichtet die LQS Bremen als Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum Indikator zu Hardwareproblemen als Indikation zum Folgeeingriff des QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren* (ID 52328), welcher ab dem Erfassungsjahr 2019 durch einen entsprechenden Follow-up-Indikator ersetzt wird, dass die rechnerisch auffälligen Ergebnisse vor allem auf Isolationsdefekte, Oversensing oder Impedanzanstiege zurückzuführen sind. Gründe für die Revisionseingriffe werden oftmals als patientenseitig (körperliche Aktivität) oder produktbezogen (Isolationsdefekt, Warnmeldungen, Alter) beschrieben.

Dosis-Flächen-Produkt

Seit dem Erfassungsjahr 2018 ersetzen die neuen Indikatoren „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt“ (IDs 101800 und 131801) in den Auswertungsmodulen *Herzschrittmacher-Implantation* und *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* jeweils die bisherigen Indikatoren „Dosis-Flächen-Produkt“ (ID 10117 bzw. 10179). Im Gegensatz zu den bis zum Erfassungsjahr 2017 gültigen Indikatoren enthalten die neuen Indikatoren eine Risikoadjustierung nach dem Body-Mass-Index (BMI); zudem wurden die Schwellenwerte anhand der Datenbasis der Erfassungsjahre 2015 bis 2018 angepasst und somit – da das mittlere Dosis-Flächen-Produkt über die letzten Erfassungsjahre gesunken ist – nach unten korrigiert. Trotz dieser deutlich geänderten Rechenregeln sind die Anteile an rechnerischen Auffälligkeiten für die neuen Indikatoren im Erfassungsjahr 2018 und für die bisherigen Indikatoren im Erfassungsjahr 2017 fast identisch (Herzschrittmacher: 8,5 % im EJ 2017 und 8,3 % im EJ 2018; Defibrillatoren: 10,7 % im EJ 2017 und 10,7 % im EJ 2018). Zugleich wurden jedoch mehr Standorte als qualitativ auffällig bewertet als im Vorjahr: So stieg der Anteil qualitativ auffälliger Standorte an allen Standorten mit Schrittmacher-Implantationen von 2,8 % im Erfassungsjahr 2017 auf 4,0 % im Erfassungsjahr 2018 und dieser Anteil an allen Standorten mit Defibrillator-Implantationen von 2,4 % auf 3,6 %. Während somit in vielen Standorten noch Qualitätsdefizite hinsichtlich des Strahlenschutzes zu bestehen scheinen, hat sich die Dokumentation des Dosis-Flächen-Produkts weiter verbessert: Der Anteil von Standorten mit aufgrund von Dokumentationsfehlern nicht bewertbaren Ergebnisse an allen rechnerischen Auffälligkeiten sank in beiden QS-Verfahren (*Herzschrittmacherversorgung*: 1,0 % im EJ 2017 und 0,4 % im EJ 2018; *Implantierbare Defibrillatoren*: 1,4 % im EJ 2017 und 0,3 % im EJ 2018).

Die LQS Bremen berichtet Gründe eines Leistungserbringers für ein erhöhtes Dosis-Flächen-Produkt, welche durch die Fachgruppe als plausibel eingestuft wurden. Dazu zählen eine schwierige Sondenplatzierung, der Umstand, dass eine Operateurin oder ein Operateur sich in der Anlernphase befand, sowie Dokumentationsfehler.

Messungen zu Reizschwellen und Signalamplituden

Von der LQS Sachsen-Anhalt und der LQS Bayern wird berichtet, dass die intraoperativen Messungen zu Reizschwellen und Signalamplituden auch bei belassenen Sonden aufgrund eines intensivierten Strukturierten Dialogs nun häufiger durchgeführt werden als in den Vorjahren. Dies wird positiv hervorgehoben, da diese Messungen dem Schutz der Patientinnen und Patienten dienen, indem unnötige Re-Operationen verhindert werden können und sich dadurch die OP-Zeit nur unwesentlich verlängere. Dementsprechend kann festgestellt werden, dass der bundesweite Anteil von qualitativ auffälligen Standorten (an allen Standorten mit Fällen im Indikator)

des entsprechenden Indikators im Auswertungsmodul *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel*, welcher im Erfassungsjahr 2016 mit ca. 4,0 % noch relativ hoch war und zum Erfassungsjahr 2017 auf 3,1 % gesunken ist, nun um einen weiteren Prozentpunkt auf 2,1 % abgenommen hat.

Laut der LQS Sachsen-Anhalt begründet ein Standort ein erstmaliges Auftreten rechnerisch auffälliger Ergebnisse im Indikator „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ (ID 52305) mit einem Personalmangel. Um diesen Qualitätsmangel zu beseitigen, wurde eine Partnerschaft mit einer ortsansässigen Praxis geschlossen.

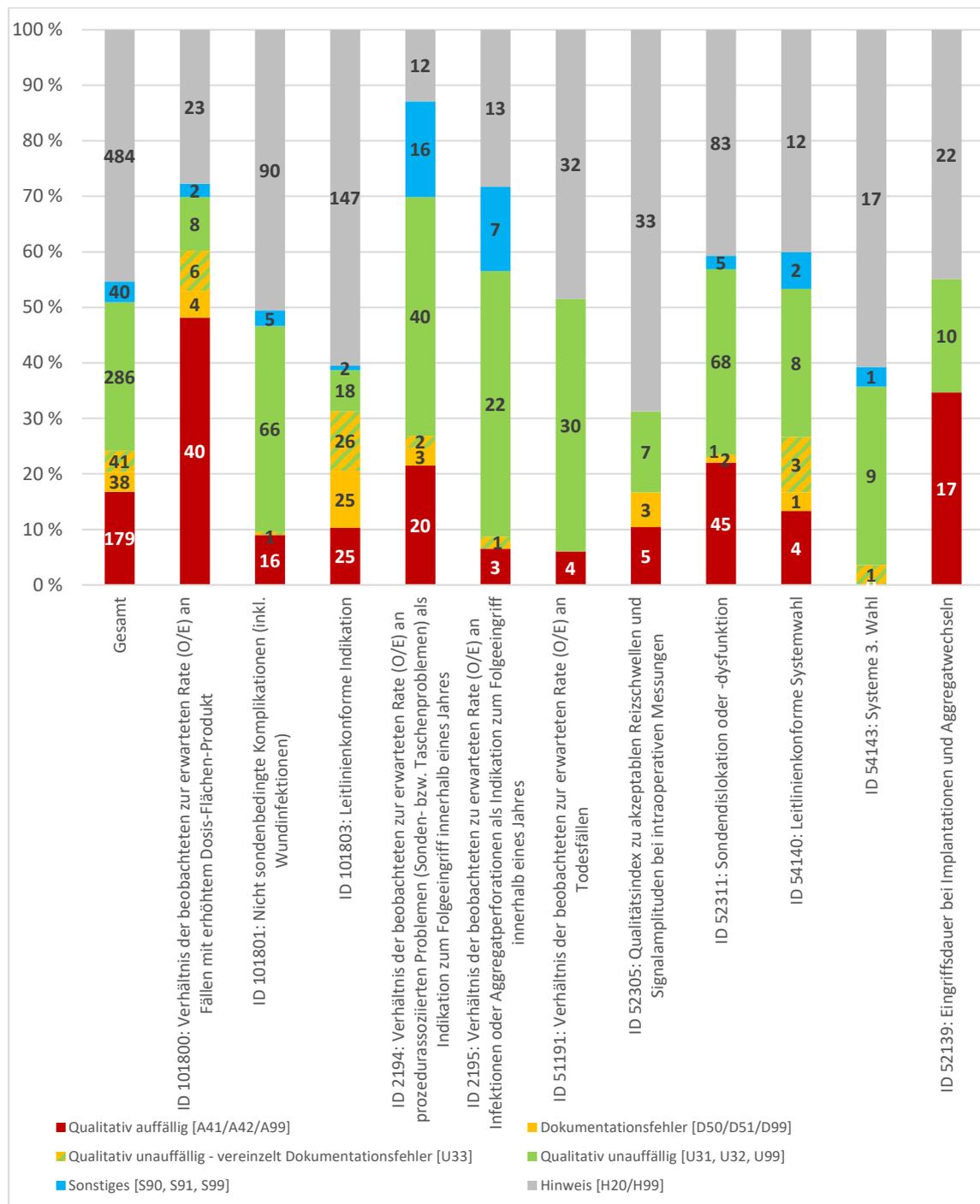


Abbildung 15: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacherversorgung (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Implantation)

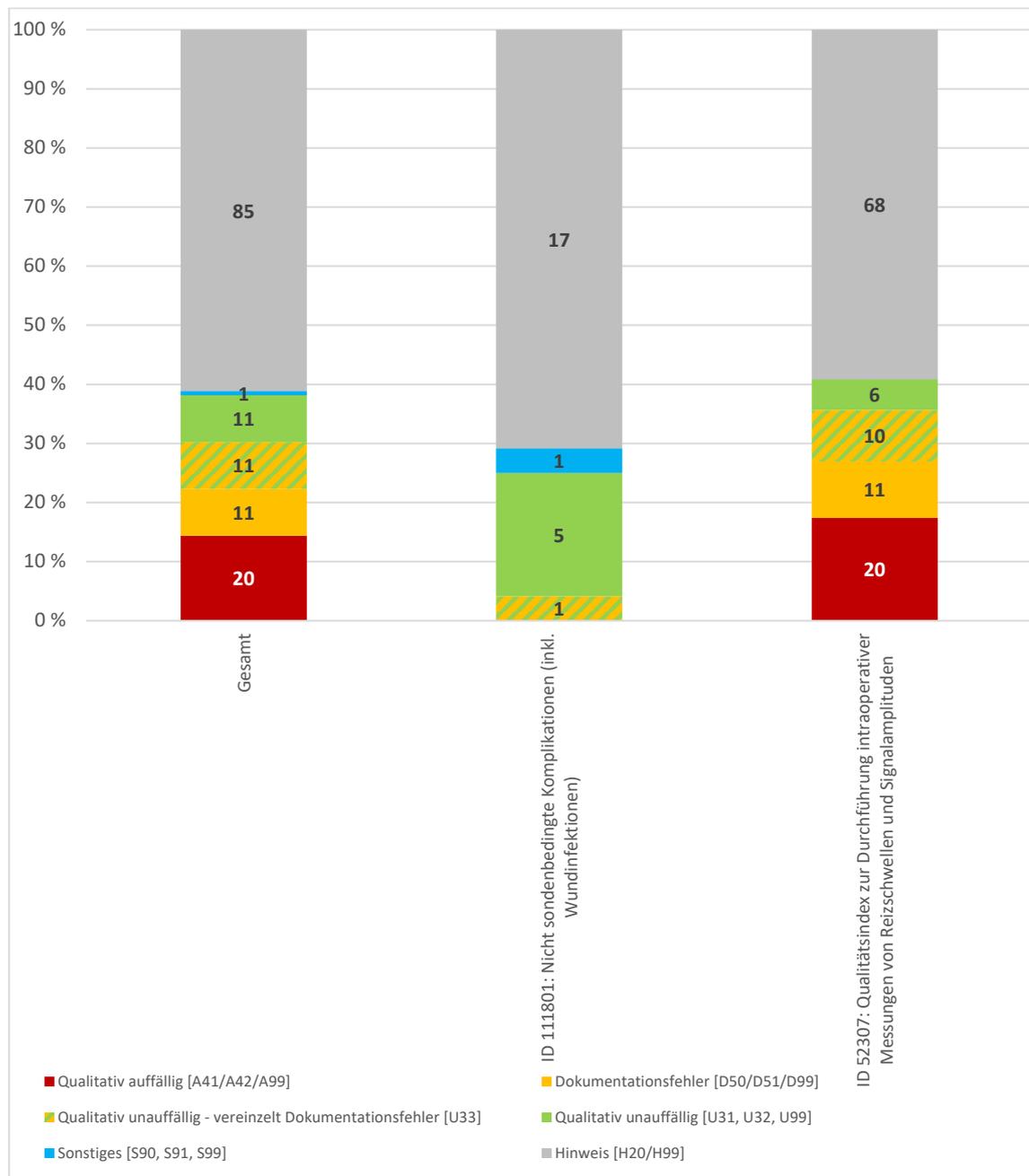


Abbildung 16: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacherversorgung (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel)

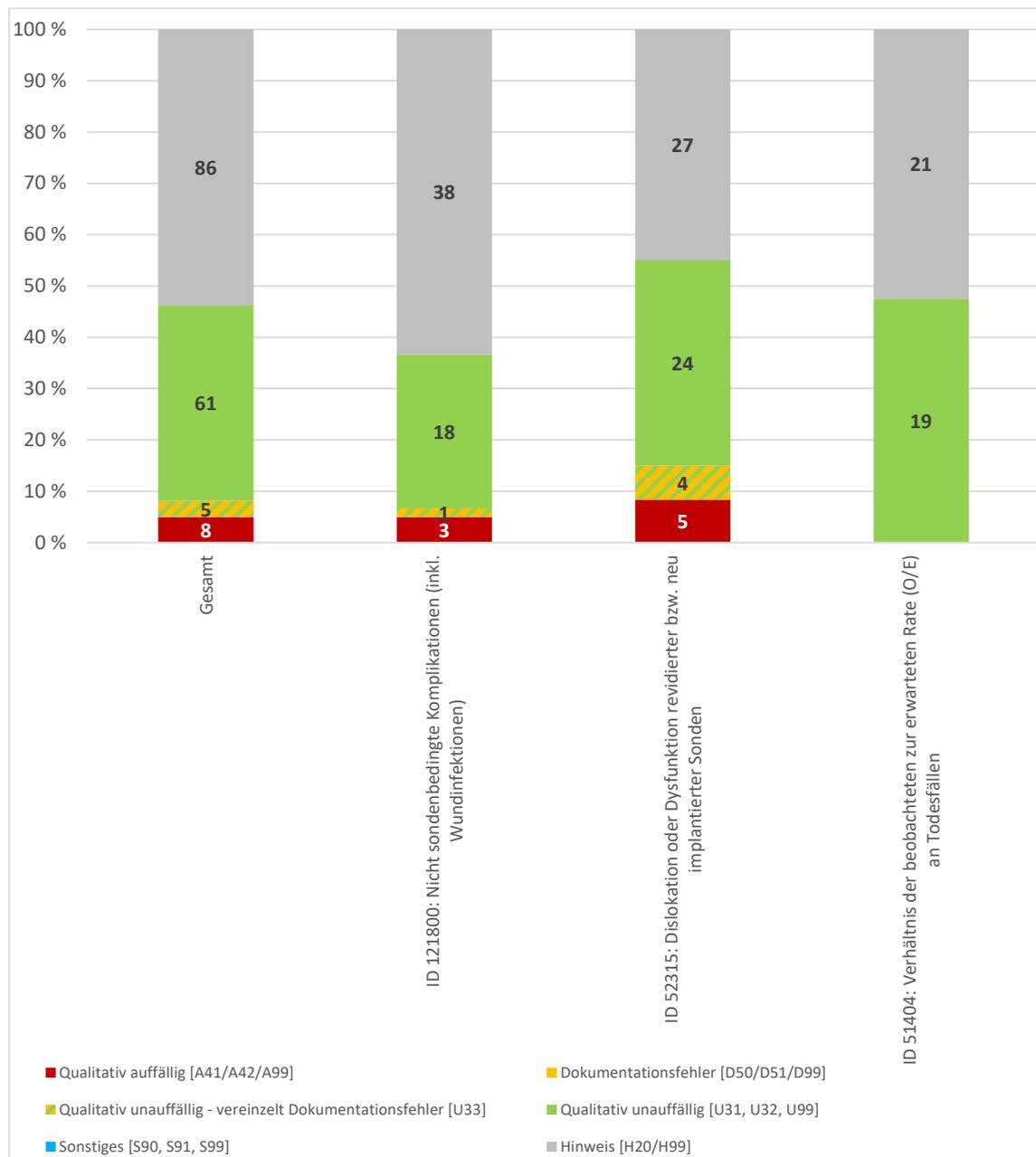


Abbildung 17: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herzschrittmacherversorgung (Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation)

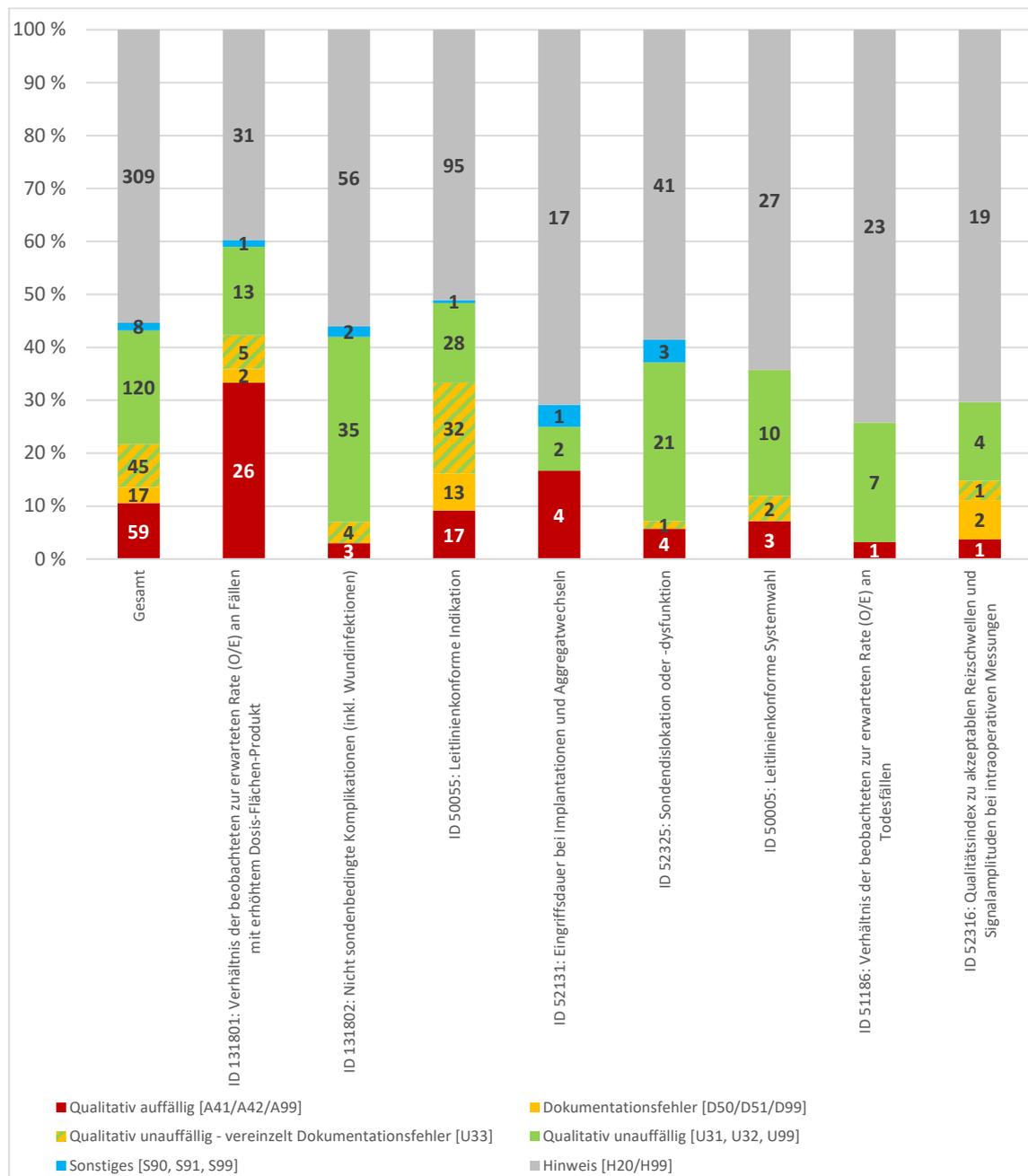


Abbildung 18: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren (Auswertungsmodul Implantierbare Defibrillatoren – Implantation)

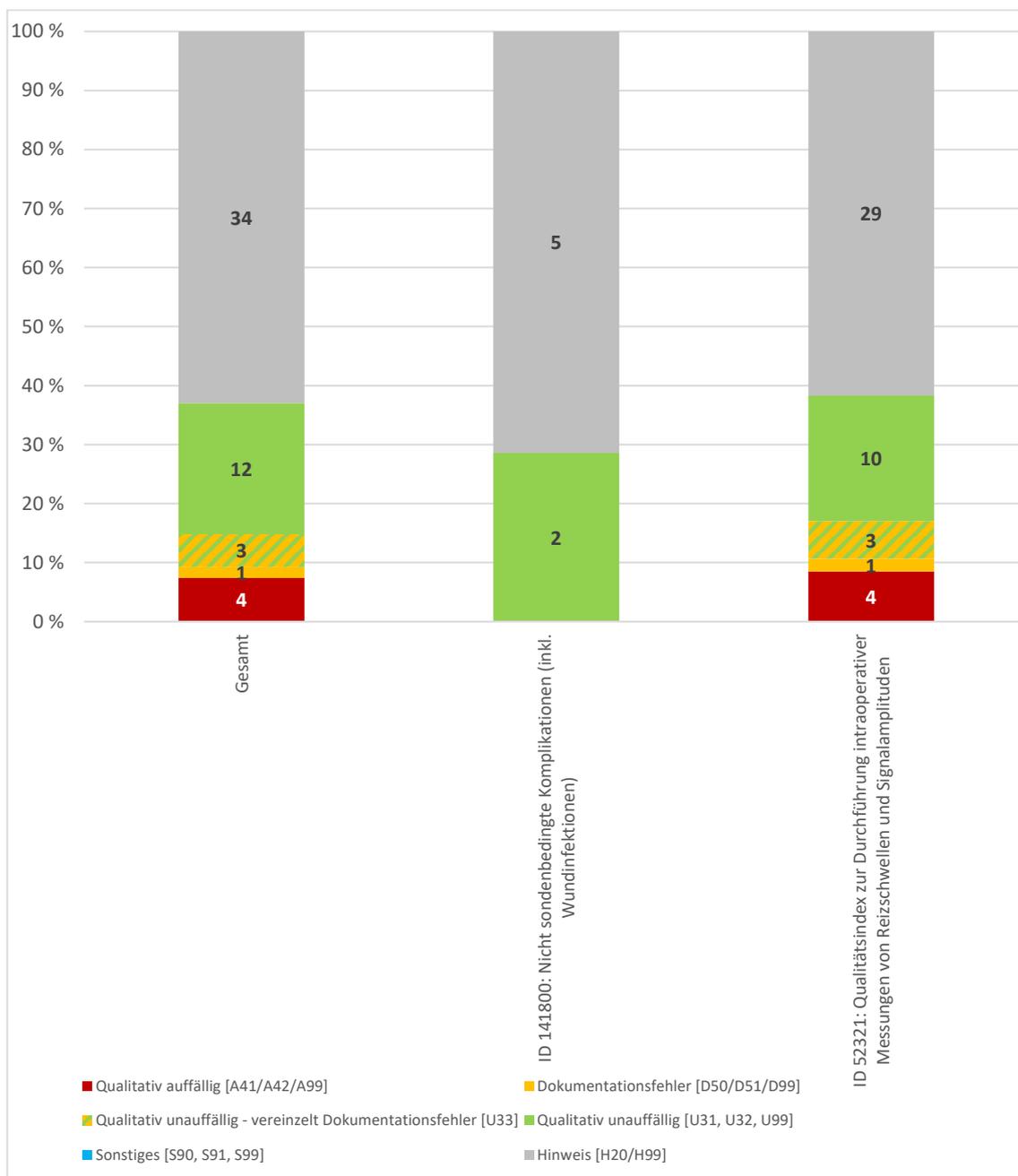


Abbildung 19: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren (Auswertungsmodul Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel)

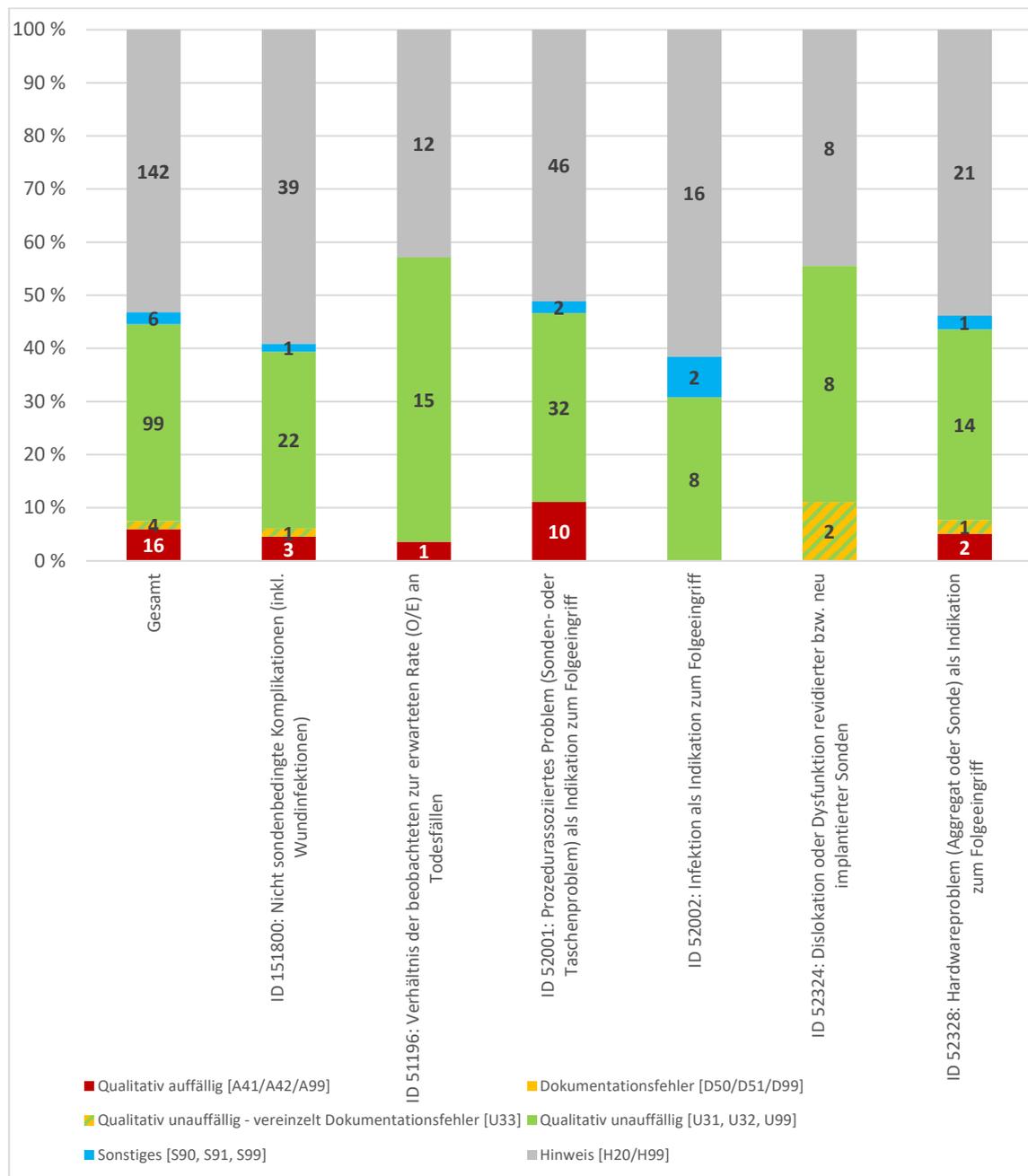


Abbildung 20: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren (Auswertungsmodul Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation)

5.2.4 Herzchirurgie

Dr. Daniela Blaßfeld, Martina Dost, Sarah Lang, Dr. Julia Ostermann

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

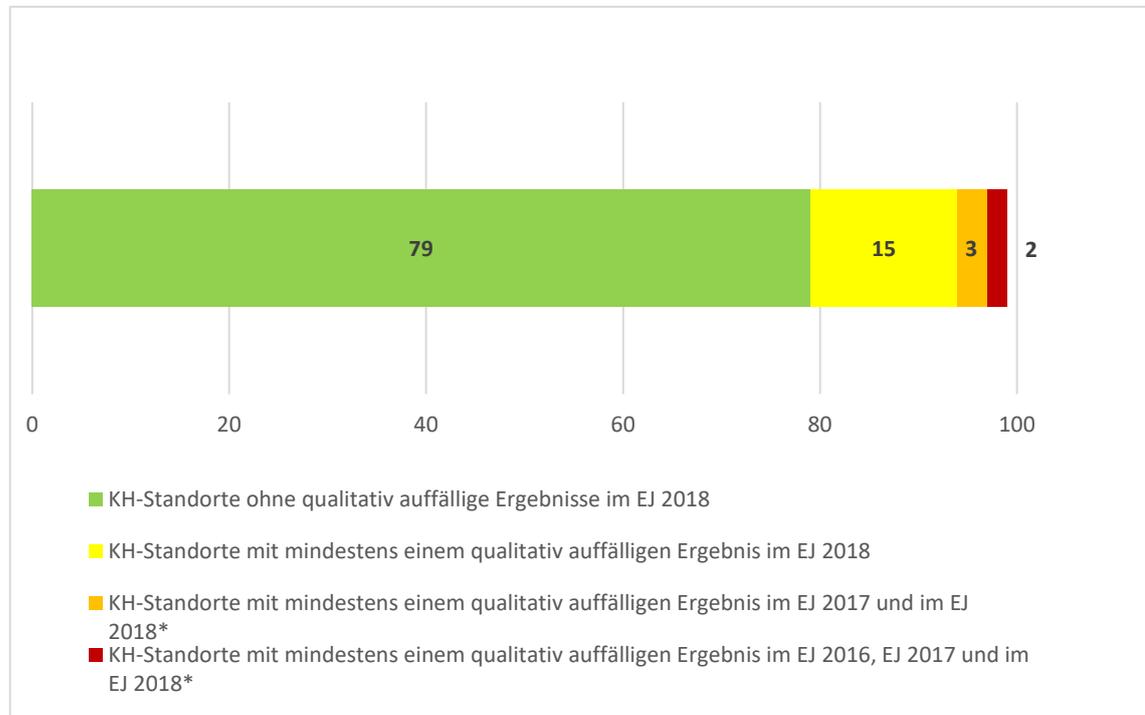


Abbildung 21: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog im Versorgungsbereich Herzchirurgie

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2016, 2017 und 2018 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im Rahmen der statistischen Auswertung aller gelieferten herzchirurgischen Datensätze wurden insgesamt 985 Indikatorergebnisse⁶ berechnet. Im Resultat zeigten sich 57 (5,8 %) rechnerische Abweichungen vom jeweiligen Referenzbereich, die – im Sinne eines Aufgreifkriteriums für potenzielle Qualitätsdefizite – zum Strukturierten Dialog mit 31 von 99 (also 31,3 %) Krankenhausstandorten führten. Im Vorjahr betrug diese Rate noch 46,0 % (46 von 100 Standorten).

Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs konnten alle rechnerischen Auffälligkeiten qualitativ bewertet werden im Sinne eines Defizitnachweises (positiv, qualitativ auffällig) oder eines Verdachtsdementis (negativ, qualitativ unauffällig).

⁶ Die errechneten 985 Qualitätsindikatorergebnisse entsprechen nicht der Patientenfallzahl; vielmehr handelt es sich um die Anzahl der in der herzchirurgischen externen Qualitätssicherung eingesetzten Qualitätsindikatoren mit definiertem Referenzbereich multipliziert mit der Anzahl an Krankenhausstandorten mit behandelten Patientenfällen in der Grundgesamtheit der jeweiligen Qualitätsindikatoren.

Im Jahr 2019 erfolgte eine Begehung eines Krankenhausstandortes im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2018. Mit den Verantwortlichen dieses Krankenhausstandortes wurden im Anschluss eine Zielvereinbarung abgeschlossen und erforderliche Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung festgehalten. Die in den Zielvereinbarungen festgelegten Maßnahmen wurden bisher fristgerecht umgesetzt. Die weitere Umsetzung wird im Kalenderjahr 2020 geprüft.

Darüber hinaus wurde im Jahr 2019 keine Notwendigkeit eines kollegialen Gesprächs in den herzchirurgischen QS-Verfahren gesehen, um die Qualität abschließend beurteilen zu können.

Die Abbildung 21 stellt die longitudinale Betrachtung der Krankenhausstandortergebnisse entlang der Zeitachse über die drei Erfassungsjahre 2018, 2017 und 2016 dar. Bei den 20 Krankenhausstandorten die gelb, orange und rot dargestellt sind, zeigte sich nach Durchführung des Strukturierten Dialogs bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen in mindestens einem der drei Jahre ein Qualitätsdefizit. Dabei erfolgte die wiederholte qualitativ auffällige Beurteilung von Krankenhausstandorten teilweise in unterschiedlichen Qualitätsindikatoren.

Die Krankenhausstandorte wurden in der Aufforderung zu Stellungnahme dazu angehalten, auf die vollständige Anonymisierung der Patientinnen und Patienten sowie der Zuweiser zu achten. Waren in Stellungnahmen dennoch Entanonymisierungen enthalten, wurden diese Stellungnahmen zurückgewiesen und gelöscht. Eine fachliche Bewertung durch das IQTIG und die Bundesfachgruppen konnte somit nicht vorgenommen werden, sodass die Bewertung A42 „Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ vergeben wurde.

Koronarchirurgie, isoliert

Im QS-Verfahren *Koronarchirurgie, isoliert* gab es 13 rechnerisch auffällige Ergebnisse, zu denen ein Strukturiertes Dialog geführt wurde. Die Bewertung A41 „Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ wurde bei 6 Krankenhausstandorten vergeben, 3 weitere Standorte erhielten die Bewertung A42 „Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“. Die Bewertung A42 wurde jeweils wegen nicht korrekter Anonymisierung vergeben.

Einer der o. g. Krankenhausstandorte wurde wiederholt als qualitativ auffällig bewertet. Mit Vertreterinnen und Vertretern dieses Krankenhauses wurde im Vorvorjahr ein kollegiales Gespräch geführt. Daher wurde jetzt bei erneut rechnerisch auffälligem Ergebnis die Notwendigkeit einer Begehung gesehen. Hier zeigte sich der Krankenhausstandort sehr kooperativ. Alle vorab erbetenen Unterlagen wurden zur Verfügung gestellt und im Rahmen der Begehung wurde eine sehr offene Diskussion geführt. Der Standort wurde im Anschluss an die Begehung als qualitativ auffällig bewertet. Im Rahmen dessen wurde eine Zielvereinbarung mit diesem Krankenhausstandort geschlossen. Es wird davon ausgegangen, dass bei Umsetzung der verabredeten Maßnahmen die Qualität der medizinischen Versorgung zeitnah wieder die erwarteten Standards erfüllt. Die weitere Ergebnisentwicklung wird beobachtet.

Bei allen übrigen Krankenhäusern wurden die bereits eingeleiteten Maßnahmen weitestgehend als zielführend eingeschätzt, sodass keine weiteren Maßnahmen eingeleitet wurden.

Die „Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1“ stellt seit dem Erfassungsjahr 2018 keinen Qualitätsindikator mehr dar und wird nur noch als Kennzahl ausgewertet. Diese Fälle werden im Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* ausgewertet, hier können auch Mediastinitiden erfasst werden, die nach der Entlassung aus dem Krankenhaus aufgetreten sind. Aus diesem Grund ist im Vergleich zum Vorjahr die Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse in den herzchirurgischen QS-Verfahren gesunken.

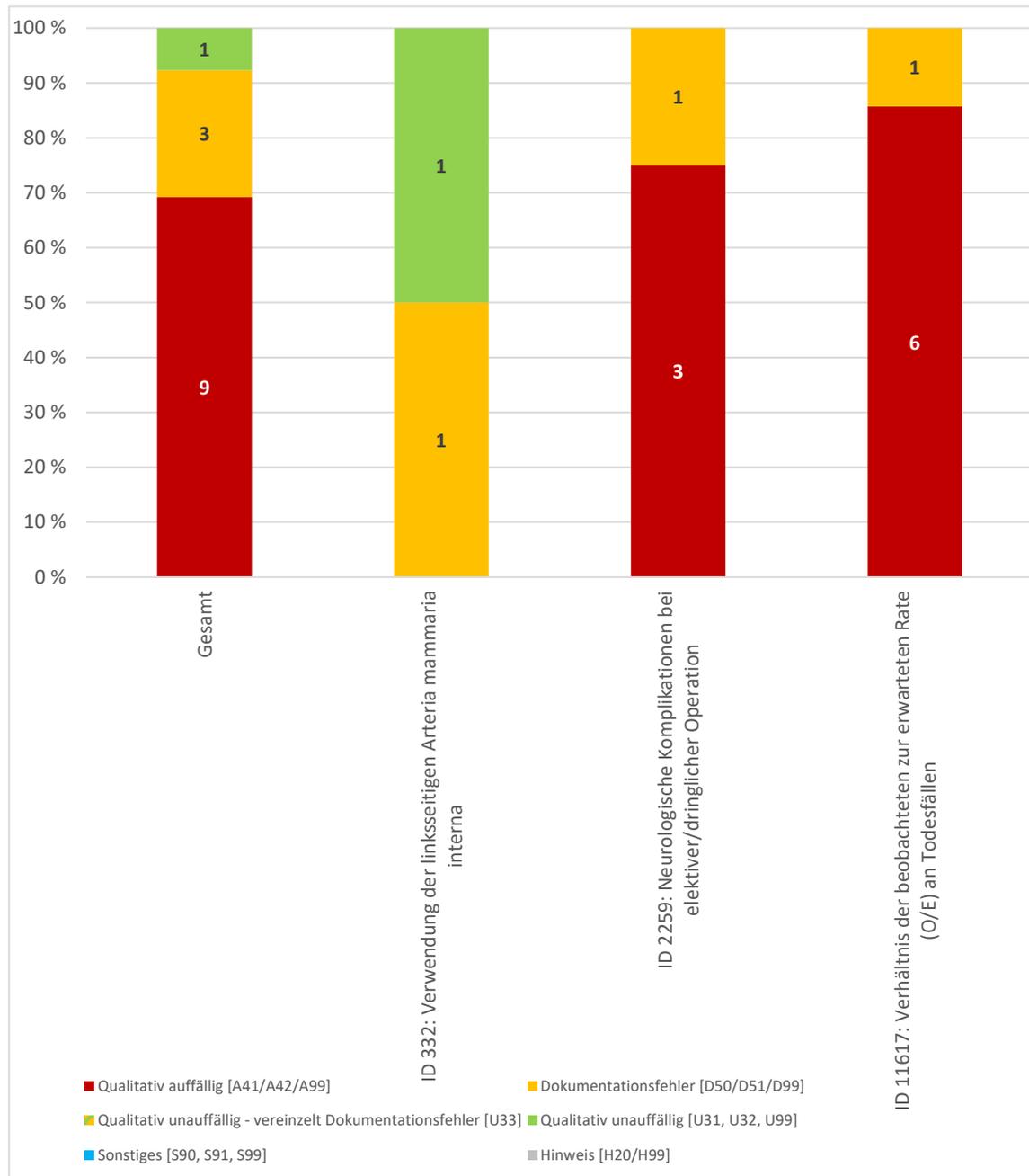


Abbildung 22: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Koronarchirurgie, isoliert

Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

Im Auswertungsmodul *Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)* sind 14 rechnerisch auffällige Ergebnisse aufgetreten. Die Bewertung A41 „Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ wurde bei 2 Krankenhausstandorten vergeben, 2 weitere Standorte erhielten die Bewertung A42 „Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“. In einem Fall wurde die Bewertung A42 aufgrund fehlerhafter Anonymisierung vorgenommen. Wiederholte qualitative Auffälligkeiten traten nicht auf.

Über einen Krankenhausstandort wurde bereits berichtet. Die Begehung und die abgeschlossene Zielvereinbarung betreffen auch dieses herzchirurgische QS-Verfahren. In den Stellungnahmen der weiteren auffälligen Standorte wurden mögliche Mängel sowie konsekutive Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität bereits umfassend und glaubwürdig dargestellt, sodass auf weitere Maßnahmen verzichtet wurde. Auf Empfehlung der Bundesfachgruppe wird die Betrachtung der Auswertungsergebnisse des Erfassungsjahres 2019 abgewartet.

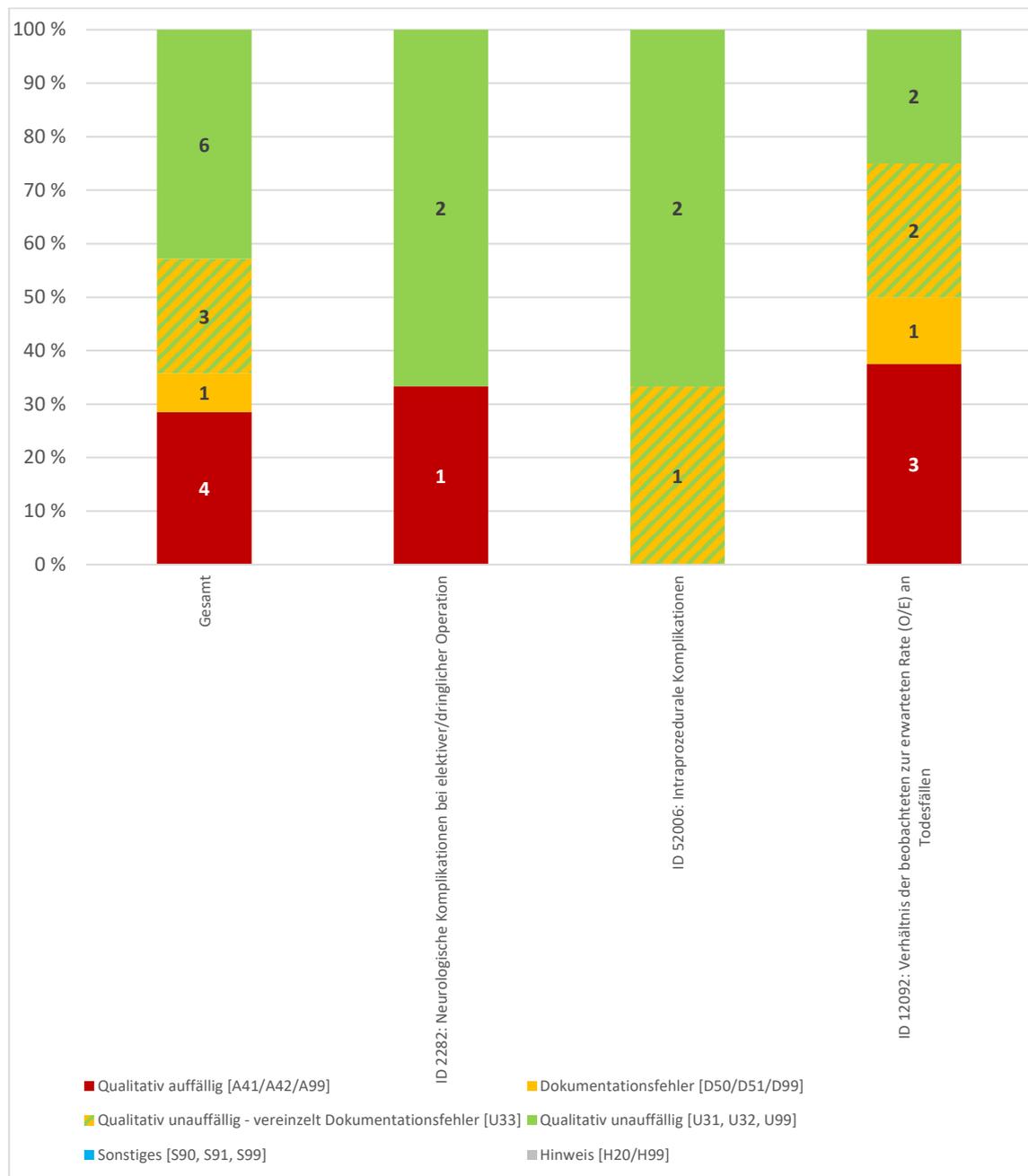


Abbildung 23: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Im Auswertungsmodul *Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)* wurde der Indikator „Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem euroSCORE I“ mit Wirkung zum Erfassungsjahr 2018 gestrichen. Mit Inkrafttreten der neuen europäischen Leitlinie zum Management von Herzklappenerkrankungen sind die Vorgaben/Voraussetzungen zur Indikationsstellung zum kathetergestützten Aortenklappenersatz (TAVI) deutlich gelockert worden, sodass TAVIs nicht mehr nur bei inoperablen oder multimorbiden Patientinnen und Patienten

mit einer Aortenklappenstenose indiziert sind (Baumgartner et al. 2017). Aufgrund dessen kamen die Expertinnen und Experten der Bundesfachgruppe zu dem Schluss, dass die Prüfung der korrekt gestellten Indikation im Kontext der externen vergleichenden Qualitätssicherung nicht mehr zielführend ist. Zum Erfassungsjahr 2017 wurde für diesen Indikator bereits auf einen Referenzbereich verzichtet und für das Erfassungsjahr 2018 wurde dieser gestrichen.

Im Erfassungsjahr 2018 gab es 17 rechnerisch auffällige Ergebnisse. 8 Indikatorergebnisse an 6 Krankenhausstandorten wurden als qualitativ auffällig bewertet. Die Bewertung A41 „Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ wurde 7-mal vergeben, ein Standort erhielt die Bewertung A42 „Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“. In diesem Fall wurde die Bewertung A42 aufgrund fehlerhafter Anonymisierung vergeben. Keiner dieser Standorte war bereits im Vorjahr qualitativ auffällig.

Die Notwendigkeit von weiterführenden Maßnahmen wurde nicht gesehen, die jeweils dargestellten Maßnahmen wurden als ausreichend angesehen. Die weitere Ergebnisentwicklung wird beobachtet.

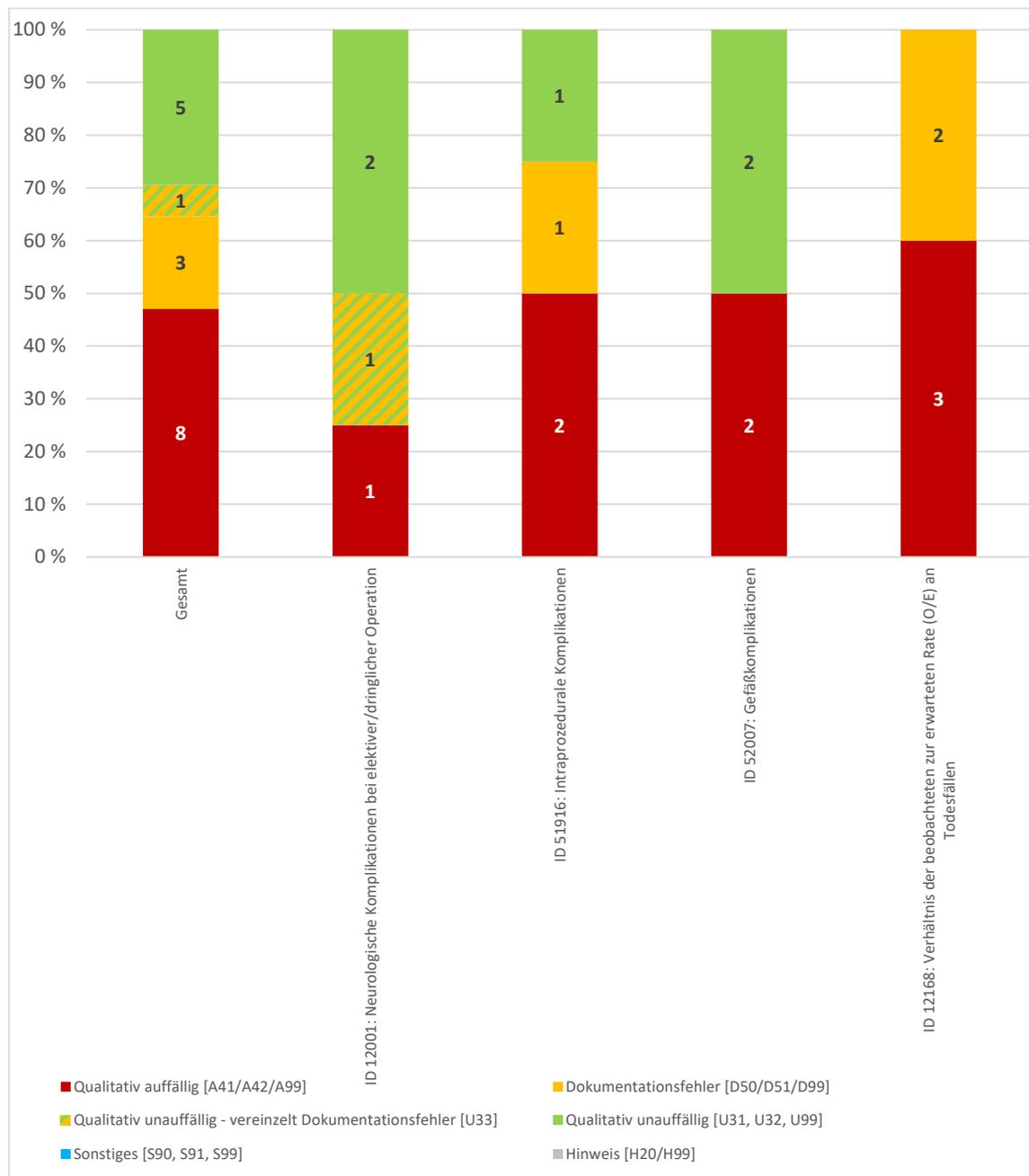


Abbildung 24: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Im QS-Verfahren *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* wurden nach 13 rechnerisch auffälligen Ergebnissen insgesamt 7 Indikatorergebnisse an 6 Krankenhausstandorten mit Qualitätsdefiziten identifiziert. Die Bewertung A41 „Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ wurde bei 4 Krankenhausstandorten vergeben, 3 weitere Standorte erhielten die Bewertung A42 „Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“. In zwei Fällen wurde die Bewertung A42 aufgrund fehlerhafter Anonymisierung vorgenommen. Im Vorjahr war eines dieser Krankenhäuser qualitativ auffällig.

Über diesen Krankenhausstandort wurde bereits berichtet. Die Begehung und die abgeschlossene Zielvereinbarung betreffen auch dieses QS-Verfahren. Bei den übrigen Standorten handelte es sich um erstmalige, isolierte, punktuelle Abweichungen vom Referenzbereich, die bei geringen Fallzahlen für das Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs verantwortlich waren. Die eingesandten Stellungnahmen haben die Ursachen und Verbesserungsmaßnahmen aus Sicht der Bundesfachgruppe ausreichend reflektiert, sodass neben der auffälligen Bewertung zunächst auf den Abschluss von Zielvereinbarungen verzichtet wurde.

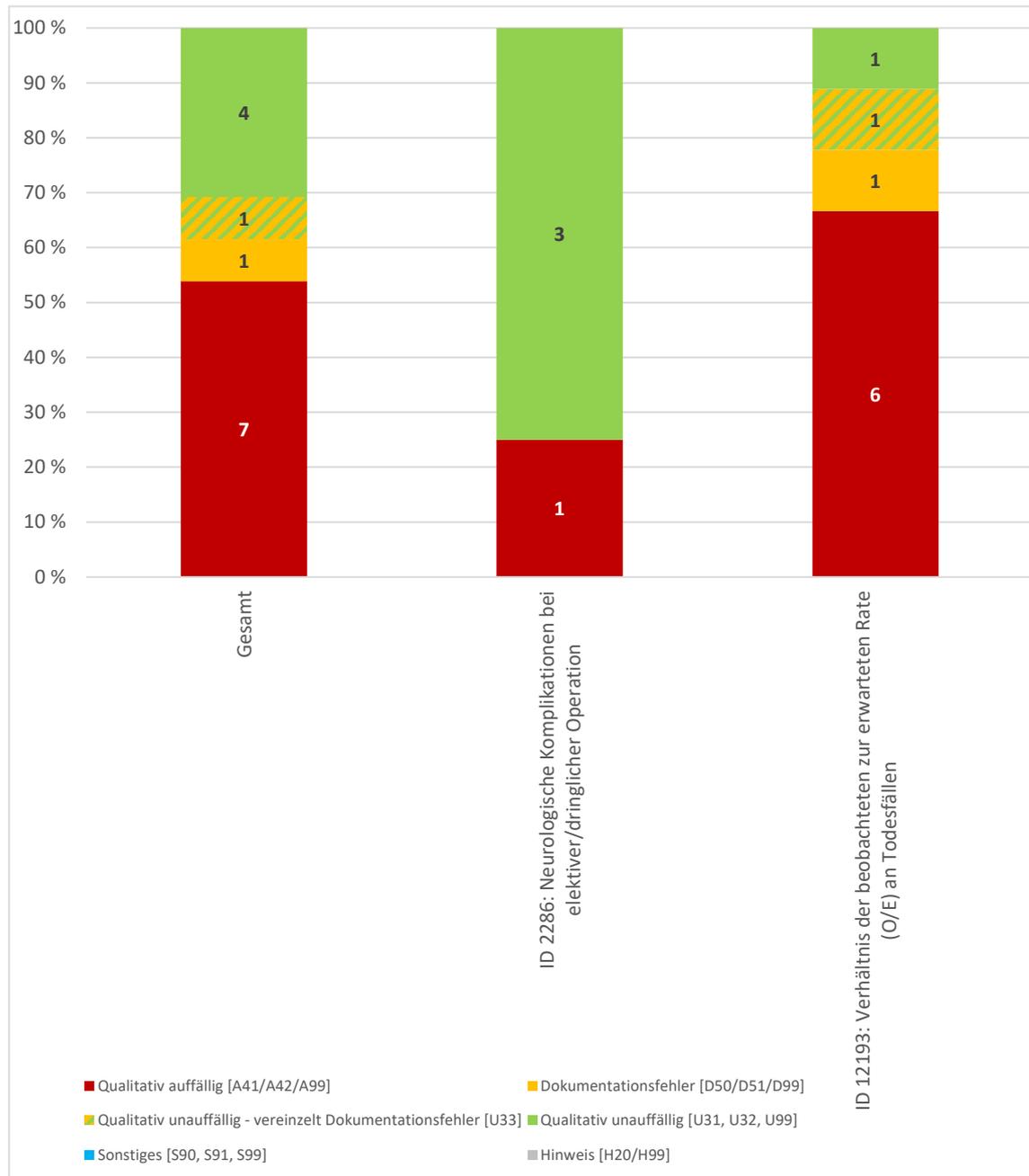


Abbildung 25: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

5.2.5 Transplantationsmedizin

Nadja Komm, Kathrin Rickert, Theresia Höhne, Alexander Werwath

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

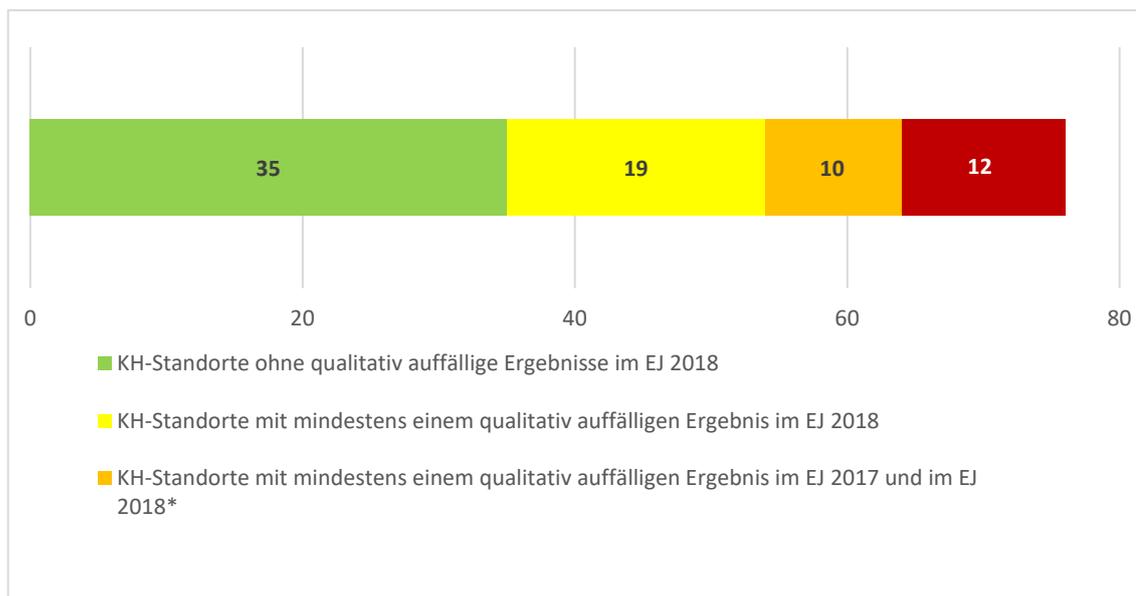


Abbildung 26: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog im Versorgungsbereich Transplantationsmedizin

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2016, 2017 und 2018 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im Erfassungsjahr 2018 waren im Bereich der Transplantationsmedizin 76 entlassende Krankenhausstandorte verpflichtet, Daten für die externe Qualitätssicherung nach § 136 ff. SGB V an das IQTIG zu übermitteln. Je nach QS-Verfahren betraf diese Dokumentationspflicht zwischen 15 (*Leberlebendspende*) und 61 Leistungserbringer (*Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen*).

Über alle QS-Verfahren und entlassenden Krankenhausstandorte der Transplantationsmedizin hinweg wurden für das Erfassungsjahr 2018 2.178⁷ Ergebnisse zu Qualitätsindikatoren berechnet, von denen 331 Ergebnisse (15,2 %) rechnerisch auffällig waren. Für diese wurden zu Beginn des Strukturierten Dialogs Stellungnahmen angefordert, sodass der Strukturierte Dialog für 60 aller 76 datenliefernden Krankenhausstandorte (78,9 %) ausgelöst wurde.

In engem fachlichen Austausch mit Fachexpertinnen und Fachexperten der Bundesfachgruppen hat das IQTIG die Anforderungen der Stellungnahmen im Vergleich zum Vorjahr noch einmal deutlich dezidierter und unmissverständlicher formuliert. Dennoch hat die Qualität der Stellungnahmen sowohl in formaler Hinsicht als auch bezüglich der spezifisch-fachlichen Genauigkeit stark zwischen den einzelnen Leistungserbringern und Fachabteilungen variiert. Bei unzureichender fachlicher Plausibilität der Stellungnahmen bzw. dem in Abschnitt 5.2.4 beschriebenen Anonymisierungsfehler erfolgte eine Bewertung mit A42 „Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“.

In den Follow-up-Indikatoren der einzelnen QS-Verfahren endet der zulässige Follow-up-Erhebungszeitraum für einzelne Fälle gegebenenfalls nach dem 28. Februar (Datenlieferfrist). Fälschlicherweise wurden diese Fälle in die Berechnung des Indikatorergebnisses mit einbezogen. Resultierte aufgrund dieser fehlerhaften Berechnung eine rechnerische Auffälligkeit für einen Krankenhausstandort, so wurde diese in allen Fällen mit U99 bewertet und mit dem (öffentlichen) Kommentar „Es handelt sich hierbei um einen Fehler bei der Berechnung des Indikatorergebnisses durch das IQTIG. Es besteht keine rechnerische oder qualitative Auffälligkeit aufseiten des Krankenhauses.“ versehen. Durch diesen Kommentar wird das Unverschulden der rechnerischen Auffälligkeit aufseiten des Leistungserbringers deutlich gemacht. Die Krankenhausstandorte wurden hierüber einzeln informiert. Die fälschlicherweise einbezogenen Fälle werden folglich in die Grundgesamtheit des nächsten Jahres eingehen und im nächsten Strukturierten Dialog evaluiert.

In den Abbildungen und Tabellen ist der Datenstand zum 31. Januar 2020 aufgeführt. Textuell beschrieben wird zudem der Stand zum 31. März 2020, sodass es zu Abweichungen zwischen Text und Abbildungen bzw. Tabellen kommt.

Bis zum 31. März 2020 konnte mit insgesamt 14 Leistungserbringern zu 29 Qualitätsindikatoren in 6 QS-Verfahren ein kollegiales Gespräch geführt werden. Ein weiteres geplantes kollegiales Gespräch mit einem Leistungserbringer zu einem Qualitätsindikator konnte aufgrund der Corona-Pandemie nicht durchgeführt werden und ist bis auf Weiteres ausstehend. Anlass waren wiederholt qualitative Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren, Anonymisierungsverstöße oder Stellungnahmen bzw. Präzisierungen, die für eine abschließende Bewertung der Versorgungsqualität nicht ausreichten bzw. einen kritischen und demzufolge aufzuarbeitenden Sachverhalt offenbarten. Somit waren mit insgesamt 15 Krankenhausstandorten zu 30 Quali-

⁷ Die errechneten 2.178 Ergebnisse entsprechen nicht der Patientenfallzahl; vielmehr handelt es sich um die Anzahl der in der transplantationsmedizinischen externen Qualitätssicherung eingesetzten Qualitätsindikatoren mit definiertem Referenzbereich multipliziert mit der Anzahl an Krankenhausstandorten mit behandelten Patientenfällen in der Grundgesamtheit der jeweiligen Qualitätsindikatoren.

tätsindikatoren in 6 QS-Verfahren kollegiale Gespräche als weiterführende Maßnahme im Strukturierten Dialog 2019 notwendig (SD 2018: kollegiale Gespräche mit 3 Krankenhausstandorten zu insgesamt 11 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen). Zudem konnte eine Begehung eines Krankenhausstandorts bis zum 31. März 2020 erfolgreich durchgeführt werden. (SD 2018: bei keinem Krankenhausstandort Begehung erforderlich).

Zielvereinbarungen wurden gemeinsam mit 13 der 14 bisher zu einem kollegialen Gespräch erschienenen Leistungserbringer zu insgesamt 27 Qualitätsindikatoren vereinbart. Mit Stand 31. März 2020 konnten bereits 7 Zielvereinbarungen zu 14 Qualitätsindikatoren offiziell mit den Leistungserbringern geschlossen werden. Derzeit befindet sich das IQTIG in der Finalisierung der noch ausstehenden 6 Zielvereinbarungen zu 13 Qualitätsindikatoren. In den Ergebnistabellen sind alle Zielvereinbarungen numerisch mit einer „0“ dargestellt, da sie bis zum 31. Januar 2020 noch nicht final abgeschlossen waren. In den Texten wird auf den noch ausstehenden Abschluss der Zielvereinbarung hingewiesen. Mit einem Krankenhausstandort, mit dem ein kollegiales Gespräch geführt wurde, wird keine Zielvereinbarung geschlossen, da sich im Gespräch eine qualitative Unauffälligkeit des besprochenen Qualitätsindikators herausstellen ließ. Darüber hinaus wird eine Zielvereinbarung mit dem Leistungserbringer, bei dem eine Begehung notwendig war, derzeit durch das IQTIG erstellt und nach Finalisierung an den Krankenhausstandort versandt. Insgesamt war somit bisher ein Zielvereinbarungsabschluss mit 14 Leistungserbringern notwendig.

Es ist davon auszugehen, dass sich der rasante Anstieg an stattfindenden weiterführenden Maßnahmen im Strukturierten Dialog zukünftig auf einem ähnlichen Niveau etablieren wird, da aus den abgegebenen Bewertungen gerade bei wiederholter oder simultaner Auffälligkeit in mehreren Qualitätsindikatoren ein konsequentes Vorgehen bezüglich einzuleitender Maßnahmen seitens des IQTIG etabliert wurde. Im Hinblick auf die folgenden Jahre bedeutet dies somit einen voraussichtlich erheblichen Mehraufwand für das IQTIG.

Für 102 aller rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse (30,8 %), die sich auf 43 Krankenhausstandorte verteilen, wurde bis zum 31. März 2020 die Bewertung „qualitativ auffällig“ vorgenommen. In diesen Bewertungen sind die qualitativen Auffälligkeiten für 16 Qualitätsindikatoren aus 9 Krankenhausstandorten, mit denen ein kollegiales Gespräch geführt wurde, bereits enthalten. Ein Follow-up-Indikator zum unbekanntem Überlebensstatus, der einem dieser 9 Krankenhausstandorte zuzuordnen ist, wurde mit S99 bewertet, da die überwiegende Anzahl der Fälle bereits in einem anderen Qualitätsindikator (zum bekannten Überlebensstatus) evaluiert wurden. 4 weitere Krankenhausstandorte, mit denen zu insgesamt 11 Qualitätsindikatoren bereits kollegiale Gespräche geführt wurden, sowie der Krankenhausstandort, bei dem eine Begehung zu einem Qualitätsindikator durchgeführt wurde, sind derzeit noch nicht mit der vorgesehenen A41-Kategorie bewertet, sondern zunächst noch mit S91 „Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen“. Werden diese Bewertungen zu den bereits bestehenden addiert, ergeben sich somit insgesamt 114 qualitativ auffällige Bewertungen (34,4 %) im Rahmen des Strukturierten Dialogs 2019.

Für 87 Indikatorergebnisse (26,3 % aller Indikatorergebnisse) wurde eine Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten mit „qualitativ unauffällig“ vorgenommen, da es sich um typische Verläufe von Einzelfällen oder vereinzelte Dokumentationsprobleme handelte bzw. dem Krankenhaus ein Hinweis zu Verbesserungsmöglichkeiten gegeben wurde.

Mit „Sonstiges“ (S99) wurden 106 Indikatorergebnisse (32,0 % aller Indikatorergebnisse) bewertet. Dies ist in der überwiegenden Anzahl der Fälle dadurch begründet, dass rechnerisch auffällige Ergebnisse in Follow-up-Indikatoren bereits im Strukturieren Dialog des Vorjahres bzw. der Vorjahre evaluiert wurden, sodass eine erneute Bewertung nicht sachgerecht gewesen wäre. Wenn allerdings im Vergleich zum Vorjahr bzw. den Vorjahren Fälle hinzukamen, wurde eine erneute Evaluation aller Fälle vorgenommen, um keine durch die zusätzlichen Informationen sichtbar gewordenen Ursachen möglicher qualitativer Mängel zu übersehen.

Da mit einem Krankenhausstandort zu einem Qualitätsindikator der Strukturierte Dialog noch nicht abgeschlossen ist, da das kollegiales Gespräch aufgrund der Corona-Pandemie bis auf Weiteres aussteht, wurde dieser Qualitätsindikator folglich zunächst mit S91 „Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen“ bewertet.

Der erhebliche Mehraufwand im Prozess des Strukturierten Dialogs zeigt sich auch durch die Anzahl der angeforderten Präzisierungen. Während im Vorjahr für 38 Qualitätsindikatoren eine Präzisierung angefordert wurde, waren für das Erfassungsjahr 2018 84 Präzisierungen erforderlich.

Für das Erfassungsjahr 2018 musste in 23 Qualitätsindikatoren (6,9 % aller Indikatorergebnisse) eine Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation wie auch zu später Übermittlung der QS-Daten an das IQTIG mit D50 bzw. D99 vorgenommen werden.

Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen sowie Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Herztransplantation

Im Auswertungsmodul *Herztransplantation* wurde zu Beginn des Strukturierten Dialogs zu zunächst 53 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen eine Stellungnahme angefordert.

Nach Durchsicht und ausführlichen Diskussionen wurden 11 Indikatorergebnisse in 6 Krankenhausstandorten als qualitativ auffällig bewertet. In 5 Fällen (3 Krankenhausstandorte) musste aufgrund mindestens eines Anonymisierungsfehlers in der Stellungnahme mit A42 bewertet werden. In 4 weiteren Indikatorergebnissen in 2 Krankenhausstandorten wurden seitens des Leistungserbringers die fachlich angefragten Inhalte in der Stellungnahme nur sehr rudimentär adressiert und eine selbstkritische und klinische Aufarbeitung der Fälle nicht vorgenommen, weshalb im Ergebnis ebenfalls mit A42 bewertet wurde. Struktur- und Prozessmängel (A41) wurden in 2 Indikatorergebnissen („Sterblichkeit im Krankenhaus“, ID 2157 und „1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“, ID 12253) in 2 Krankenhausstandorten gesehen. In beiden Fällen sollten sowohl die Indikationsstellung zur Transplantation kritischer geprüft als auch alternative Therapiemöglichkeiten in Betracht gezogen werden.

Ein Krankenhausstandort wurde im Qualitätsindikator „1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ wiederholt als qualitativ auffällig bewertet. Da dieser Leistungserbringer 2018 allerdings keine Transplantation durchführte und sich die qualitative Auffälligkeit des Vorjahres auf Indexeingriff-bezogene Prozesse fokussierte, wurde auf ein kollegiales Gespräch als weiterführende Maßnahme verzichtet. Im Strukturierten Dialog 2020 wird dieser Krankenhausstandort detailliert betrachtet werden.

Aufgrund des auf Seite 73 beschriebenen Fehlers bei der Berechnung des Indikatorergebnisses wurden 2 Indikatorergebnisse in einem Krankenhausstandort als qualitativ unauffällig bewertet (U99). Ein weiterer Krankenhausstandort erhielt für ein Indikatorergebnis dieselbe Bewertung und zudem einen Hinweis zu einem verbesserungswürdigen präoperativen Management inkl. erforderlicher kritischerer Indikationsstellung.

Der überwiegende Anteil der rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse wurde mit S99 bewertet (31/53; 58,5 % aller Indikatorergebnisse), da entweder der Fall bzw. die Fälle in einem anderen Qualitätsindikator oder in dem Vorjahr bzw. den Vorjahren vollständig oder zu einem überwiegenden Teil evaluiert wurde(n) (28/31; 90,3 %), es durch einen neu hinzugekommenen Fall zu einem Dokumentations-/Exportfehler kam (1/31; 3,2 %) oder das Krankenhaus ein Softwareproblem geltend machte (2/31; 6,5 %). Die Bewertungen verteilten sich auf 15 Krankenhausstandorte.

In einem Krankenhausstandort war die Bewertung eines Qualitätsindikators wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich, da die QS-Daten nicht rechtzeitig übermittelt wurden. Folglich wurde mit D99 bewertet.

Eine Zielvereinbarung mit einem Krankenhausstandort hinsichtlich der Senkung der „Sterblichkeit im Krankenhaus“ für das Erfassungsjahr 2018 konnte aus Sicht des IQTIG erfolgreich beendet werden, da sowohl das Ziel erfüllt wurde als auch die einzureichenden Rückmeldungen auf die vereinbarten Maßnahmen den Anforderungen entsprachen.

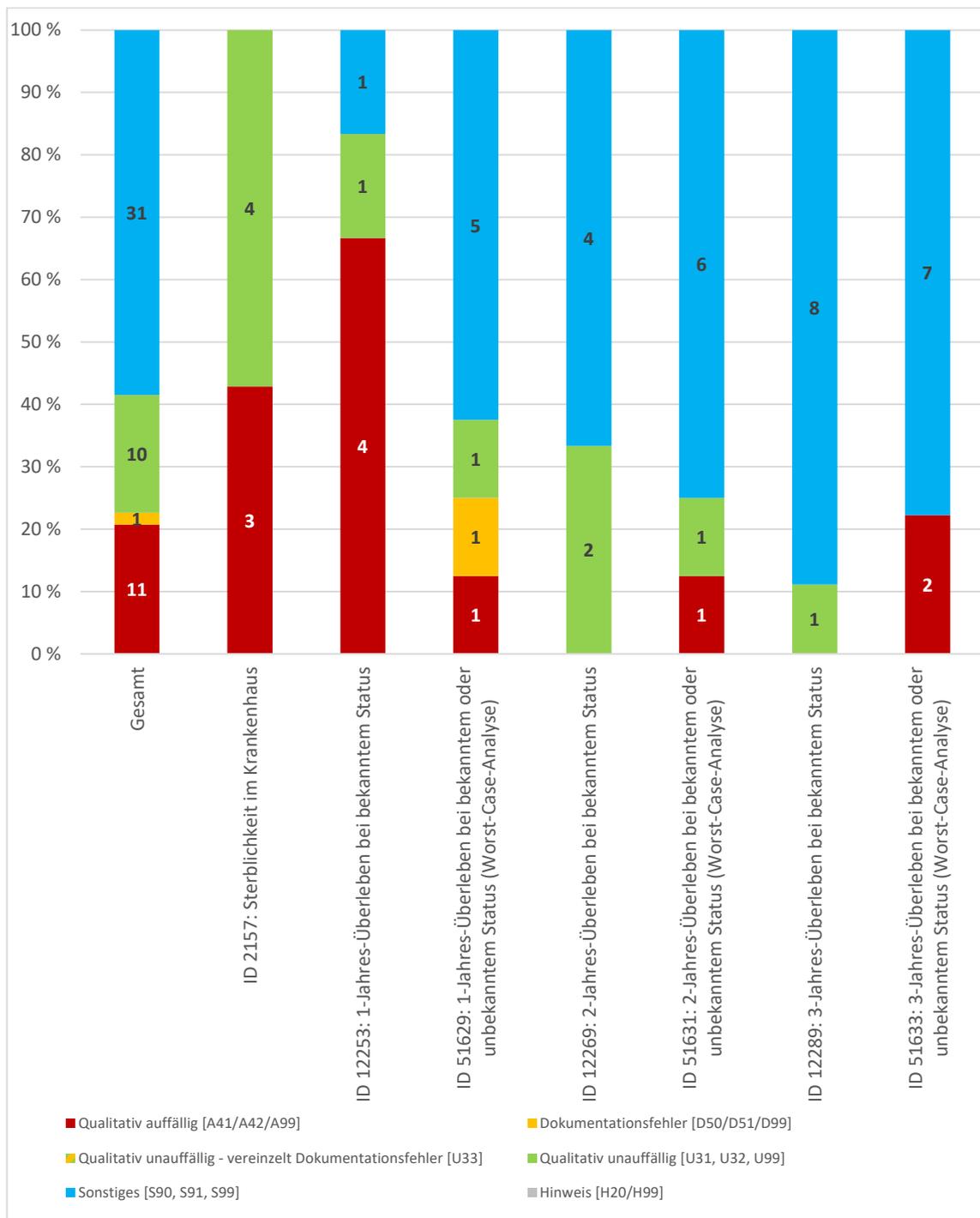


Abbildung 27: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme (Auswertungsmodul Herztransplantation)

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

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Im Erfassungsjahr 2018 waren mit 61 Krankenhausstandorten erneut mehr Leistungserbringer im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2017: 56) zur Datenlieferung im Auswertungsmodul *Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen* verpflichtet (EJ 2016: 51). Rechnerische Auffälligkeiten zeigten sich in insgesamt 46 Indikatorergebnissen bei 31 Krankenhausstandorten.

Die Qualitätsindikatoren „Indikation zur Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens“ (ID 52381) sowie „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Implantation eines LVAD“ (ID 52382) wurden zum Erfassungsjahr 2018 gestrichen. Stattdessen werden die Indikatoren „Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens“ (ID 251801) sowie „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen nach Implantation eines Herzunterstützungssystems“ (ID 251800) ausgewertet. Diese prüfen zum einen, „wie hoch die vorhergesagte Sterbewahrscheinlichkeit innerhalb eines Krankenhauses im Durchschnitt ist, [...] [womit] die Indikationsstellung unter Berücksichtigung der Erfolgsaussicht eines Eingriffs betrachtet“ wird (IQTIG 2019b: 84) (ID 251801) sowie zum anderen die Sterblichkeit hinsichtlich aller Systemarten, „wobei zum Zeitpunkt der Operation bestehende patientenseitige Risiken sowie auch das mit der Systemart variierende Sterberisiko bei der Berechnung berücksichtigt [wird]“ (IQTIG 2019b: 84) (ID 251800).

Mit 2 Krankenhausstandorten wurde jeweils zum Qualitätsindikator „Sepsis bei Implantation eines LVAD“ (ID 52388) ein kollegiales Gespräch geführt. Bei einem Leistungserbringer wurden zwar Verbesserungsaktivitäten wahrgenommen, aber aufgrund weiterer Qualitätsmängel hinsichtlich der Interdisziplinarität sowie genereller Strukturanforderungen das Indikatorergebnis als qualitativ auffällig mit A41 bewertet (Bewertung in Abbildungen und Ergebnistabelle noch S91 „Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen“) sowie eine mit weiteren gemeinsam eruierten Verbesserungsmaßnahmen erstellte Zielvereinbarung abgeschlossen. Bei dem anderen zu einem kollegialen Gespräch geladenen Leistungserbringer wurde seitens des IQTIG und der Bundesfachgruppe erkannt, dass zielführende Verbesserungsmaßnahmen zur Qualitätsförderung und -sicherung abgeleitet wurden. Auch hier wird der Krankenhausstandort mit gemeinsam vereinbarten Maßnahmen im Rahmen einer Zielvereinbarung zur Erreichung der Qualitätsziele unterstützt. Die Bewertung des Qualitätsindikators aufgrund eines Anonymisierungsfehlers in der Stellungnahme mit A42 ist in den Abbildungen und Tabellen noch nicht enthalten und wird mit einer S91 dargestellt.

18 weitere rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse in 16 Krankenhausstandorten mussten ebenfalls als qualitativ auffällig bewertet werden. Gründe waren in 3 weiteren Fällen Anonymisierungsfehler und in 4 Fällen eine unzureichende fachliche Plausibilität der Stellungnahme, woraufhin eine A42 als Bewertung resultierte. In 9 weiteren Indikatorergebnissen (7 Krankenhausstandorte) wurden Struktur- und Prozessmängel festgestellt, die sich in 8 Fällen („Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen nach Implantation eines Herzunterstützungssystems“, ID 251800; „Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens“, ID 251801; „Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD“, ID 52385 und „Sepsis bei Implantation eines LVAD“, ID 52388) auf ein zu hoch eingeschätztes Risikoprofil hinsichtlich der Erfolgsaussicht der Patientinnen und Patienten bezog sowie in einem

Fall („Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen nach Implantation eines Herzunterstützungssystems“) auf die Anzahl der septischen Verläufe. 2 Indikatorergebnisse in 2 Krankenhausstandorten wurden mit A99 bewertet, da zum einen zwar Verbesserungsmaßnahmen seitens des Leistungserbringers eingeleitet wurden, eine Implantation bei bestehender nicht sanierter Sepsis allerdings als kritisch angesehen wird („Sepsis bei Implantation eines LVAD“) und zum anderen der herzchirurgische Leistungsbereich laut Aussage des Leistungserbringers eingestellt wurde, wobei eine Indikationsstellung zur Implantation dennoch als kritisch erachtet wurde („Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/ Kunstherzens“).

Aufgrund von Dokumentationsfehlern oder ungelösten Kodierproblemen wurden 6 Krankenhausstandorte in insgesamt 8 Indikatorergebnissen mit D50 bzw. D99 bewertet. Für die als „ungelöstes Kodierproblem“ deklarierten Ergebnisse wurden temporäre Herzunterstützungssysteme laut Angabe von Leistungserbringern aufgrund eines komplexeren Implantationsvorgangs als beispielsweise bei der Implantation von VA-ECMO-Systemen als permanente Herzunterstützungssysteme kodiert und damit eine QS-Dokumentation ausgelöst. Ob diese Kodierung gerechtfertigt ist oder nicht, wurde bisher seitens des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) nicht geklärt, jedoch wird den Leistungserbringern empfohlen, einen entsprechenden Prüfauftrag an das InEK zu stellen.

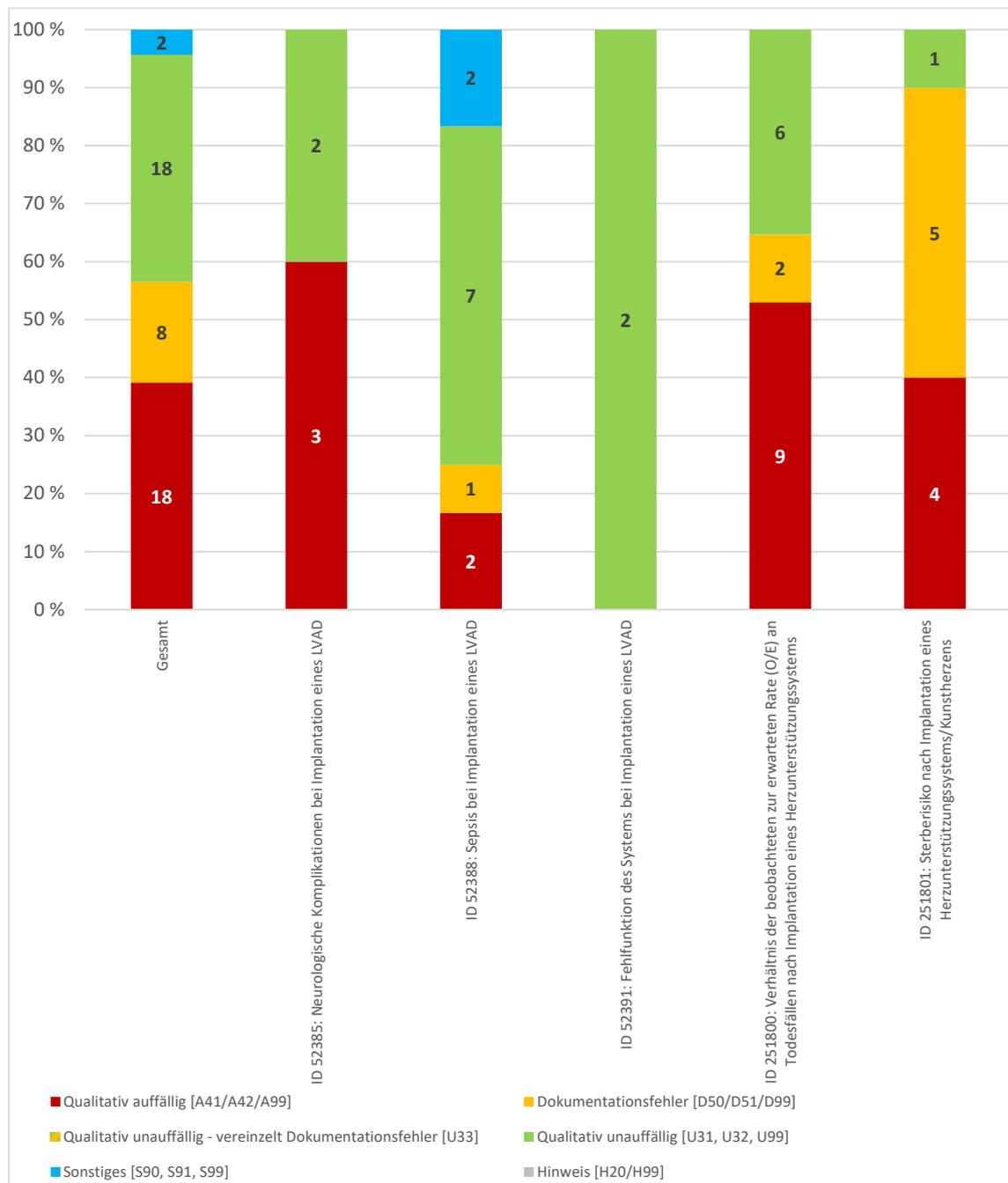


Abbildung 28: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme (Auswertungsmodul Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)

Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Im QS-Verfahren *Lungen- und Herz-Lungentransplantation* kam es in 12 Krankenhausstandorten zu 41 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen.

11 Indikatorergebnisse in 7 Krankenhausstandorten wurden als qualitativ auffällig bewertet. In 5 Fällen (2 Krankenhausstandorte) kam es zu Anonymisierungsfehlern, weshalb mit A42 bewertet werden musste.

Mit 2 Krankenhausstandorten wurde zu jeweils einem Qualitätsindikator ein kollegiales Gespräch geführt und als Resultat aufgrund von Struktur- und Prozessmängeln im Ergebnis mit A41 bewertet. In einem Krankenhausstandort im Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2155) wurden vom IQTIG und den Bundesfachgruppenmitgliedern verbesserungswürdige Aspekte hinsichtlich der Strukturen, der interdisziplinären Zusammenarbeit und der zentralen Steuerung der Prozesse gesehen und die gemeinsam eruierten Maßnahmen zur Qualitätsförderung im Rahmen einer Zielvereinbarung festgehalten. In einem anderen Krankenhausstandort wurden zum Qualitätsindikator „1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 12397) Verbesserungsbemühungen seitens des Krankenhauses erkannt. Insbesondere wird aber weiterer Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Nachsorge gesehen, da diese elementarer Bestandteil einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung ist. So wurde die Erarbeitung eines Konzepts zur Nachsorge sowie die Aufarbeitung letal verlaufender Vorgänge zusammen mit dem Leistungserbringer als qualitätsfördernde Maßnahme gesehen und vereinbart. Die entsprechenden Zielvereinbarungen befinden sich derzeit im finalen Erstellungsprozess.

Zu 2 weiteren Indikatorergebnissen in 2 Krankenhausstandorten wurde bei einem Leistungserbringer aufgrund aufgetretener differenzialdiagnostischer Versäumnisse, aus denen einer der Leistungserbringer keine Verbesserungsmaßnahmen selbst initiierte oder ableitete („2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“, ID 12413), und beim anderen Leistungserbringer wegen des als kritisch einzuschätzenden präoperativ vorliegenden Risikoprofils bei sehr kleiner Fallzahl („Sterblichkeit im Krankenhaus“) eine Bewertung mit A41 vorgenommen.

Das Lungentransplantationsprogramm eines Leistungserbringers pausiert derzeit. In der Stellungnahme zum Indikator „3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 12433) fehlen aber insbesondere Angaben zum Risikoprofil aufseiten des Empfängers, wodurch das Indikatorergebnis mit A99 bewertet wurde. In einem anderen Fall („1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“) wurde die unmittelbare postoperative Versorgung der Patientinnen und Patienten als kritisch angesehen und das Indikatorergebnis ebenfalls mit A99 bewertet. Mit diesem Leistungserbringer besteht überdies eine Zielvereinbarung zum Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2155) mit dem Ziel einer rechnerischen Unauffälligkeit in den Erfassungsjahren 2018 und 2019, da diese noch nach alter Systematik (rechnerische Unauffälligkeit) geschlossen wurde. Seit dem Erfassungsjahr 2017 werden Zielvereinbarungen mit Leistungserbringern grundsätzlich mit dem Ziel einer qualitativen Unauffälligkeit geschlossen. Für das Erfassungsjahr 2018 besteht keine rechnerische Auffälligkeit des Qualitätsindikators.

4 von 7 Bewertungen in 2 Krankenhausstandorten mit U99 und dem entsprechenden externen Kommentar resultierten aus den auf Seite 73 beschriebenen Berechnungsfehlern. In 3 weiteren qualitativ unauffälligen Bewertungen mit U99 in 3 Krankenhausstandorten haben die Leistungserbringer einen Hinweis zu möglichen Verbesserungspotenzialen erhalten bzw. selbst Maßnahmen zur Verbesserung initiiert.

Die 23 Bewertungen mit S99 resultieren aus bereits im Vorjahr bzw. in den Vorjahren oder in einem anderen Qualitätsindikator evaluierten Fällen.

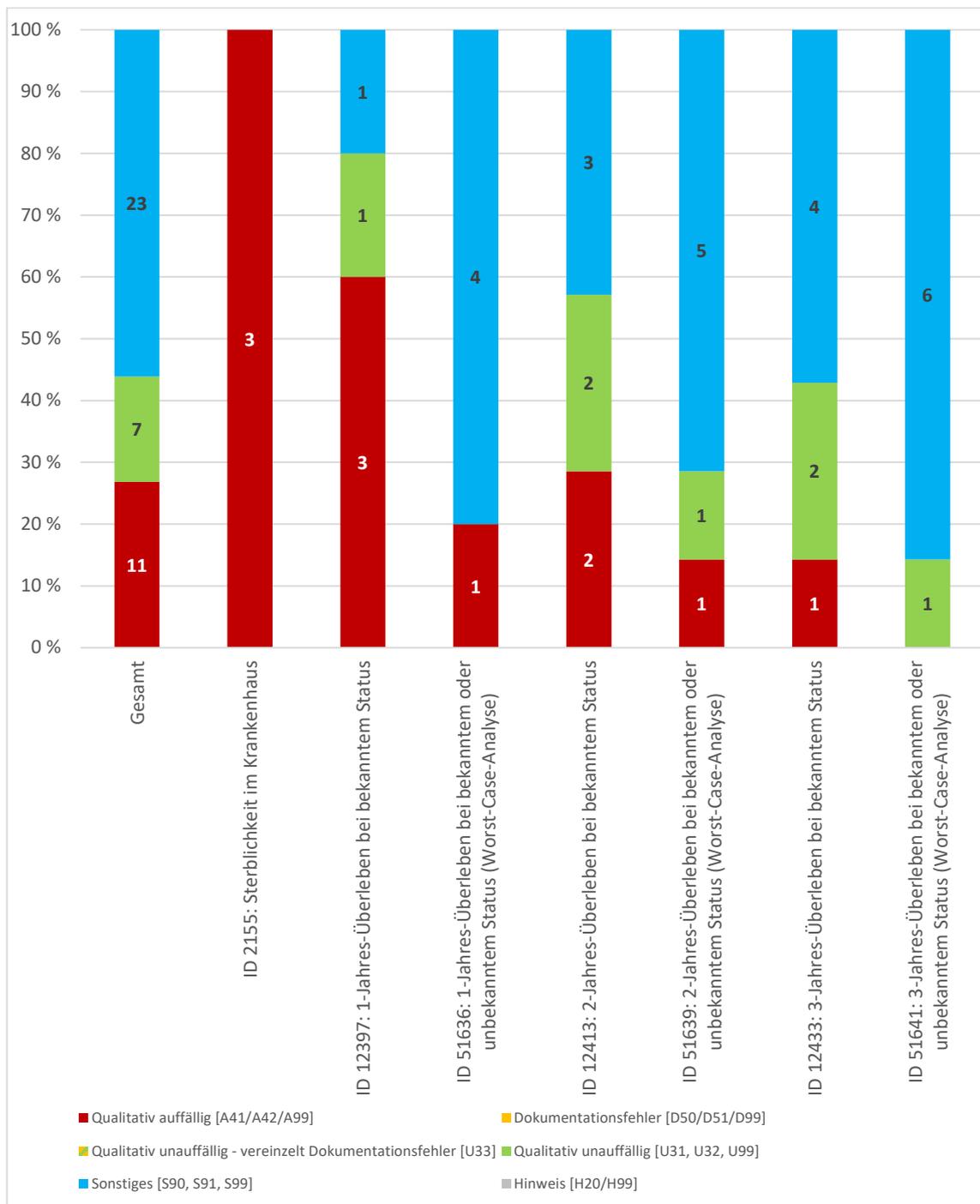


Abbildung 29: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Lungen- und Herz-Lungentransplantation

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

Lebertransplantation und Leberlebendspende

Lebertransplantation

Im QS-Verfahren der Lebertransplantation kam es zu 32 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen, verteilt auf 14 Krankenhausstandorte.

7 Indikatorergebnisse von 4 Krankenhausstandorten wurden mit A42 bewertet, in 3 Fällen wegen der unzureichenden fachlichen Plausibilität der Stellungnahme und in 4 Fällen bei einem Leistungserbringer aufgrund fehlerhafter Anonymisierung.

Mit 2 Krankenhausstandorten wurden kollegiale Gespräche jeweils zu den beiden Qualitätsindikatoren („1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“, ID 12349 sowie „Postoperative Verweildauer“, ID 2133) geführt. Bei einem Krankenhausstandort wurden Struktur- und Prozessmängel hinsichtlich Optimierungsbedarfen in der postoperativen Versorgung sowie der interdisziplinären Zusammenarbeit gesehen. Mit diesem Krankenhausstandort wurde eine Zielvereinbarung mit gemeinsam vereinbarten Maßnahmen zur Verbesserung der Qualitätssituation abgeschlossen und das Ergebnis des Qualitätsindikators mit A41 bewertet. Bei dem anderen Krankenhausstandort konnten sowohl bereits stattgefundene organisatorische als auch strukturelle und prozessuale qualitätsfördernde Anpassungen wahrgenommen werden, die als zielführend angesehen werden. Auch mit diesem Krankenhausstandort kam es zum Abschluss einer Zielvereinbarung mit gemeinsam vereinbarten Verbesserungsmaßnahmen, um diesen bei der Erreichung der Qualitätsziele langfristig zu unterstützen. In den Abbildungen und Tabellen ist nicht die konsentrierte A41-Bewertung der Indikatorenergebnisse enthalten, sondern diese noch mit einer S91 dargestellt.

Mit einem weiteren Krankenhausstandort wurde ein kollegiales Gespräch zum Qualitätsindikator 2097 „Tod durch operative Komplikationen“ durchgeführt. In diesem konnten alle Sachverhalte, die bisher keine eindeutige Beurteilung der Qualitätssituation durch das IQTIG zuließen, durch die anwesenden Krankenhausvertreterinnen und -vertreter nachvollziehbar erläutert werden. Es resultierte eine Bewertung mit U32 (Bewertung in Abbildungen und Ergebnistabelle noch S91), da das Ergebnis durch Einzelfälle erklärbar wurde. Entsprechend verzichtete das IQTIG in Einvernehmen mit der Bundesfachgruppe auf den Abschluss einer Zielvereinbarung.

Mit einem Krankenhausstandort war als weiterführende Maßnahme des Strukturierten Dialogs eine Begehung erforderlich. Während dieser konnten Verbesserungsmöglichkeiten erkannt werden, die in einer Zielvereinbarung, insbesondere hinsichtlich einer stärkeren Interdisziplinarität in der Versorgung, festgehalten werden sollen. Derzeit befindet sich diese im Erstellungsprozess. Im Ergebnis wird der Qualitätsindikator „Postoperative Verweildauer“ mit Abschluss der Zielvereinbarung entsprechend mit A41 bewertet, derzeit erscheint aber noch die Bewertung S91.

Ebenfalls mit A41 wurde ein Indikatorergebnis („3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“, ID 12385) eines Krankenhausstandortes bewertet, da hier Mängel in der Ursachenanalyse der eigenen Ergebnisse, den Aussagen und der Widersprüchlichkeit in der Stellungnahme bzw. Präzisierung gesehen wurden sowie grundsätzliche Anforderungen an die Stellungnahme nicht eingehalten wurden.

Mit einem Krankenhausstandort wurde im letzten Strukturierten Dialog zu 4 Qualitätsindikatoren eine Zielvereinbarung geschlossen. 2 dieser Indikatorergebnisse („Sterblichkeit im Krankenhaus“, ID 2096 und „Postoperative Verweildauer“) sind auch in diesem Strukturierten Dialog qualitativ auffällig mit A99 bewertet worden, da chirurgisch-technische Probleme festgestellt wurden und in einem Kommentar darauf hingewiesen wurde, dass mit dem Leistungserbringer bereits Verbesserungsmaßnahmen vereinbart sind. Ziel der Zielvereinbarung ist die qualitative Unauffälligkeit im Erfassungsjahr 2019.

Da keine rechtzeitige bzw. korrekte Übermittlung der QS-Daten an das IQTIG erfolgte, wurden 2 Indikatorergebnisse in 2 Krankenhausstandorten mit D99 bewertet.

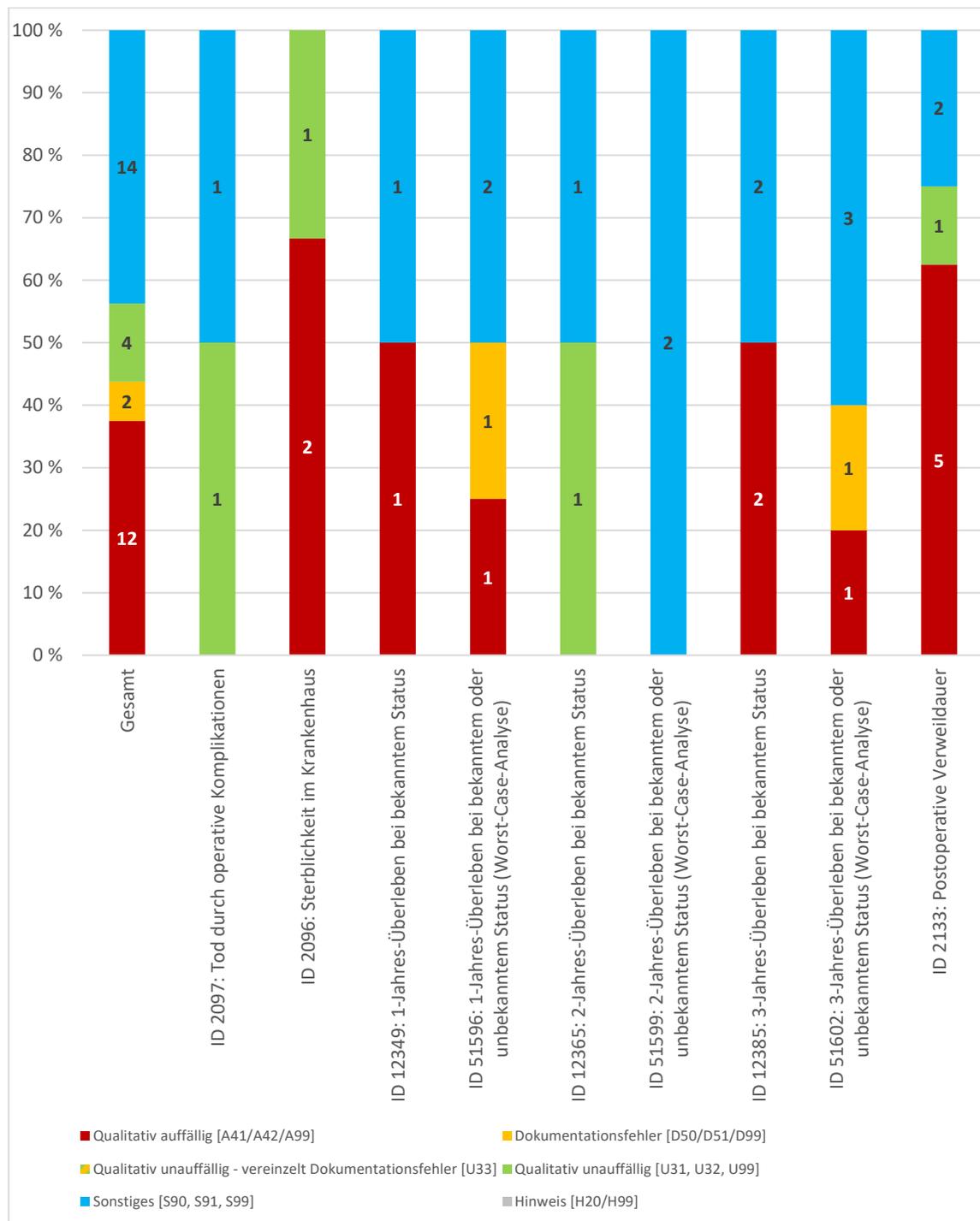


Abbildung 30: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Lebertransplantation

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

Leberlebenspende

Im Erfassungsjahr 2018 mussten im QS-Verfahren Leberlebenspende 7 Krankenhausstandorte zu 11 Indikatorergebnissen Stellung nehmen.

Mit einem Krankenhausstandort musste ein kollegiales Gespräch zu den 3 Qualitätsindikatoren „Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende“ (ID 51603), „Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende“ (ID 51604) sowie „Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebenspende“ (ID 51605) geführt werden. In diesem wurden Mängel hinsichtlich der Nachsorgestrukturen und -prozesse im Zentrum erkannt und mit den Krankenhausvertreterinnen und -vertretern der Abschluss einer Zielvereinbarung mit zielführenden Maßnahmen zur Verbesserung der Qualitätssituation im Zentrum vereinbart. Diese Zielvereinbarung befindet sich derzeit im Erstellungsprozess. Im Ergebnis wird die Bewertung der Qualitätsindikatoren mit Abschluss der Zielvereinbarung entsprechend von derzeit S91 „Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen“ auf A41 aufgrund von Struktur- und Prozessmängeln geändert.

In einem Fall kam es zu einem Berechnungsfehler des Indikatorergebnisses, weshalb mit U99 bewertet wurde (siehe Seite 73). In einem weiteren Fall, der mit U99 bewertet wurde, konnte keine qualitative Auffälligkeit festgestellt werden, dem Krankenhaus aber dennoch ein Hinweis zu möglichen Verbesserungspotenzialen gegeben werden.

In einem Indikatorergebnis hingegen mussten auch nach Präzisierung qualitative Mängel hinsichtlich des präoperativen Managements festgestellt werden. Dem Krankenhaus wurde ein Hinweis zu möglichen Verbesserungspotenzialen gegeben und das Ergebnis insgesamt mit A99 bewertet.

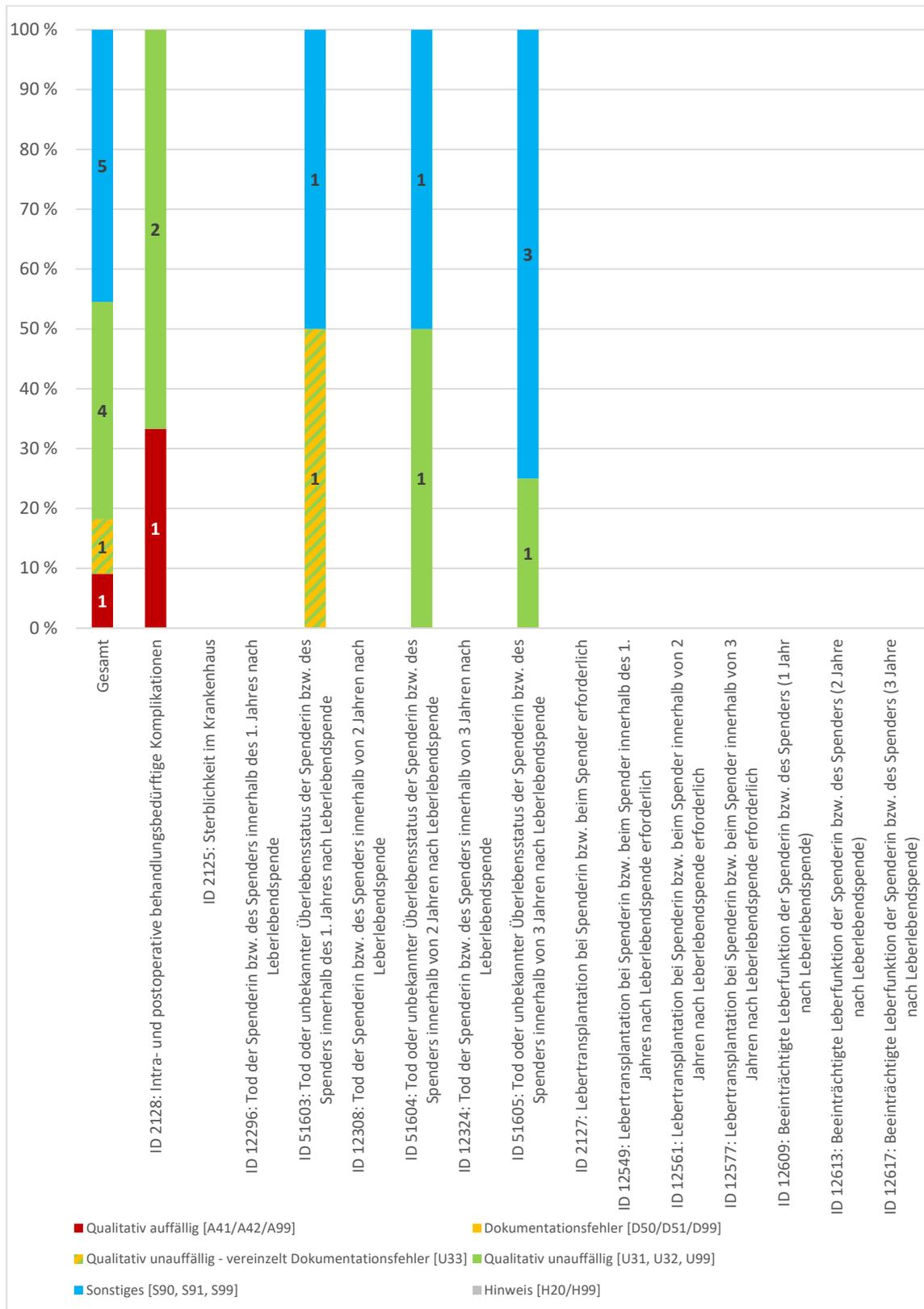


Abbildung 31: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Leberlebenspende

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

Nierentransplantation, Nierenlebendspende und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Nierentransplantation

Zum QS-Verfahren *Nierentransplantation* zeigten sich für 22 Krankenhausstandorte bei 50 Indikatorergebnissen rechnerisch auffällige Ergebnisse.

Mit insgesamt 5 Krankenhausstandorten zu 14 Indikatorergebnissen wurden bereits kollegiale Gespräche geführt.

6 dieser Indikatorergebnisse aus 2 Krankenhausstandorten wurden aufgrund von Struktur- und Prozessmängeln mit A41 bewertet, während ein Ergebnis mit S99 bewertet wurde, da die Fälle in einem anderen Qualitätsindikator evaluiert wurden. In einem dieser Krankenhausstandorte führten ersichtliche grundlegende Verbesserungspotenziale im prä-, intra- und postoperativen Prozess sowie das grundsätzliche Management von Patientinnen und Patienten mit einem hohen präoperativen Risiko zur qualitativ auffälligen Bewertung („Sterblichkeit im Krankenhaus“, ID 2171; „Intra- oder postoperative Komplikationen“, ID 51557; „Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung“, ID 2185 und „Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)“, ID 12809). In dem anderen Krankenhausstandort waren die mangelhafte Re-Evaluation von Hochrisikopatientinnen und Hochrisikopatienten sowie deren Nachsorge ursächlich für die qualitative Auffälligkeit („1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)“, ID 51560 und „2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“, ID 12199). Zielvereinbarungen mit vereinbarten Verbesserungsmaßnahmen wurden mit beiden Leistungserbringern geschlossen.

Die übrigen 7 Indikatorergebnisse aus 3 Krankenhausstandorten sind noch mit S91 bewertet. Auch für diese wird sich die Bewertung mit Abschluss einer Zielvereinbarung, die sich derzeit im finalen Erstellungsprozess befindet, auf A41 ändern. In einem Krankenhausstandort zum Qualitätsindikator „1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 2144) wurden die Risikoeinschätzung in Bezug auf kardiale Risiken als kritisch erachtet und zudem Verbesserungspotenziale bezüglich der Immunsuppression sowie des Nachsorgeprozesses hinsichtlich Verantwortlichkeiten, Patientenaufklärung und Management von Risikopatientinnen und Risikopatienten gesehen. In einem anderen Krankenhausstandort wurden für die Qualitätsindikatoren „2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“, „2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)“ (ID 51561) sowie „Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung“ (ID 2184) und „Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung“ Verbesserungspotenziale hinsichtlich einer kritischeren Indikationsstellung und initialen Überwachung der Patientinnen und Patienten, insbesondere der Interpretation der Befunde, des Immunsuppressionskonzeptes sowie der intensiveren Nachsorge der Patientinnen und Patienten gesehen. In einem weiteren kollegialen Gespräch, welches zu den Qualitätsindikatoren „2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)“ sowie „3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)“ geführt wurde, wurde ein grundlegendes Führungsproblem hinsichtlich der Zusammenarbeit auf Leitungsebene mit dem Qualitätsmanagement

erkannt. Zudem wurden Mängel in der präoperativen Phase (Zusammenarbeit, Wartelistenführung) sowie der postoperativen Phase (Immunsuppressionskonzept, Intensität von M&M-Konferenzen) gesehen.

Ein kollegiales Gespräch mit einem Leistungserbringer zu dem Qualitätsindikator „Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung“ konnte aufgrund der Corona-Pandemie derzeit noch nicht durchgeführt werden und ist bis auf Weiteres ausstehend. Auch hier ist zunächst mit S91 bewertet worden, da der Strukturierte Dialog noch nicht abgeschlossen ist.

3 weitere Indikatorergebnisse aus 3 Krankenhausstandorten wurden aufgrund des kritischen und verbesserungswürdigen präoperativen Managements („Sterblichkeit im Krankenhaus“), zu häufig aufgetretenen Komplikationen mit fehlender Ursachenanalyse („Intra- oder postoperative Komplikationen“) sowie des mangelhaften postoperativen Managements („1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)“) ebenfalls mit A41 bewertet.

Während 4 Indikatorergebnisse in 3 Krankenhausstandorten aufgrund fehlender Anonymisierung mit A42 bewertet wurden, musste das Indikatorergebnis eines Krankenhausstandortes aufgrund einer unzureichenden Stellungnahme hinsichtlich der fachlichen Plausibilität mit gleicher Bewertung beurteilt werden. Ein weiterer Krankenhausstandort kam der Aufforderung, zu 2 Indikatorergebnissen eine Präzisierung abzugeben, nicht nach und wurde folglich mit A42 bewertet.

Ebenfalls qualitativ auffällig und mit A99 mussten 2 Krankenhausstandorte zu 4 Indikatorergebnissen bewertet werden, da zum einen in einem Standort zu den 3 Qualitätsindikatoren „Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)“, „Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung“ sowie „Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung“ bereits Verbesserungsmaßnahmen vereinbart wurden, hier aber zusätzlich Verbesserungspotenziale hinsichtlich des intensivmedizinischen Managements und der Auswahl der Risikoprofile der Patientinnen und Patienten gesehen wurden. Zum anderen wurden einem Krankenhausstandort zum Qualitätsindikator „Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)“ Hinweise hinsichtlich einer kritischeren Spender-Empfänger-Selektion und einer Überprüfung des antiinfektiven Monitorings- und Behandlungsprozesses gegeben.

Während 2 Indikatorergebnisse in 2 Krankenhausstandorten aufgrund eines Berechnungsfehlers des Indikatorergebnisses (vgl. Seite 73) mit U99 bewertet wurden, wurden 5 Indikatorergebnisse in 4 Krankenhausstandorten mit dem gleichen Ergebnis und einem Hinweis zu möglichen Verbesserungspotenzialen bewertet.

Durch Dokumentationsfehler bzw. unvollständige, fehlerhafte oder nicht rechtzeitige Übermittlung der QS-Daten mussten 7 Indikatorergebnisse in 5 Krankenhausstandorten mit D99 bzw. D50 bewertet werden. Ein Krankenhausstandort hat für 3 Indikatorergebnisse bereits Maßnahmen zur Verbesserung ergriffen.

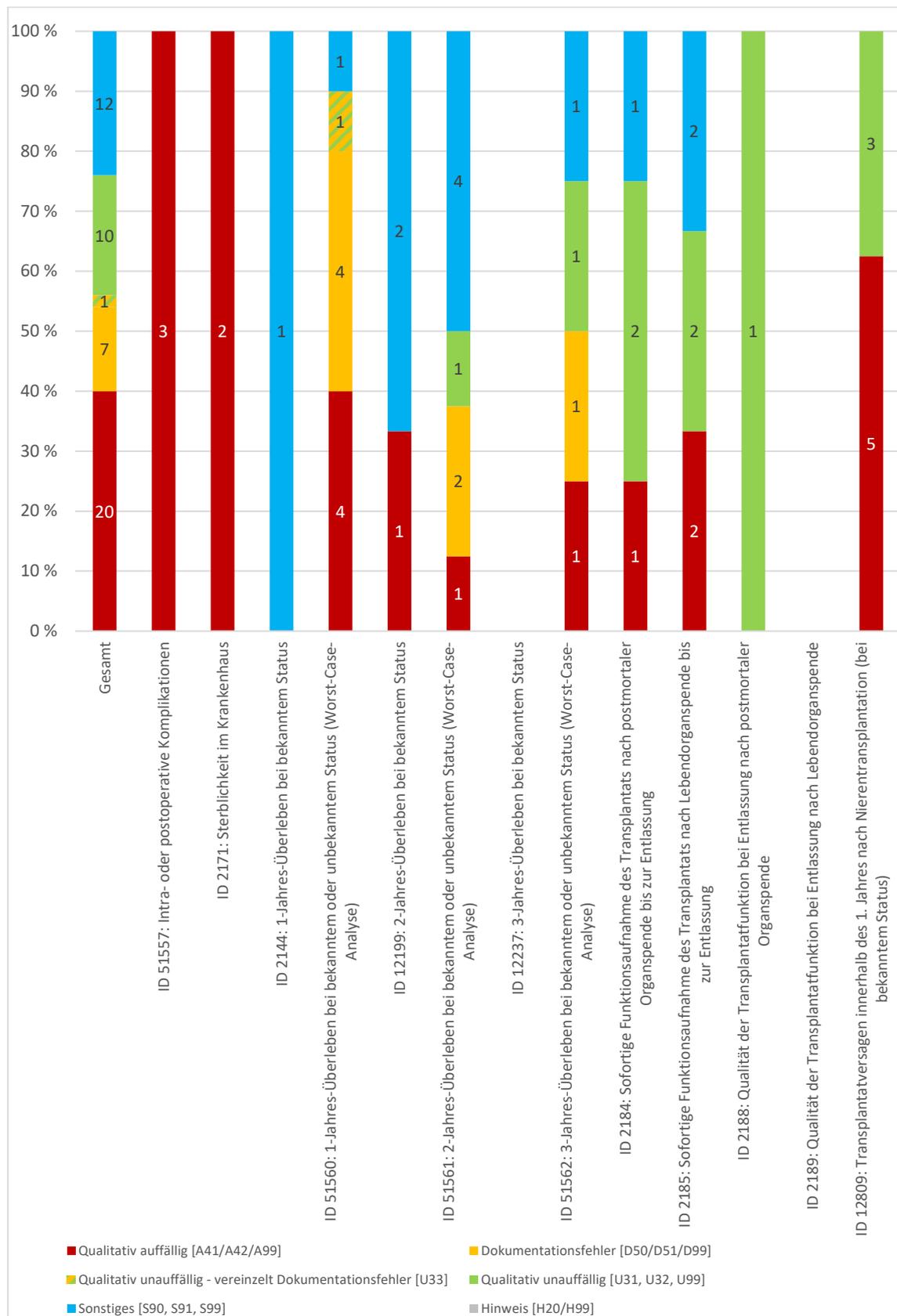


Abbildung 32: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Nierentransplantation

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

Nierenlebenspende

Im QS-Verfahren *Nierenlebenspende* wurden 23 Krankenhausstandorte mit 49 Indikatorergebnissen rechnerisch auffällig.

Mit 2 Krankenhausstandorten wurde zu insgesamt 3 Qualitätsindikatoren ein kollegiales Gespräch geführt. In einem Krankenhausstandort wurde zu den Qualitätsindikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2137) sowie „Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich“ (ID 2138) eine unzureichende Berücksichtigung präoperativ vorliegender Risikofaktoren erkannt. Außerdem wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit als verbesserungswürdig angesehen. Die Qualitätsindikatoren wurden mit Abschluss einer Zielvereinbarung, in der diverse Maßnahmen zur Verbesserung der Qualitätssituation vereinbart wurden, mit A41 bewertet (in den Abbildungen und Tabellen noch mit S91 dargestellt). Bei dem anderen Krankenhausstandort handelt es sich um denselben Leistungserbringer, der auch im QS-Verfahren *Nierentransplantation* zu einem kollegialen Gespräch geladen wurde. Hier wurde (siehe Abschnitt „Nierentransplantation“) ein grundlegendes Führungsproblem hinsichtlich der Zusammenarbeit auf Leitungsebene mit dem Qualitätsmanagement erkannt. Zudem wurden Mängel in der präoperativen Phase (Zusammenarbeit, Wartelistenführung) sowie der postoperativen Phase (Immunsuppressionskonzept, Intensität von M&M-Konferenzen) gesehen („Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende“, ID 51570). Zu diesem Qualitätsindikator im QS-Verfahren *Nierenlebenspende* wird ebenfalls eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Qualitätssituation vereinbart und mit Abschluss dieser die Bewertung von S91 in A41 geändert.

Ein weiterer Krankenhausstandort wurde in dem Qualitätsindikator „Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende“ (ID 51568) aufgrund von Struktur- und Prozessmängeln hinsichtlich des Monitorings der nachzusorgenden Patientinnen und Patienten nach Nierenlebenspende sowie der Datenübermittlung an das IQTIG mit A41 bewertet.

Die Ursachen für die Bewertung mit A42 für 9 Indikatorergebnisse in 6 Krankenhausstandorten waren in 4 Fällen in 3 Krankenhausstandorten eine fehlerhafte Anonymisierung, in 3 Fällen in 2 Krankenhausstandorten eine unzureichende fachliche Plausibilität der Stellungnahme sowie in 2 Fällen eines Krankenhausstandortes, trotz einer entsprechenden Aufforderung, die Nichteinreichung einer Präzisierung.

Mit einem Krankenhausstandort wurde im Erfassungsjahr 2017 eine Zielvereinbarung zum Qualitätsindikator „Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende“ (ID 51570) geschlossen. Da das IQTIG auch für den Strukturierten Dialog 2019 die Etablierung eines grundlegenden Konzepts zur Nachsorge von Patientinnen und Patienten (bspw. in Form einer SOP/Ablaufplanung) empfiehlt und zudem die Stellungnahme als zu knapp angesehen wird, aber bereits Maßnahmen mit dem Leistungserbringer im Rahmen der Zielvereinbarung vereinbart wurden, wurde mit A99 bewertet. Das Ergebnis dieses Qualitätsindikators soll im Erfassungsjahr 2019 qualitativ unauffällig sein. Einem weiteren Krankenhausstandort wurden zu 3 Indikatorergebnissen zur Nachsorge 1-, 2- und 3 Jahre nach Nierenlebenspende (IDs 51568, 51569 und 51570) Hinweise hinsichtlich der Implementierung eines

detaillierten Nachsorgekonzepts inklusive des Dokumentationsprozesses und zur präoperativen Aufklärung der Patientinnen und Patienten gegeben und im Ergebnis mit A99 bewertet.

5 Indikatorergebnisse in 4 Krankenhausstandorten wurden mit U99 bewertet. Grund war in einem Fall der auf Seite 73 beschriebene Berechnungsfehler zum zulässigen Follow-up-Zeitraum. 3 Krankenhausstandorten wurden zu 3 Qualitätsindikatoren der Nachsorge Hinweise zu möglichen Verbesserungspotenzialen hinsichtlich der Evaluation des Prozesses der psychologischen Evaluation bei Lebendspenderinnen und Lebendspendern (ID 12440), zur Etablierung eines grundlegenden Konzepts zur Nachsorge (ID 51570) sowie zur Intensivierung der Diagnostik bei auffälligen Befundkonstellationen (ID 51998) gegeben. Einer dieser Standorte erhielt dieselbe Bewertung für ein Indikatorergebnis (ID 51568) aufgrund eines zu spät stattgefundenen Datenexports. Allerdings wurde in der Stellungnahme über den Überlebensstatus der Patientin berichtet sowie Laborparameter übermittelt.

Für 2 Indikatorergebnisse in 2 Krankenhausstandorten wurde wegen fehlerhafter Dokumentation bezüglich eines Dokumentationsfehlers mit D99 bzw. wegen eines verspäteten Exports der Daten mit D50 bewertet.

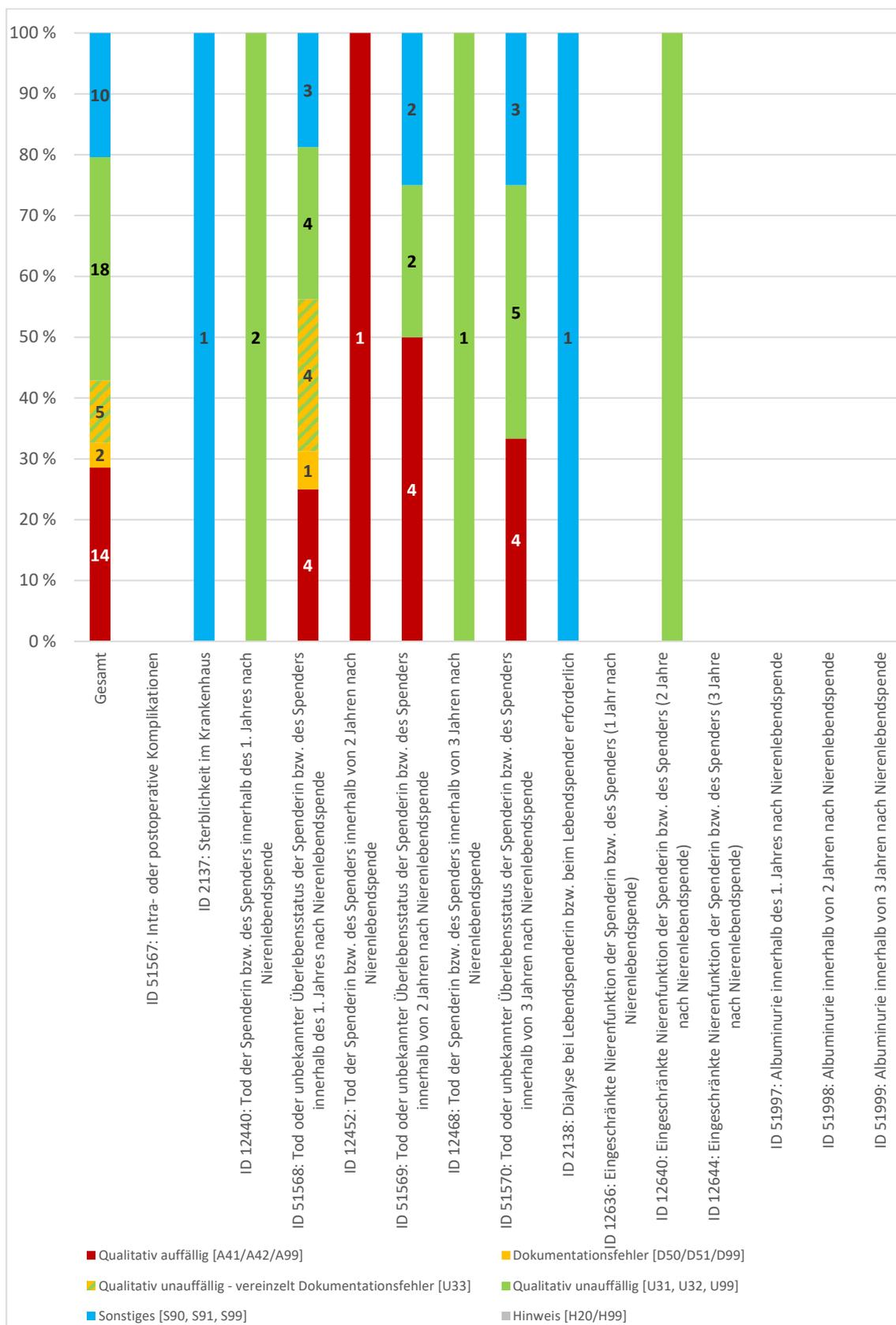


Abbildung 33: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Nierenlebenspende

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

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Im QS-Verfahren *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* wurden insgesamt 49 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt, die sich auf 16 Krankenhausstandorte verteilten.

Qualitativ auffällig wurden 7 Krankenhausstandorte mit 9 Indikatorergebnissen bewertet. Während in 2 Fällen Anonymisierungsfehler vorlagen, wurde eine Stellungnahme als unzureichend fachlich plausibel erachtet. Für diese 3 Fälle in 3 Krankenhausstandorten wurde folglich A42 als Bewertung vorgenommen. Jeweils eine Bewertung mit A99 wurde in 2 Krankenhausstandorten zu jeweils einem Indikatorergebnis vorgenommen, da in einem Fall bei Verbesserungspotenzial hinsichtlich unmittelbar postoperativer Prozesse bereits Verbesserungsmaßnahmen seitens des Krankenhauses abgeleitet wurden („Sterblichkeit im Krankenhaus“, ID 2143) und in einem anderen Fall das Pankreastransplantationsprogramm derzeit pausiert ist („2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)“, ID 51544).

Zu den zwei Indikatorergebnissen „Sterblichkeit im Krankenhaus“ und „Entfernung des Pankreastransplantats“ (ID 2146) in einem Krankenhausstandort wurden sowohl im präoperativen Re-Evaluationsprozess bei Hochrisikopatientinnen und Hochrisikopatienten als auch in der Durchführung interdisziplinärer M&M-Konferenzen qualitative Mängel und Verbesserungspotenziale gesehen, womit eine Bewertung mit A41 resultierte. In einem weiteren Krankenhausstandort zu den zwei Indikatorergebnissen „Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung“ (ID 2145) und „Entfernung des Pankreastransplantats“ wurden ein zu hohes Risikoverhalten hinsichtlich der Qualität der implantierten Organe erkannt und folglich mit A41 bewertet.

Während in einem Krankenhausstandort 2 Indikatorergebnisse aufgrund des auf Seite 73 beschriebenen Berechnungsfehlers hinsichtlich des zulässigen Follow-up-Zeitraums mit U99 bewertet wurden, erhielt ein Krankenhausstandort zu einem Indikatorergebnis dieselbe Bewertung, da bereits Verbesserungsmaßnahmen seitens des Leistungserbringers eingeleitet wurden. In einem weiteren Krankenhausstandort wurde zu 2 Indikatorergebnissen Verbesserungspotenzial hinsichtlich zu berücksichtigender vaskulärer und infektiologischer Konstellationen bei der Indikationsstellung zur Transplantation gesehen (U99).

In 2 Indikatorergebnissen fand ein verspäteter Export der QS-Daten statt, der Leistungserbringer hat allerdings bereits Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet. In einem weiteren Fall lag ein Dokumentationsfehler vor (jeweils D99).

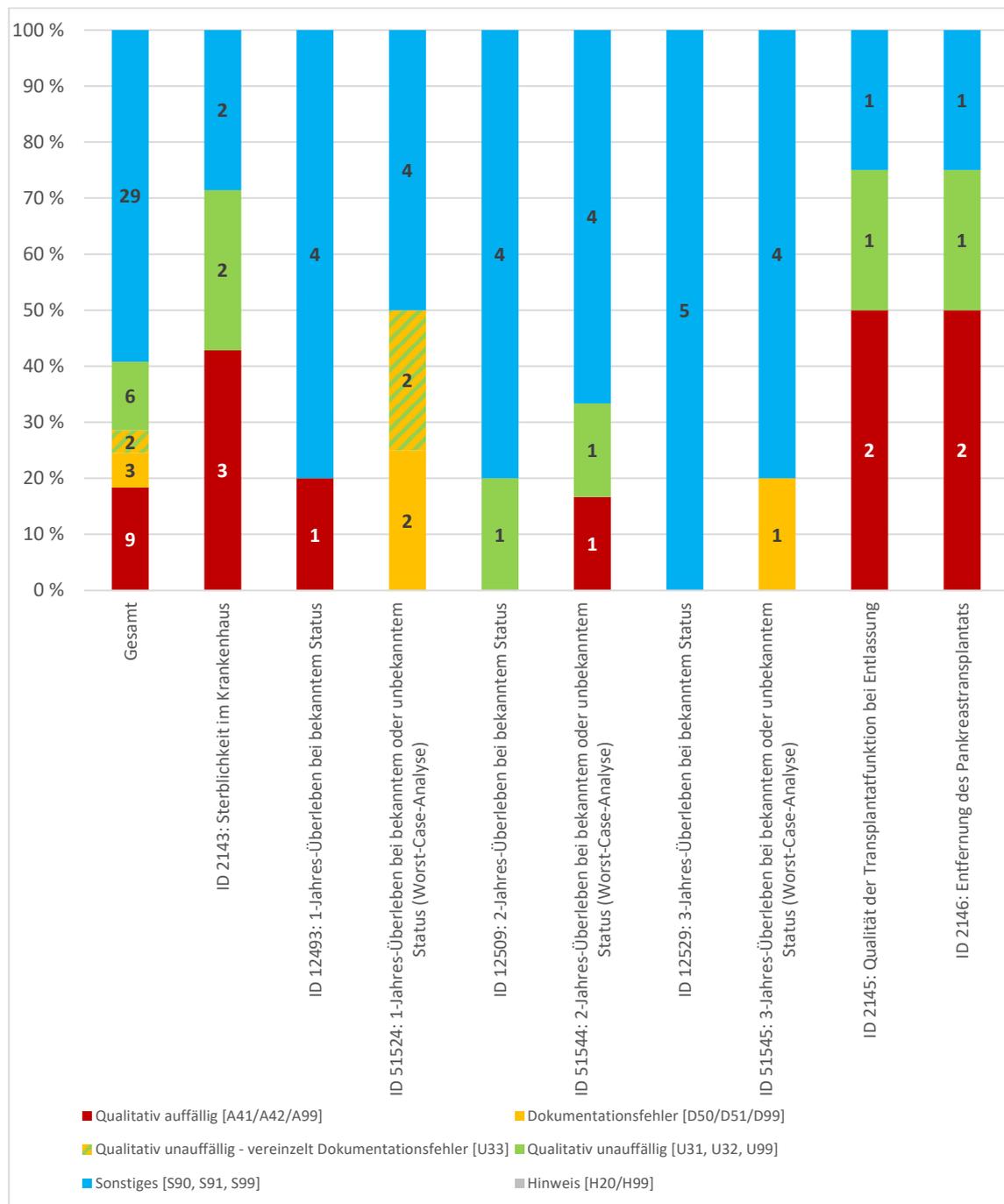


Abbildung 34: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

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

5.2.6 Gynäkologie

Lina Jürgens, Vera Schöllbauer, Dr. Anja Katharina Dippmann

■ QS-Verfahren Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

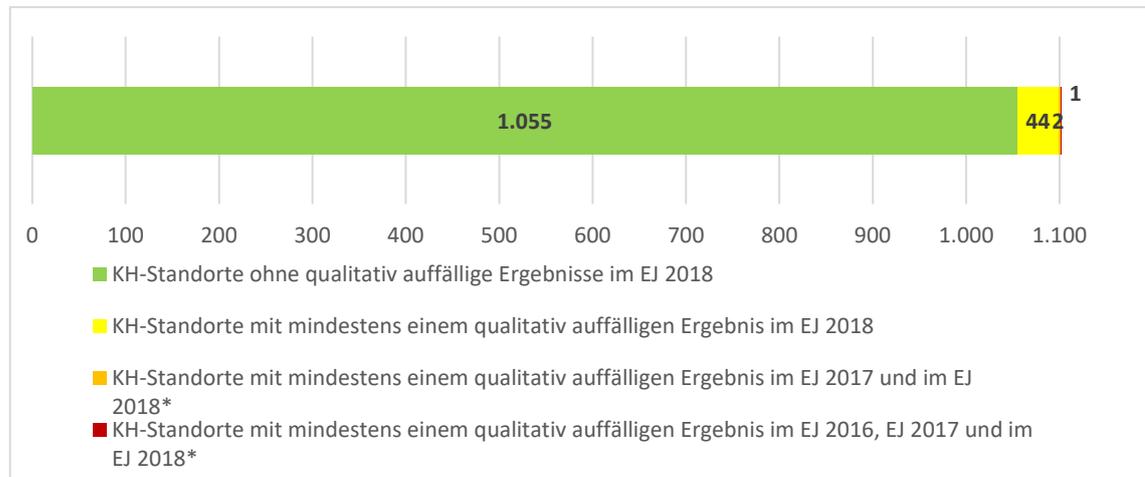


Abbildung 35: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog im QS-Verfahren Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2016, 2017 und 2018 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Vom Erfassungsjahr 2017 zum Erfassungsjahr 2018 wurden im Rahmen der Verfahrenspflege keine neuen Qualitätsindikatoren eingeführt oder gestrichen, sodass dieselben Qualitätsindikatoren wie im Vorjahr geprüft wurden. In Sachsen-Anhalt konnte der Strukturierte Dialog mit einem Haus noch nicht abgeschlossen werden. Im Erfassungsjahr 2018 wurden 786 von insgesamt 6.628 Indikatorergebnissen auffällig bewertet, dies entspricht einem Anteil von 11,9 %. Die reine Anzahl der rechnerisch auffälligen Ergebnisse hat sich im Vergleich zu den Vorjahren verringert (EJ 2017: 922; EJ 2016: 941), wobei der Anteil nahezu gleichgeblieben ist (EJ 2017: 13,2 %; 2016 12,9 %).

Im QS-Verfahren *Gynäkologische Operation (ohne Hysterektomien)* gab es 786 rechnerisch auffällige Ergebnisse. Davon waren im Vorjahr 283 Indikatorergebnisse bereits rechnerisch auffällig und 49 über zwei Jahre hinweg. Allerdings gibt es keinen Standort, der über mehrere Jahre eine qualitativ auffällige Bewertung im gleichen Qualitätsindikator aufweist. Die Anzahl der als qualitativ unauffällig bewerteten Standorte betrug im Erfassungsjahr 2018 386 (EJ 2017: n = 433). Das entspricht einem Anteil von 49,1 % (EJ 2017: 47,0 %) an allen rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorten des betrachteten Erfassungsjahres.

Bei der Betrachtung aller als qualitativ auffällig bewerteten Standorte in diesem QS-Verfahren kann festgestellt werden, dass die Ergebnisse weitgehend gleichbleibend sind. Insgesamt 51 (6,5 %) Standorte erhielten nach dem Strukturierten Dialog die Bewertung qualitativ auffällig (EJ 2017: n = 47, 5,0 %). In einem Bundesland erhielten von insgesamt 75 rechnerisch auffälligen Standorten 18 die Bewertung als qualitativ auffällig.

Besonders der Sentinel-Event-Indikator 60685 „Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie“ wurde im Strukturierten Dialog berücksichtigt. Hier kann festgestellt werden, dass von 317 Standorten 32,9 % (EJ 2017:43,6 %) als rechnerisch auffällig bewertet wurden. Insgesamt wurden 66 (20,8 %) Hinweise verschickt und 251 (79,2 %) Stellungnahmen angefordert. Wie im Vorjahr ist nach dem Strukturierten Dialog die Anzahl der qualitativ unauffälligen Bewertungen mit 198 Standorten (EJ 2018: 62,5 %; EJ 2017: 59,2 %) besonders hoch. Begründet wurde dies seitens der Fachgruppen der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung vor allem durch medizinisch begründete Einzelfälle (n = 132), Dokumentationsprobleme (n =40) sowie eine besondere klinische Situation (n = 23) und sonstige Gründe (n = 3). Medizinisch begründete Einzelfälle sahen die Fachgruppen unter anderem beim Vorliegen eines Zervix- oder Adenokarzinom oder einer Stieldrehung des noch vorhandenen Ovars. Die Anzahl an qualitativ auffälligen Ergebnissen dieses Indikators liegt bei 22, dies entspricht in Bezug auf die rechnerisch auffälligen Bewertungen dieses Indikators 6,9 % (EJ 2017: 2,7 %).

Insgesamt sind im QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)* 53 rechnerische Auffälligkeiten auf Dokumentationsfehler zurückzuführen, das entspricht einem Anteil von 18,5 %. Besonders häufig wurde in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen eine fehlerhafte Dokumentation angegeben. Auch beim Qualitätsindikator 60685 lag eine Bewertung „Fehlerhafte Dokumentation“ bei 22 (50,9 %) Standorten vor. Als Gründe für die hohe Fehldokumentation wurden hier unter anderem fehlerhafte Angaben zum kontralateralen Ovar und keine Dokumentation von vorhandenen Risikofaktoren angegeben.

Neben dem rückläufigen Trend hinsichtlich der qualitativ auffällig bzw. unauffällig bewerteten Standorte ist die Anzahl der Krankenhausstandorte mit der Einstufung als „Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation“ ebenfalls rückläufig. Im Erfassungsjahr 2018 gab es 53 Standorte (EJ 2017 n = 77) mit dieser Einstufung. Das entspricht einem Anteil von 6,7 % (EJ 2017: 8,4 %) an allen rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorten des betrachteten Erfassungsjahres. Fachgruppen der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung haben den betreffenden Krankenhausstandorten Hinweise zu Dokumentationsproblemen und Anregungen zur Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität gegeben.

Abschließend ist festzustellen, dass es von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung und deren Fachgruppen bedauert wird, dass sich die Indikatoren im QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)* ausschließlich auf Operationen der Ovarien und Adnexe beziehen. Nach Meinung einiger Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung und deren Fachgruppen sollten Hysterektomien in dem Verfahren mitbetrachtet werden. Im zeitlichen Verlauf ist weiterhin ein rückläufiger Trend qualitativ auffälliger Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog ersichtlich.

Um eine Einschätzung zur Versorgungsqualität der planungsrelevanten Indikatoren im QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)* zum Erfassungsjahr 2018 vornehmen zu können, müssen die Ergebnisse sowohl nach QSKH-RL (Strukturierter Dialog) mit dem Endergebnis „qualitativ auffällig“ als auch nach plan. QI-RL (Stellungnahmeverfahren) mit dem Endergebnis „unzureichende Qualität“ gemeinsam betrachtet werden.

Für den Indikator 51906 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation“ ergeben sich drei qualitativ auffällige Ergebnisse (n = 3, 10,0 % an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen) bzw. kein Auftreten einer unzureichenden (n = 0 an allen statistisch auffälligen Ergebnissen) Qualität (EJ 2017: 0,2 %) bei 1.048 (EJ 2017: 1.069) in diesem Indikator betrachteten Standorten des Erfassungsjahres 2018. Dies stellt im Vergleich zum Vorjahr eine geringfügige Verbesserung dar.

Für den Indikator 12874 „Fehlende Histologie nach isoliertem Ovaeingriff mit Gewebsentfernung“ ergeben sich zwei qualitativ auffällige Ergebnisse (n = 2, 5,9 % an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen) bzw. 5 Standorte wiesen eine unzureichende (n = 5, 71,4 % an allen statistisch auffälligen Ergebnissen) Qualität (EJ 2017: 1,2 %) auf bei 895 (EJ 2017: 919) für die betrachteten Standorte in diesem Indikator des Erfassungsjahres 2018. Dies stellt im Vergleich zum Vorjahr eine Verschlechterung dar.

Für den Indikator 10211 „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund“ ergeben sich 11 qualitativ auffällige (n = 11, 15,9 % an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen) Standorte, jedoch wurde kein Standort mit einer unzureichenden Qualität bewertet (EJ 2017: 1,17 %) bei 828 (EJ 2017: 854) betrachteten Standorte in diesem Indikator des Erfassungsjahres 2018. Dies stellt im Vergleich zum Vorjahr eine Verbesserung dar.

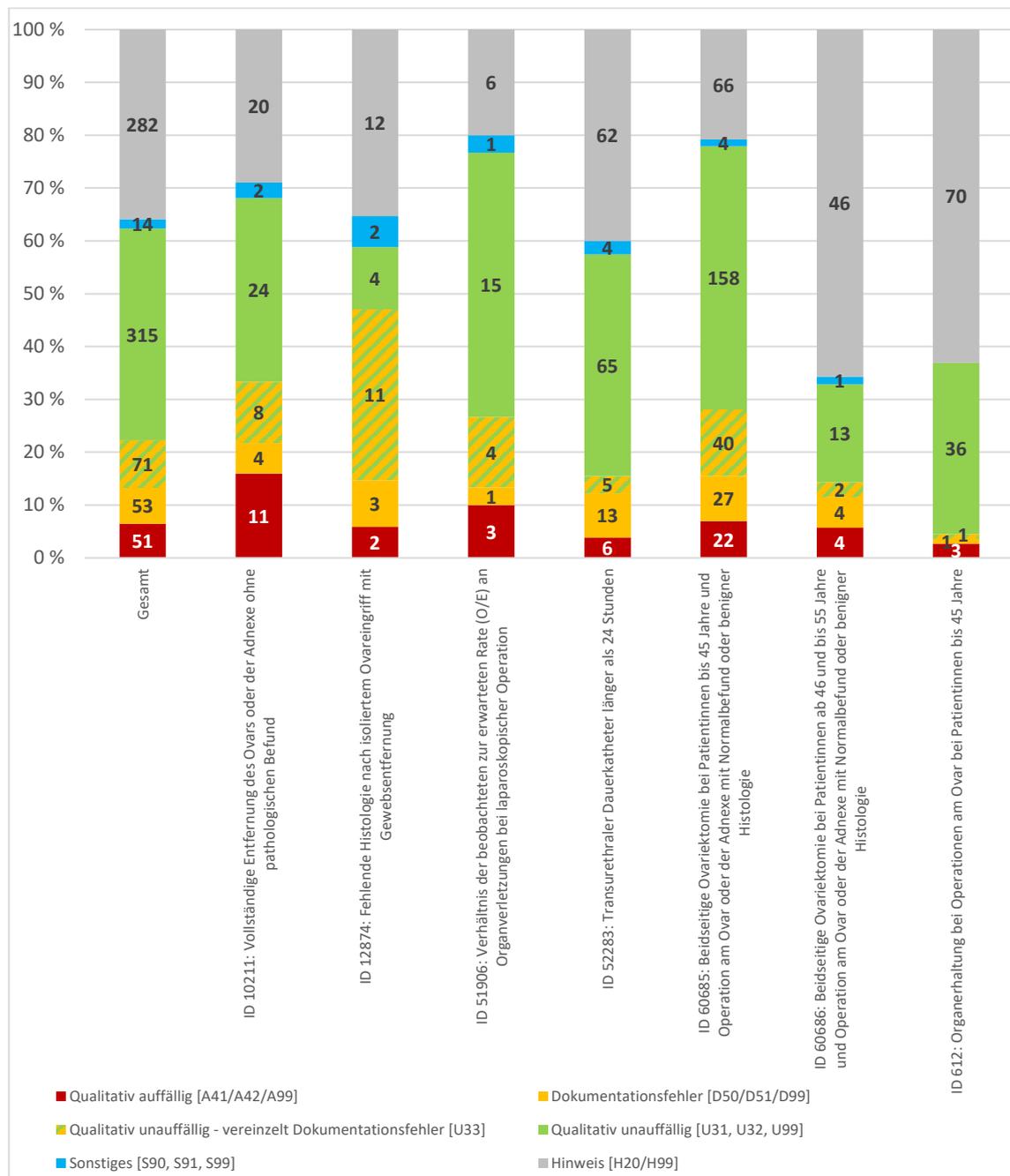


Abbildung 36: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

5.2.7 Mammachirurgie

Dr. Anja Katharina Dippmann, Vera Schöllbauer

■ QS-Verfahren Mammachirurgie

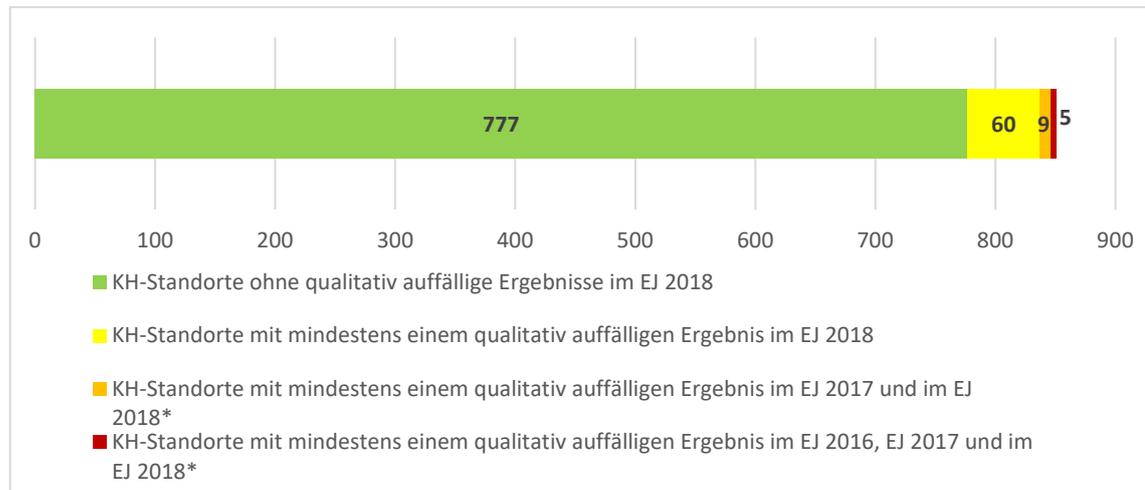


Abbildung 37: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog im QS-Verfahren Mammachirurgie

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2016, 2017 und 2018 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Die höchste absolute Anzahl qualitativ auffälliger Standorte weisen die Qualitätsindikatoren 50719 „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“, 51847 „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ und 51370 „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“ mit je 18 Standorten auf. Zugleich weisen diese drei Qualitätsindikatoren mit 3,7 %, 2,8 % bzw. 2,6 % den höchsten prozentualen Anteil qualitativ auffälliger Standorte an allen zu den jeweiligen Qualitätsindikatoren beitragenden Standorten auf.

Im Rahmen des Strukturierten Dialogs 2019 zum Erfassungsjahr 2018 wurden in mehreren Bundesländern folgende Qualitätsindikatoren schwerpunktmäßig beachtet:

- 51846: „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“
- 52279: „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“
- 2163: „Primäre Axilladissektion bei DCIS“

Im Einzelnen handelt es sich zum einen um diejenigen Indikatoren, welche für das Erfassungsjahr 2018 mit besonderem Handlungsbedarf bewertet wurden (IDs 51846 und 52279), zum anderen um den einzigen Sentinel-Event-Indikator des Verfahrens (ID 2163). Zwei dieser Schwerpunktindikatoren sind gleichzeitig planungsrelevante Qualitätsindikatoren (IDs 2163 und 52279).

Indikator 50719: „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“

Der Qualitätsindikator 50719 weist mit 132 Krankenhausstandorten die meisten rechnerischen Auffälligkeiten auf. Davon waren 36 auch im Erfassungsjahr 2017 und 14 in den Erfassungsjahren 2016 und 2017 rechnerisch auffällig. Mit für das Erfassungsjahr 2018 insgesamt 18 qualitativ auffälligen Krankenhausstandorten (13,6 % der rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte), von denen 15 Struktur- und Prozessmängel aufzeigten (EJ 2017: 11 von 15 qualitativ auffälligen Standorten) und von denen 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 qualitativ auffällig waren, umfasst der Indikator 50719 wie die Indikatoren 51370 und 51847 die höchste Anzahl an qualitativ auffälligen Krankenhausstandorten. Ein leichter Anstieg der absoluten Anzahl an qualitativ auffälligen Standorten ist im Erfassungsjahr 2018 mit 18 gegenüber 15 im Vorjahr zu verzeichnen. Den Berichten der Länder zum Strukturierten Dialog lässt sich entnehmen, dass qualitative Auffälligkeiten u. a. darauf basierten, dass die Indikation zur Lymphknotenentnahme bei Vorliegen eines duktales In-situ-Karzinoms nicht ausreichend medizinisch begründet werden konnte bzw. nicht leitliniengerecht war. Es wurden insgesamt 8 Zielvereinbarungen getroffen. Der Anteil des Indikators an allen Indikatoren mit in der Struktur- und Prozessqualität auffälligen Indikatoren beträgt für das Erfassungsjahr 2018 22,1 %. Hinsichtlich des Anteils von Standorten mit Struktur- und Prozessmängeln an allen in diesem Indikator qualitativ auffälligen Standorten ist eine Verschlechterung zwischen den Erfassungsjahren 2017 (73,3 %) und 2018 (83,3 %) zu verzeichnen.

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

Im Qualitätsindikator 51847 wurden für das Erfassungsjahr 2018 von 80 rechnerisch auffälligen Standorten 18 auch als qualitativ auffällig bewertet. Von den rechnerisch auffälligen waren 26 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und 16 in den Erfassungsjahren 2016 und 2017 auffällig geworden. Von den qualitativ auffälligen wurden 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und 2 in den Erfassungsjahren 2016 und 2017 auffällig. Ein leichter Anstieg der absoluten Anzahl an qualitativ auffälligen Standorten ist im Erfassungsjahr 2018 mit 18 gegenüber 17 im Vorjahr zu verzeichnen. Dies entspricht einem Anteil von 2,8 % qualitativ auffälliger Standorte im Erfassungsjahr 2018 in Bezug auf alle zu diesem Qualitätsindikator beitragenden Standorten. Der prozentuale Anteil qualitativ auffälliger Standorte an den rechnerisch auffälligen Standorten ist im Erfassungsjahr 2018 mit 22,5 % gegenüber 14,8 % im Vorjahr höher. Den Berichten der Länder zum Strukturierten Dialog lässt sich entnehmen, dass qualitative Auffälligkeiten u. a. darauf basierten, dass die Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie nicht leitliniengerecht umgesetzt wurde. Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel liegen in diesem Indikator bei 14 Standorten vor. Der Anteil des Indikators an in der Struktur- und Prozessqualität auffälligen Indikatoren beträgt für das Erfassungsjahr 2018 insgesamt 20,6 %. Im Erfassungsjahr 2017 betrug der Anteil des Indikators 51847 unter allen im Kontext der Struktur- oder Prozessqualität betrachteten Qualitätsindikatoren 20,8 %. Im Vergleich der Erfassungsjahre 2017 und 2018 hat sich der Indikator damit hinsichtlich seines Anteils an allen Indikatoren mit Auffälligkeiten im Rahmen der Struktur- oder Prozessqualität nicht verändert.

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

Im Qualitätsindikator 51370 wurden für das Erfassungsjahr 2018 18 Standorte als qualitativ auffällig bewertet von 73 rechnerisch auffälligen Standorten in diesem Indikator. Von den rechnerisch auffälligen waren 25 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und 13 in den Erfassungsjahren 2016 und 2017 auffällig geworden. Den Berichten der Länder zum Strukturierten Dialog lässt sich entnehmen, dass qualitative Auffälligkeiten u. a. darauf basierten, dass der Patientin bzw. dem Patienten keine 7 Tage Bedenkzeit bis zur Operation eingeräumt wurde, und dies wurde meist als Struktur- und Prozessmangel gewertet. Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel liegen in diesem Indikator bei 14 Standorten vor. Der Anteil des Indikators an in der Struktur- und Prozessqualität auffälligen Indikatoren beträgt für das Erfassungsjahr 2018 insgesamt 20,6 %. Im Erfassungsjahr 2017 betrug der Anteil unter allen im Kontext der Struktur- oder Prozessqualität betrachteten Qualitätsindikatoren 8,3 %. Im Vergleich der Erfassungsjahre 2017 und 2018 hat sich der Indikator damit hinsichtlich seines Anteils an allen Indikatoren mit Auffälligkeiten im Rahmen der Struktur- oder Prozessqualität deutlich verschlechtert.

Indikator 51846: „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“

Von allen Indikatoren des QS-Verfahrens weist der Indikator 51846 für das Erfassungsjahr 2018 die zweithöchste Anzahl rechnerisch auffälliger Krankenhausstandorte auf (n = 94; davon 31 bereits im Erfassungsjahr 2017 sowie 10 in den Erfassungsjahren 2016 und 2017 rechnerisch auffällig). Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2017 verringerte sich die Anzahl der qualitativ auffälligen Standorte von n = 19 auf n = 12 im Erfassungsjahr 2018. Dies entspricht einem Anteil von 1,7 % qualitativ auffälliger Standorte im Erfassungsjahr 2018 in Bezug auf alle zu diesem Qualitätsindikator beitragenden Standorten. Der prozentuale Anteil qualitativ auffälliger Standorte an den rechnerisch auffälligen Standorten ist 2018 mit 12,8 % gegenüber 20,0 % im Vorjahr niedriger. Den Berichten der Länder zum Strukturierten Dialog lässt sich entnehmen, dass qualitative Auffälligkeiten u. a. darauf basierten, dass die prätherapeutische histologische Diagnosesicherung ohne nachvollziehbaren Grund unterlassen wurde, teilweise handelte es sich um Einrichtungen mit kleinen Fallzahlen, teilweise wurde befunden, dass die leitliniengerechte Behandlung nicht sichergestellt sei und dann die Patientinnen bzw. die Patienten in ein Zentrum zu überweisen seien. Ferner traten Dokumentationsfehler, -probleme und fehlende Dokumentationen auf. Als Begründungen, von den Leitlinienempfehlungen abzuweichen, wurden fortgeschrittene, bereits diagnostizierte Malignome mit palliativer Behandlung bei Patientinnen bzw. Patienten in hohem Lebensalter genannt sowie klinisch eindeutige, bereits exulzerierte Lokalbefunde sowie der Wunsch hochbetagter Patientinnen bzw. Patienten nach Unterlassung der Prozedur. Von den 94 rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorten wurde im Strukturierten Dialog bei 11 (11,7 %) ein Qualitätsdefizit im Rahmen von Struktur- oder Prozessmängeln festgestellt.

Indikator 52279: „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“

Im Strukturierten Dialog des Qualitätsindikators 52279 zur intraoperativen Bildgebung mit dem Ziel einer adäquaten Resektion für das Erfassungsjahr 2018 waren 76 Krankenhausstandorte rechnerisch auffällig, von denen 7 innerhalb des QSKH-RL-Verfahrens auch als qualitativ auffällig

eingestuft worden sind. Der prozentuale Anteil qualitativ auffälliger Standorte an den rechnerisch auffälligen Standorten ist im Erfassungsjahr 2018 mit 17,5 % gegenüber 16,3 % im Vorjahr höher im Rahmen der QSKH-RL. Den Berichten der Länder zum Strukturierten Dialog lässt sich entnehmen, dass qualitative Auffälligkeiten u. a. darauf basierten, dass Sonografiegeräte beschafft werden sollten. Ferner traten Dokumentationsfehler, -probleme und fehlende Dokumentationen auf. Rechnerisch auffällig waren im Erfassungsjahr 2017 5 sowie in den Erfassungsjahren 2016 und 2017 ebenfalls 4 Krankenhausstandorte. Es wurden insgesamt 7 Zielvereinbarungen getroffen.

Um eine Einschätzung zur Versorgungsqualität des Indikators 52279 vornehmen zu können, müssen die Verfahren nach QSKH-RL (Strukturierter Dialog) mit dem Endergebnis „qualitativ auffällig“ sowie nach plan. QI-RL (Stellungnahmeverfahren) mit dem Endergebnis „unzureichende Qualität“ gemeinsam betrachtet werden. Für den Indikator 52279 ergibt sich eine auffällige (n = 7) bzw. unzureichende (n = 21) Qualität in 3,8 % aller 554 für das Erfassungsjahr 2018 betrachteten Krankenhausstandorte.

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

Die beiden Qualitätsindikatoren 52267 und 52278 wurden mit dem Erfassungsjahr 2017 neu eingeführt. Der Strukturierte Dialog für die Erfassungsjahre 2017 und 2018 war, aufgrund der zufallsbedingten Schwankungen des diskreten tumorbiologischen HER2-Merkmals, für Einrichtungen ab 4 Fällen in der Grundgesamtheit des Indikators zu führen.

Die „Mindestanzahl“ für die Grundgesamtheit wurde so gewählt, dass die zufallsbedingten Schwankungen des diskreten HER2-Merkmals nicht zwangsläufig zu einem Strukturierten Dialog führen, sie aber dennoch eine Einschätzung von Einrichtungen mit kleinen Fallzahlen erlaubt.

Im Rahmen des Strukturierten Dialogs soll ermittelt werden, ob relevante Qualitätsdefizite in der HER2-Diagnostik bestehen und wie sie durch den Strukturierten Dialog konkret identifizierbar gemacht werden können. Nach wie vor befinden sich die beiden Qualitätsindikatoren in einer prolongierten Erprobungsphase, in der Kernpunkte etwaiger Qualitätsdefizite unter den multiplen Einflussfaktoren herauskristallisiert werden sollen, um die Qualitätsindikatoren dann darauf zu präzisieren. Ein Informationsschreiben mit orientierendem Fragenkatalog ist seit Juni 2018 auf der Website des IQTIG, jährlich aktualisiert, verfügbar (IQTIG 2020).

Der Indikator 52267 weist insgesamt 76 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte auf, von denen 3 auch qualitativ auffällig waren. Der Indikator 52278 weist insgesamt 62 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte auf, von denen 3 auch qualitativ auffällig waren. Der prozentuale Anteil qualitativ auffälliger Standorte an den rechnerisch auffälligen Standorten beträgt im Erfassungsjahr 2018 für den Indikator 52267 4,0 % und für den Indikator 52278 4,8 %.

Den Berichten der Länder zum Strukturierten Dialog lässt sich einerseits entnehmen, dass die Zusammenarbeit mit akkreditierten bzw. zertifizierten externen Pathologien stattfindet, der Probenversand schnell erfolge, ein leitliniengerechtes Vorgehen beschrieben werde und sich im

Strukturierten Dialog die jeweils negativen oder positiven HER2-Status bestätigt hätten, ferner traten Dokumentationsfehler auf und es wird vorgeschlagen, die Qualitätsindikatoren in Auffälligkeitskriterien umzuwandeln.

Angemerkt wird, dass die Fallzahlen der Qualitätsindikatoren überwiegend sehr gering seien und so nur eine geringe statistische Signifikanz erreicht würde bzw. die rechnerischen Ergebnisse trotz der Risikoadjustierung wenig verwertbar wären, auffällige Ergebnisse lägen eher bei Einrichtungen mit geringen Fallzahlen vor. Angeregt wird eine gesetzliche externe Qualitätssicherung für die erbringenden Laboreinrichtungen sowie eine Anhebung der Mindestfallzahlen für die beiden Qualitätsindikatoren.

Indikator 2163: „Primäre Axilladisektion bei DCIS“

Um eine Einschätzung zur Versorgungsqualität des Indikators 2163 vornehmen zu können, müssen die Verfahren nach QSKH-RL (Strukturierter Dialog) mit dem Endergebnis „qualitativ auffällig“ sowie nach plan. QI-RL (Stellungnahmeverfahren) mit dem Endergebnis „unzureichende Qualität“ gemeinsam betrachtet werden. Für den Indikator 2163 zeigt ein Standort von 500 zu dem Qualitätsindikator beitragenden Standorten eine unzureichende (n = 1) Qualität im Erfassungsjahr 2018. Dies stellt im Vergleich zum Vorjahr eine Verbesserung dar.

Indikator 52330: „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung“

Um eine Einschätzung zur Versorgungsqualität des Indikators 52330 vornehmen zu können, müssen die Verfahren nach QSKH-RL (Strukturierter Dialog) mit dem Endergebnis „qualitativ auffällig“ sowie nach plan. QI-RL (Stellungnahmeverfahren) mit dem Endergebnis „unzureichende Qualität“ gemeinsam betrachtet werden. Für den Indikator 52330 ergibt sich eine qualitativ auffällige (n = 2) bzw. unzureichende (n = 4) Qualität für das Erfassungsjahr 2018.

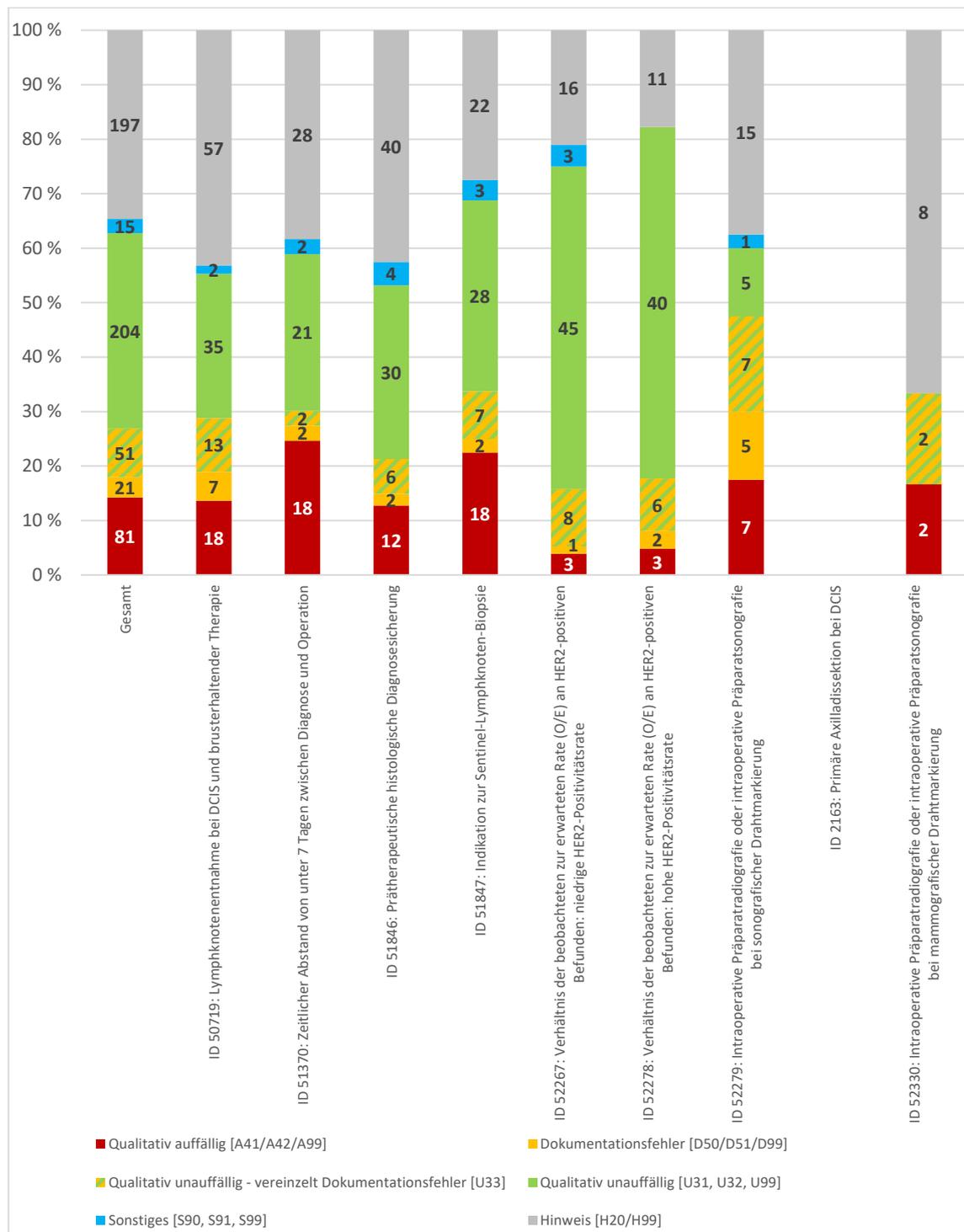


Abbildung 38: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Mammachirurgie

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

Bei insgesamt 569 Standorten wurden rechnerische Auffälligkeiten festgestellt, bei 148 von diesen bereits für das Erfassungsjahr 2017.

Insgesamt wurden mit 197 Hinweisen auf 34,6 % der rechnerischen Auffälligkeiten reagiert. Stellungnahmen wurden 369-mal eingeholt (prozentualer Anteil an allen rechnerischen Auffälligkeiten: 64,9 %). Weiterführende Maßnahmen bestanden in 12 Fällen aus Besprechungen (prozentualer Anteil an allen rechnerischen Auffälligkeiten: 2,1 %) sowie in 38 Fällen aus Zielvereinbarungen (prozentualer Anteil an allen rechnerischen Auffälligkeiten: 6,7 %). Begehungen fanden nicht statt. Als qualitativ unauffällig erwiesen sich im Rahmen des Strukturierten Dialogs insgesamt 255 Krankenhausstandorte (EJ 2017: 273 Standorte). Hierbei handelt es sich überwiegend um Einzelfälle (n=146), gefolgt von vereinzelt Dokumentationsproblemen (n=51). In 42 Fällen lag eine besondere klinische Situation vor.

Unvollständige oder fehlerhafte Dokumentationen wurden bei 21 Standorten als Gründe für die rechnerische Auffälligkeit festgestellt.

Sonstiges wurde bei 15 Standorten als Grund für die rechnerische Auffälligkeit festgestellt.

Insgesamt 255 Standorte wurden entweder aufgrund einer besonderen klinischen Situation oder aufgrund von Einzelfällen oder vereinzelt Dokumentationsproblemen als qualitativ unauffällig eingestuft.

Im Zuge des Strukturierten Dialogs für das EJ 2018 wurden für die Indikatoren 51846, 52267, 52278, 52330, 52279, 50719, 51847 und 51370 insgesamt 81 Krankenhausstandorte als qualitativ auffällig eingestuft. Dies entspricht einem Anteil von 14,2 % an allen rechnerischen Auffälligkeiten. Der Wert hat sich zum Erfassungsjahr 2017 nicht verändert.

Im Rahmen der qualitativen Auffälligkeiten wurden überwiegend Mängel in der Struktur- oder Prozessqualität, für welche Verbesserungspotenzial besteht, erfasst. Sie machen mit 68 Fällen einen Anteil von 84,0 % an allen qualitativen Auffälligkeiten aus. Vor allem die Qualitätsindikatoren 51846 „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“, 51370 „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“, 50719 „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ sowie 51847 „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ sind am häufigsten qualitativ auffällig in Bezug auf die Mängel in der Struktur- oder Prozessqualität. Bereits im Vorjahr wiesen die Qualitätsindikatoren 51846, 51847 (EJ 2017: n=15) und 50719 Mängel in der Struktur- oder Prozessqualität auf.

5.2.8 Perinatalmedizin

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

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

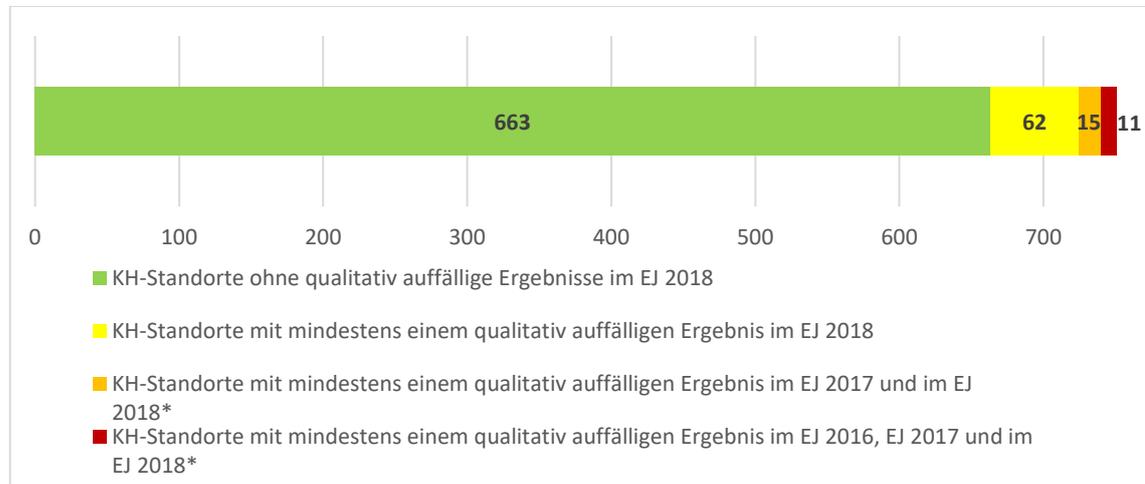


Abbildung 39: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog im Versorgungsbereich Perinatalmedizin

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2016, 2017 und 2018 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Perinatalmedizin – Geburtshilfe

Im QS-Verfahren *Geburtshilfe* wurden im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2018 239 rechnerische Auffälligkeiten in 8 Qualitätsindikatoren mit einem Referenzbereich festgestellt. Im Erfassungsjahr 2017 wurden 238 rechnerisch auffällige Ergebnisse in 9 Qualitätsindikatoren ermittelt.

Die „Müttersterblichkeit im Rahmen der Perinatalerhebung“ (ID 331) wird seit dem Erfassungsjahr 2018 als Transparenzkennzahl und nicht mehr als Qualitätsindikator ausgewiesen. Die auf Landesebene beauftragten Stellen für Qualitätssicherung werden dennoch gebeten, weiterhin einen Strukturierten Dialog zu jedem Müttersterbefall im Rahmen der stationären Geburt zu führen. Die aufgetretenen Müttersterbefälle werden fortan in Zusammenarbeit mit den auf Landesebene beauftragten Stellen und den Krankenhäusern bundeslandübergreifend im Rahmen der unter dem IQTIG eingerichteten Arbeitsgruppe „Müttersterblichkeit“ analysiert und klassifiziert.

Der vormals bestehende Ergebnisindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten“ (ID 51181) bezieht sich seit dem Erfassungsjahr 2018 sowohl auf spontane als auch auf vaginal-operative Geburten, die zu dem „Qualitätsindex zu Dammrissen Grad IV bei Einlingsgeburten“ (ID 181800) verrechnet wer-

den. In der Vergangenheit waren vielfach Validitätsprobleme in der Abgrenzung von Dammrissen Grad II und Grad III berichtet worden. Daher wurde beschlossen, sich künftig alleine auf Dammrise Grad IV zu beziehen, da diese am sichersten diagnostiziert werden können.

Seit dem Erfassungsjahr 2017 wird bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren gemäß plan. QI-RL zu *statistischen* Auffälligkeiten durchgeführt, zu *rechnerischen* Auffälligkeiten dieser Qualitätsindikatoren findet lediglich ein Strukturiertes Dialog nach QSKH-RL statt. Der Strukturierte Dialog im QS-Verfahren *Geburtshilfe* erfolgte bei den planungsrelevanten Indikatoren zuvor sowohl zu *rechnerisch* als auch *statistisch* auffälligen Krankenhausstandorten. Da der vorliegende Bericht vordergründig auf die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs nach QSKH-RL eingeht, entfällt für die folgenden fünf planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens *Geburtshilfe* – aufgrund der Nichtberücksichtigung der statistisch auffälligen Ergebnisse – ein Vergleich der Ergebnisse zum Vorjahr respektive zu den Vorjahren:

- Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten (ID 318)
- Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen (ID 330)
- E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten (ID 1058)
- Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung (ID 50045)
- Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen (ID 51803)

Ebenso ist die oben aufgeführte Anzahl aller rechnerischen Auffälligkeiten über alle geburtshilflichen Qualitätsindikatoren nur bedingt mit dem Vorjahr vergleichbar.

Durchgeführte Maßnahmen im Strukturierten Dialog nach QSKH-RL

Zu den 239 rechnerischen Auffälligkeiten des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2018 im QS-Verfahren *Geburtshilfe* wurden insgesamt 65 Hinweise (27,2 %) versendet und 172 Stellungnahmen (72,0 %) angefordert. 10 rechnerische Auffälligkeiten (4,2 %) boten im Erfassungsjahr 2018 einen Anlass für kollegiale Gespräche, in keinem Fall wurde eine Begehung durchgeführt. Abschließend wurden 28 Zielvereinbarungen (11,7 %) mit den betroffenen Krankenhäusern geschlossen. Die meisten kollegialen Gespräche (8,8 %) wurden zum Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung“ (ID 51831) geführt. Die meisten Zielvereinbarungen (19,4 %) wurden prozentual zum Qualitätsindikator „Qualitätsindex zu Dammrissen Grad IV bei Einlingsgeburten“ (ID 181800) geschlossen.

Der Strukturierte Dialog zum Erfassungsjahr 2018 wurde vor allem zum Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten“ (ID 52249) geführt, zu welchem 73 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt wurden. Für die Erfassungsjahre 2017 und 2016 wurden hier 72 respektive 70 rechnerische Auffälligkeiten gefunden. Bei alleiniger Betrachtung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse zeigt sich, dass im planungsrelevanten Qualitätsindikator „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (ID 1058) eine rechnerische Auffälligkeit identifiziert wurde.

Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog nach QSKH-RL pro Qualitätsindikator

Im QS-Verfahren *Geburtshilfe* wurden im Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2018 zu 27,2 % (n = 65) der 239 rechnerisch auffälligen Ergebnisse Hinweise versandt. Im planungsrelevanten Sentinel-Event-Indikator „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (ID 1058) wurde bei alleiniger Betrachtung der einzigen im Indikator ermittelten rechnerischen Auffälligkeit (n = 1) ein Hinweis versandt (100 %). Gemäß § 10 Abs. 2 der QSKH-RL ist es allerdings nicht zulässig, zu Sentinel-Event-Indikatoren Hinweise zu übermitteln. Darüber hinaus wurden im planungsrelevanten Qualitätsindikator „Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung“ (ID 50045) zu 60,0 % (n = 3) der im Indikator festgestellten rechnerischen Auffälligkeiten (n = 5) Hinweise versendet. In den Berichten der auf Landesebene beauftragten Stellen zum Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2018 wurden hierfür keine Begründungen genannt.

Der Anteil der Ergebnisse, die im Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2018 aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation rechnerisch auffällig waren, liegt bei 7,5 % (n = 18 von 239 rechnerischen Auffälligkeiten). Im planungsrelevanten Qualitätsindikator „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens 2 Kalendertagen“ (ID 330) wurden die meisten Dokumentationsfehler (23,3 %; n = 7 von 30 rechnerischen Auffälligkeiten im Indikator) ermittelt. Darüber hinaus waren in diesem Indikator 9 von 14 qualitativen Unauffälligkeiten durch Dokumentationsfehler bedingt (30,0 %). In den Berichten der Bundesländer zum Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2018 wurde in diesem Indikator überwiegend von Fehldokumentationen des Gestationsalters berichtet, sodass fälschlicherweise von Frühgeburten ausgegangen war. Im planungsrelevanten Qualitätsindikator „Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung“ (ID 50045) wurden im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2018 bei 20,0 % (n = 1) der rechnerisch auffälligen Ereignisse im Indikator Dokumentationsfehler festgestellt, wobei in diesem Indikator nur 5 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt wurden.

Der Anteil aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse, die innerhalb des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft wurden, liegt für das Erfassungsjahr 2018 bei 37,7 % (n = 90 von 239 rechnerischen Auffälligkeiten). Im planungsrelevanten Qualitätsindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (ID 318) wurde bei alleiniger Betrachtung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse ein hoher Anteil bzw. eine hohe Anzahl an als qualitativ unauffällig bewerteten Ereignissen ermittelt (57,9 %; n = 22 von 38 rechnerischen Auffälligkeiten im Indikator). In den Länderberichten zum Strukturierten Dialog wurden im Qualitätsindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (ID 318) von den Krankenhäusern vermehrt nicht im Voraus planbare geburtshilfliche Einzelsituationen angegeben, bei denen es nicht zu vermeiden sei, dass die Pädiaterin bzw. der Pädiater – selbst in einer pädiatrischen Fachabteilung – erst nach der Geburt eintreffe oder dass eine Verlegung kurz vor der Geburt nicht erfolgen könne. Diese Begründungen können allerdings als fraglich bzw. nicht akzeptabel angesehen werden, da solche Situationen insofern bereits im Indikator berücksichtigt werden, als nur in 90 % (Referenzbereich) der Frühgeburten eine Pädiaterin oder ein Pädiater anwesend sein muss. Zudem zeigen sich bei Schwangeren häufig schon weit im Voraus Anzeichen einer Frühgeburt, wodurch diese in der Regel planbar und ggf. verlegbar ist. Darüber hinaus wurden Fehldokumentationen in der

QS-Dokumentation genannt (z. B. vergessene Dokumentation bereits präpartal eingetretener Pädierin bzw. eingetretener Pädier, Fehldokumentationen des Gestationsalters).

Von den insgesamt 239 rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Erfassungsjahr 2018 wurden 54 Indikatorergebnisse im Rahmen des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig bewertet (22,6 %). Im Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten“ (ID 52249) fanden sich für das Erfassungsjahr 2018 die meisten als qualitativ auffällig eingestuften Ergebnisse (n = 26; 35,6 %). Bereits im Vorjahr wurden die rechnerischen Auffälligkeiten in diesem Qualitätsindikator mit einer hohen Anzahl als qualitativ auffällig klassifiziert (n = 31; 43,1 %). In den Länderberichten zum Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2018 wurde erwähnt, dass rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ihre hohe Rate an durchgeführten Sectiones nicht ausreichend medizinisch-fachlich begründeten, sodass dementsprechend bei diesen Standorten Struktur- bzw. Prozessprobleme hinter den hohen Raten vermutet werden mussten. Weiterhin konnte im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2018 im Qualitätsindikator „Qualitätsindex zu Dammrissen Grad IV bei Einlingsgeburten“ (ID 181800) der höchste Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen im Indikator identifiziert werden (38,7 %; n = 12 von 31 rechnerischen Auffälligkeiten im Indikator). In den Länderberichten zum Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2018 wurden für diese Einstufung sachlich falsche Argumentationen genannt. Zum Beispiel konnte eine von einem Krankenhaus übermittelte Stellungnahme, dass die Häufung der Dammrisse Grad IV mit erhöhter patientenbedingter Wahrscheinlichkeit einherginge und damit akzeptabel wäre, von der auf Landesebene beauftragten Stelle nicht nachvollzogen werden. Im planungsrelevanten Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (ID 51803) konnte bei alleiniger Betrachtung der rechnerischen Auffälligkeiten ein hoher Anteil bzw. eine hohe Anzahl an qualitativ auffälligen Ergebnissen im Erfassungsjahr 2018 festgestellt werden (33,3 %; n = 9 von 27 rechnerischen Auffälligkeiten im Indikator). In den Länderberichten zum Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2018 wurden für die Einstufung als qualitativ auffälliges Ergebnis wiederholte rechnerische Abweichungen, Struktur- und Prozessmängel und auch Ablauf- und Dokumentationsfehler genannt. In den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren „Anwesenheit eines Pädierers bei Frühgeburten“ (ID 318), „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (ID 330), „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (ID 1058) und „Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung“ (ID 50045) wurde im Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2018 kein Krankenhausstandort als qualitativ auffällig bewertet.

Um eine abschließende Gesamteinschätzung zur Versorgungsqualität der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren vornehmen zu können, ist darauf hinzuweisen, dass die Verfahren nach QSKH-RL (Strukturierter Dialog) mit dem Endergebnis „qualitativ auffällig“ sowie nach plan. QI-RL (Stellungnahmeverfahren) mit dem Endergebnis „unzureichende Qualität“ gemeinsam zu betrachten sind. Da der vorliegende Bericht vordergründig auf die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs nach QSKH-RL eingeht, wird hier auf die Darstellung einer Gesamteinschätzung verzichtet. Eine kurze Zusammenfassung zu den Ergebnissen aus dem Stellungnahmeverfahren nach

plan. QI-RL ist nachfolgend wiedergegeben. Detaillierte Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren können dem Bericht gemäß § 17 der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, der für das Erfassungsjahr 2018 vom G-BA veröffentlicht wurde, entnommen werden.

Zusammenfassung der Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren nach plan. QI-RL

Im Erfassungsjahr 2018 wurden im Stellungnahmeverfahren nach plan. QI-RL 76 statistisch auffällige Standorte ermittelt. Die höchste Anzahl an statistisch auffälligen Ereignissen (n = 52) wurde im Qualitätsindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (ID 318) gefunden.

Von den 76 statistisch auffälligen Ergebnissen zu den geburtshilflichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren wurden 46,1 % (n = 35) im Zuge des Stellungnahmeverfahrens mit unzureichender Qualität bewertet. Dabei wurden die meisten statistischen Auffälligkeiten im Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (ID 51803) mit unzureichender Qualität beurteilt (75,0 %; n = 3 von 4 statistischen Auffälligkeiten im Indikator).

53,9 % (n = 41) der 97 statistisch auffälligen Ergebnisse wurden innerhalb des Stellungnahmeverfahrens gemäß plan. QI-RL mit zureichender Qualität bewertet. 100,0 % der 2 statistischen Auffälligkeiten im Qualitätsindikator „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (ID 330) erhielten die Einstufung „zureichende Qualität“, im Qualitätsindikator „Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung“ (ID 50045) waren dies ebenfalls 100,0 % (n = 1).

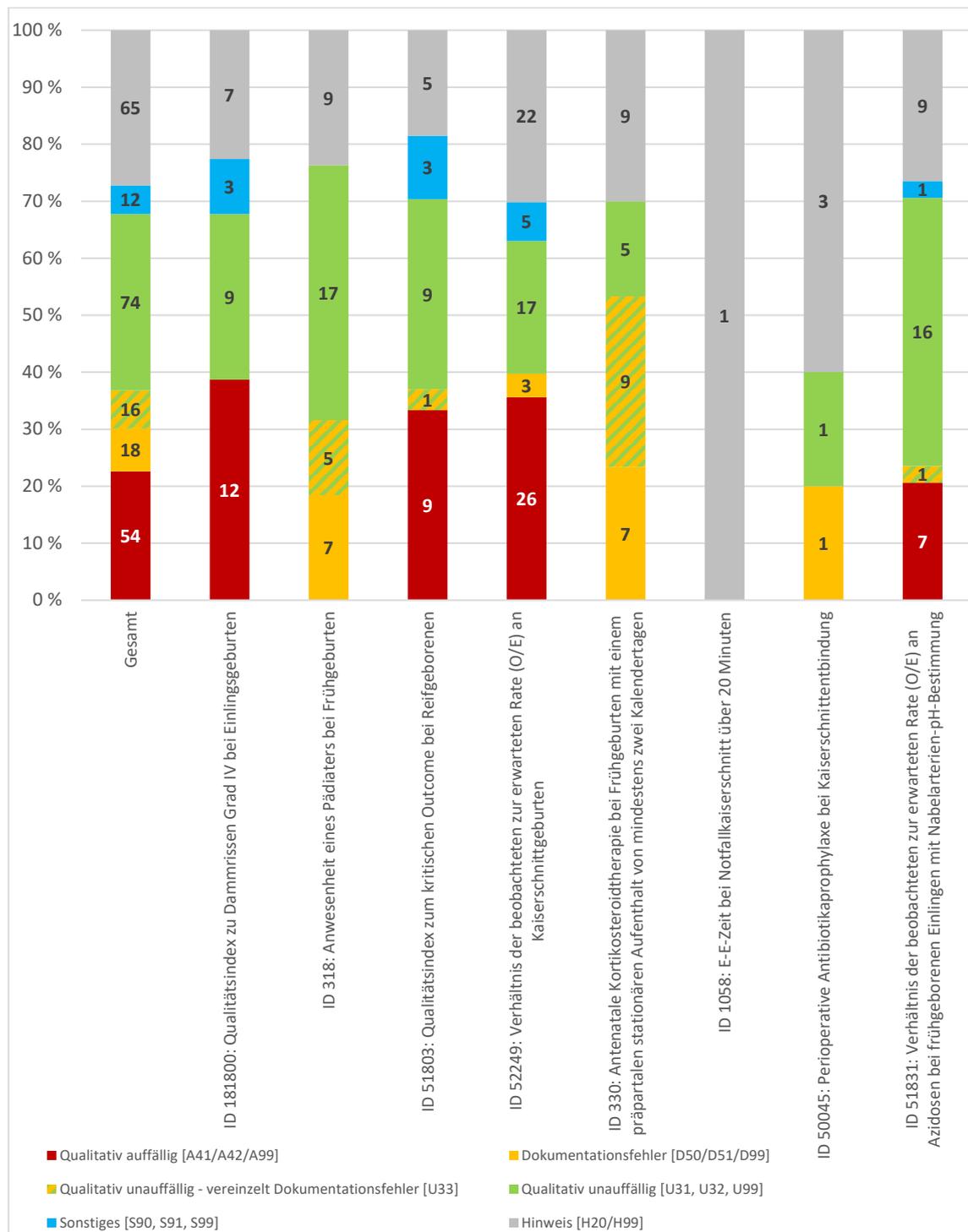


Abbildung 40: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Geburtshilfe

Perinatalmedizin – Neonatologie

Im QS-Verfahren *Neonatologie* wurden im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2018 insgesamt 305 rechnerische Auffälligkeiten basierend auf 8 Qualitätsindikatoren mit einem Referenzbereich identifiziert. Dies ist eine Reduktion im Vergleich zum Vorjahr, in welchem 332 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt wurden.

Zu den 305 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurden im Erfassungsjahr 2018 44 Hinweise (14,4 %) versendet, im Erfassungsjahr 2017 lag die Anzahl noch bei 88 Hinweisen (26,5 %), im Erfassungsjahr 2016 sogar bei 110 Hinweisen (41,5 %). Im Gegensatz zum Vorjahr wurden im Erfassungsjahr 2018 prozentual mehr Stellungnahmen angefordert (EJ 2018: 85,2 %; n = 260; EJ 2017: 73,5 %; n = 244). Der stark reduzierte Anteil der versendeten Hinweise bzw. der gestiegene Anteil an angeforderten Stellungnahmen kann darauf zurückzuführen sein, dass das IQTIG und die Bundesfachgruppe *Perinatalmedizin* die auf Landesebene beauftragten Stellen für Qualitätssicherung aufgrund der Vielzahl der in der Vergangenheit übermittelten Hinweise zu einigen Qualitätsindikatoren gebeten haben, die Vergabe von Hinweisen möglichst zu vermeiden und dafür Stellungnahmen anzufordern. Als weiterführende Maßnahme wurde im Erfassungsjahr 2018 in 10 Fällen (3,3 %) ein kollegiales Gespräch durchgeführt, im Erfassungsjahr 2017 lag diese Anzahl bei 5 (1,51 %). Insgesamt wurden für das Erfassungsjahr 2018 18 Zielvereinbarungen (5,9 %) getroffen (EJ 2017: n = 11; 3,3 %).

Im Erfassungsjahr 2018 erfolgte der Strukturierte Dialog, wie bereits im Vorjahr, insbesondere zu den Qualitätsindikatoren „Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)“ (ID 51070, EJ 2018: n = 140; EJ 2017: n = 143) und „Durchführung eines Hörtests“ (ID 50063; EJ 2018: n = 44; EJ 2017: n = 44).

Innerhalb des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2018 wurden insgesamt 38 rechnerisch auffällige Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Dies ergibt einen Anteil von 12,5 %. Im Erfassungsjahr 2017 wurden 39 rechnerisch auffällige Ergebnisse (11,6 %) als qualitativ auffällig eingestuft. Demnach ist der Anteil der qualitativen Auffälligkeiten gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen. Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Krankenhausstandorte wurden, wie bereits im Vorjahr, in den Qualitätsindikatoren „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Risiko-Lebendgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad“ (ID 50074, EJ 2018: 66,7 %; n = 12 von 18 rechnerischen Auffälligkeiten im Indikator; EJ 2017: 35,0 %; n = 7 von 20 rechnerischen Auffälligkeiten im Indikator) und „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an sehr kleinen Frühgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad“ (ID 50069, 37,5 %; n = 9 von 24 rechnerischen Auffälligkeiten im Indikator; EJ 2017: 32,3 %; n = 10 von 31 rechnerischen Auffälligkeiten im Indikator) festgestellt. Bezogen auf diese Qualitätsindikatoren fanden sich in den Länderberichten zum Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2018 Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, diese wurden jedoch nicht näher erläutert.

Im Erfassungsjahr 2018 wurde der größte Anteil an Hinweisen zu den Qualitätsindikatoren „Zunahme des Kopfumfangs“ (ID 52262) und „Durchführung eines Hörtests“ (ID 50063) (47,6 % respektive 43,2 %) versendet. Zum Qualitätsindikator „Zunahme des Kopfumfangs“ (ID 52262) wurden für das Erfassungsjahr 2017 60,0 % Hinweise verschickt, für den Qualitätsindikator

„Durchführung eines Hörtests“ (ID 50063) betrug der Anteil im Erfassungsjahr 2017 38,6 %. Eine mögliche Begründung, warum bei einem so hohen Anteil aller rechnerischen Auffälligkeiten in diesen Indikatoren lediglich Hinweise versendet wurden, ist aus den Länderberichten zum Strukturierten Dialog 2019 nicht ersichtlich. Im Nachgang des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2016 wurden alle auf Landesebene beauftragten Stellen für Qualitätssicherung – neben der Empfehlung, weniger Hinweise zu vergeben – um eine Stellungnahme zu den Ursachen für die hohe Anzahl an verschickten Hinweisen gebeten. Hier wurde bezüglich des Qualitätsindikators „Durchführung eines Hörtests“ angegeben, dass insbesondere bei Einzelfällen und erstmaligen und minimalen rechnerischen Abweichungen vom Referenzbereich Hinweise versandt werden.

Insgesamt wurden im Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2018 4,6 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation auffällig (EJ 2017: 3,9 %). Die meisten Dokumentationsfehler (18,18 %) wurden für das Erfassungsjahr 2018 im Qualitätsindikator „Durchführung eines Hörtests“ (ID 50063) festgestellt, im Erfassungsjahr 2017 lag der Anteil an Fehldokumentationen in diesem Indikator noch bei 13,6 %. In den Rückmeldeberichten der Bundesländer zum Strukturierten Dialog fanden sich keinerlei Angaben zu Dokumentationsproblemen in diesem Indikator.

Der Anteil aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse, die im Strukturierten Dialog als qualitativ unauffällig eingestuft wurden, ist von 55,4 % im Erfassungsjahr 2017 auf 66,2 % im Erfassungsjahr 2018 gestiegen. In den Qualitätsindikatoren „Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)“ (ID 51070) und „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID 51901) fanden sich für das Erfassungsjahr 2018 die meisten Bewertungen als qualitativ unauffällig (92,9 % respektive 73,7 %). Im Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2017 betrug die Rate an qualitativ unauffälligen Ergebnissen im Qualitätsindikator „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID 51901) 53,6 %, im Qualitätsindikator „Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)“ (ID 51070) lag dieser Anteil bei 77,8 %. In den Rückmeldungen der Bundesländer zum Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2018 wurden im Qualitätsindikator „Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)“ (ID 51070) unvermeidliche, schicksalhaft verlaufende und medizinisch begründete Einzelfälle, bei denen keine Mängel in der Qualität der medizinischen Leistungserbringung zu erkennen waren, als Begründung für eine Einstufung als qualitativ unauffällig genannt. In vielen Fällen handelte es sich hierbei um Kinder mit angeborenen schweren oder letalen Fehlbildungen (Sterbefälle pränatalen Ursprungs). Perinatal aufgetretene Sterbefälle wurden zumeist durch schwere im Rahmen der Geburt aufgetretene Asphyxien (bei aus externen Geburtskliniken zuverlegten Kindern) verursacht, aber auch eine Early-Onset-Sepsis, Gerinnungsstörung in Folge eines hämorrhagischen Schocks und komplizierte Mehrlingsschwangerschaft wurden genannt. Darüber hinaus mussten Behandlungen bei Kindern mit schwersten Grunderkrankungen (z. B. Hirnödem, zerebrale Krampfanfälle, kardiologische Erkrankungen wie Ventrikelseptumdefekt und Atriumseptumdefekt und Lungenhypoplasie) aufgrund infauster Prognose beendet werden. Neonatale Sterbefälle waren z. B. durch Late-Onset-Sepsis oder plötzlichen Kindstod bedingt. Zum Indikator „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID 51901)“ wurden keine Begründungen für die Einstufung als qualitativ unauffällig genannt.

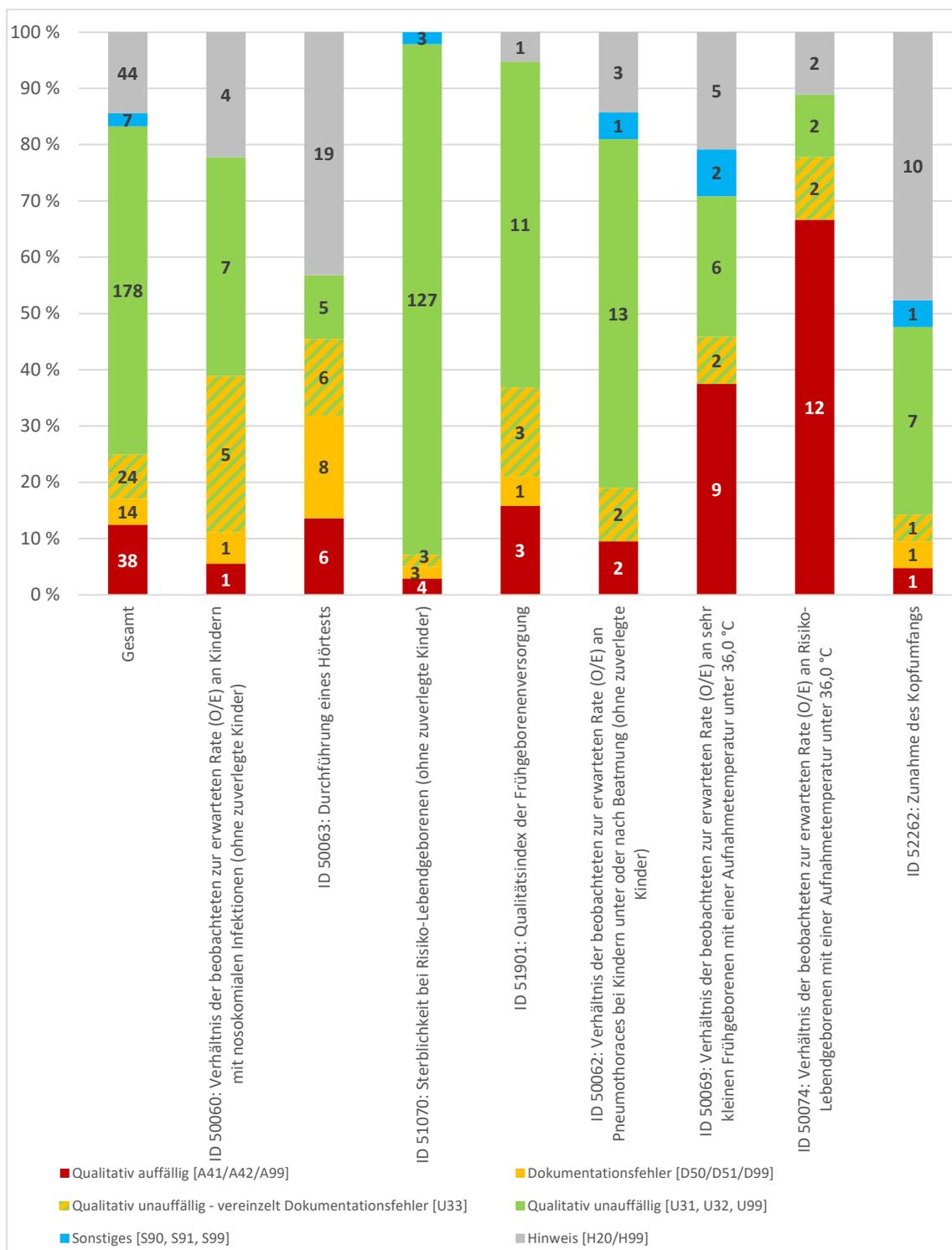


Abbildung 41: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Neonatologie

5.2.9 Orthopädie und Unfallchirurgie

Christine Krabbe, Dr. Arne Deiseroth

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

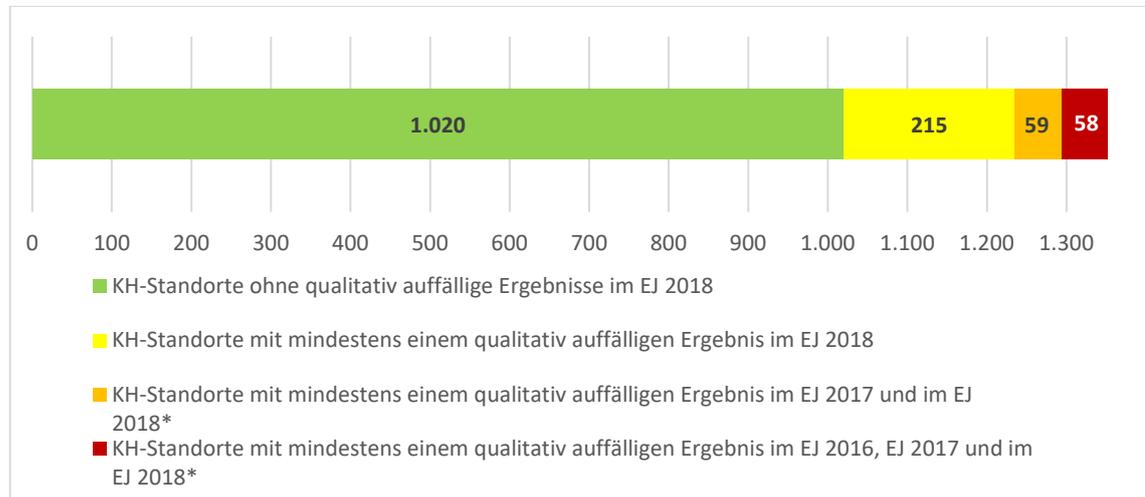


Abbildung 42: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog im Versorgungsbereich Orthopädie und Unfallchirurgie

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2016, 2017 und 2018 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Der Versorgungsbereich *Orthopädie und Unfallchirurgie* umfasste im Erfassungsjahr 2018 insgesamt 30 Qualitätsindikatoren, die in 1.352 Krankenhausstandorten erhoben wurden. Für 332 Standorte (25 %) zeigte sich hierbei mindestens ein qualitativ auffälliges Ergebnis. Die verfahrensübergreifende Betrachtung der Anzahl qualitativ auffälliger Ergebnisse pro Indikator verzeichnet im Vergleich zum Vorjahr einen Anstieg, was u. a. auf die Herausnahme der Indikatoren zur Beweglichkeit aus dem Indikatorenset zurückgeführt werden kann. Über alle Indikatoren hinweg führten überwiegend Struktur- und Prozessmängel (ca. 75 %) zu einer qualitativ auffälligen Bewertung, wobei der Einfluss der Indikatoren zur präoperativen Verweildauer maßgeblich war.

Präoperative Verweildauer

Am häufigsten wurden weiterhin Krankenhausstandorte aufgrund rechnerisch auffälliger Ergebnisse in den Indikatoren zur präoperativen Verweildauer (*Hüftendoprothesenversorgung*: ID 54003, *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung*: ID 54030) qualitativ auffällig. Aufgrund dessen hat das IQTIG wie in den Jahren zuvor für diese Qualitätsindikatoren einen besonderen Handlungsbedarf festgelegt, sodass die LQS sie im Strukturierten Dialog fokussiert betrachteten. Die LQS haben ähnlich wie im Vorjahr bei mehr als 30 % der Standorte

mit rechnerisch auffälligem Ergebnis in diesen Qualitätsindikatoren keine Stellungnahme angefordert, sondern einen Hinweis an die betroffenen Standorte verschickt. Gründe dafür waren laut der LQS in Baden-Württemberg z. B.:

- eine erstmalige und grenzwertige Abweichung vom Referenzwert
- eine Ergebnisverbesserung mit geringer Überschreitung
- eine laufende Zielvereinbarung aus dem Vorjahr mit Bewertung als „qualitativ auffällig“
- Einzelfälle mit sehr niedrigen Fallzahlen

Baden-Württemberg fordert zudem nur Stellungnahmen für rechnerisch auffällige Ergebnisse der Indikatoren zur präoperativen Verweildauer an, wenn eine statistisch signifikante Überschreitung des Referenzbereichs vorlag und sich das Ergebnis entweder im Vergleich zum Vorjahr nicht verbessert hatte oder das Ziel in beiden Verfahren signifikant verfehlt wurde.

5 Standorte mit rechnerisch auffälligem Ergebnis in Mecklenburg-Vorpommern erhielten basierend auf der Auswertung der Daten ebenfalls lediglich einen Hinweis, da laut der zuständigen LQS in den Rechenregeln die antithrombotische Dauertherapie nicht ausreichend berücksichtigt werde und eine zeitnahe Operation oftmals nicht möglich sei. Im Gegensatz dazu forderten einige Bundesländer wie z. B. Brandenburg oder Saarland bei diesem Indikator von allen Standorten mit rechnerisch auffälligem Ergebnis eine Stellungnahme an. Das Qualitätsbüro Mecklenburg-Vorpommern fasst wie im Jahr zuvor die rechnerisch auffälligen Ergebnisse der beiden Indikatoren zur präoperativen Verweildauer bei osteosynthetisch und endoprothetisch versorgten Femurfrakturen für die Bewertung zusammen. Liegen die Ergebnisse in der Einzelbetrachtung, nicht aber nach der Zusammenführung außerhalb des Referenzbereichs, erhielten die betroffenen Standorte einen Hinweis mit der Bitte, eine „kritische interne Analyse“ des Ergebnisses vorzunehmen und Maßnahmen einzuleiten. Zudem wird die Einführung eines Toleranzbereichs in Erweiterung des Referenzbereichs zur Berücksichtigung minimaler Überschreitungen der präoperativen Verweildauer empfohlen. Für derartige Fälle mit Überschreitungen der 24- bzw. 48-Stunden-Grenze wurde die Anzahl auffälliger Krankenhausfälle durch das Qualitätsbüro Mecklenburg-Vorpommern korrigiert.

Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden knapp unter 30 % der rechnerischen Auffälligkeiten der Indikatoren „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54030) und „Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54003) als qualitativ auffällig beurteilt.

Aus den Länderberichten zum Strukturierten Dialog gehen folgende, teilweise wiederkehrende, Gründe für ein als qualitativ auffällig bewertetes Ergebnis der Indikatoren zur präoperativen Verweildauer hervor:

- fehlende Kapazitäten/Verfügbarkeit u. a. von Operationssälen, Personal und Intensivbetten vorwiegend an Wochenenden und Feiertagen
- Aufnahme kurz vor oder am Wochenende
- reines Belegkrankenhaus

- präoperativer Stabilisierungsbedarf/Multimorbidität (u. a. durch höhere Mortalitäts- und Morbiditätsrisiken aufgrund schwerer Unfallverletzungen)
- verzögerte endgültige Diagnosestellung
- Einnahme von (neuen bzw. direkten) oralen Antikoagulantien/Blutungsgefahr/Gerinnungsmanagement
- fehlende Einwilligung/Absprache mit dem Betreuenden

Die LQS in Schleswig-Holstein und im Saarland haben einige Krankenhäuser, die in dem Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54003) aufgrund von Struktur- oder Prozessmängel als qualitativ auffällig eingestuft wurden, gebeten, in einer Verfahrensweisung bzw. in einem Konzept darzustellen, wie zukünftig mit diesem besonderen Patientenkontext umgegangen wird. Die Fachgruppe in Sachsen-Anhalt wies Standorte, die weiterhin keine grundlegende krankenhauserinterne Regelung zum Umgang mit der präoperativen Einnahme von Antikoagulantien hatten, auf entsprechende Literaturquellen hin. In Thüringen wurde ein Standort aufgrund von anhaltend qualitativ auffälligen Bewertungen und ausgeschöpften Möglichkeiten seitens der Fachgruppe entanonymisiert. Im Rahmen eines klärenden Gesprächs zwischen Vertreterinnen und Vertretern des Lenkungsgremiums, der Fachgruppe und den Verantwortlichen des Standortes wurde eine Zielvereinbarung zur internen Priorisierung geschlossen. Ein Träger hat in diesem Bundesland entschieden, an einem Standort aufgrund von Qualitätsaspekten keine Versorgung von hüftgelenknahen Frakturen mehr durchzuführen.

Vielen Länderberichten zum Strukturierten Dialog ist zu entnehmen, dass die LQS einen starken Fokus auf diese beiden Qualitätsindikatoren legen und die entsprechenden Ergebnisse aus den Strukturierten Dialogen z. B. für Ergebniskonferenzen oder Fortbildungsveranstaltungen nutzen.

Das Saarland begrüßt die aktuelle Weiterentwicklung der Indikatoren, mit der das IQTIG im Rahmen des Sonderprojekts zur präoperativen Verweildauer vom G-BA beauftragt wurde. Kritisch wird jedoch gesehen, dass die Ursachenforschung für eine verlängerte präoperative Verweildauer anhand eines erneut aufwendig zu konzipierenden Fragebogens von den in den Krankenhäusern arbeitenden Ärztinnen und Ärzten eingefordert wird. Nach Meinung der Fachgruppe des Saarlands nach sind die Gründe für eine verlängerte präoperative Verweildauer seit Jahren bekannt und sollten vom G-BA vorrangig genutzt werden, bevor in allen Bereichen ein enormer Aufwand mit geringer Effektivität generiert wird.

Komplikationen

Bei Betrachtung der Indikatoren zu Komplikationen der drei QS-Verfahren fällt auf, dass zum einen weiterhin verhältnismäßig viele Hinweise verschickt (zwischen 32,7 % für ID 54015 in *Hüftendoprothesenversorgung* und 78,2 % für ID 50481 in *Knieendoprothesenversorgung*), selten Ergebnisse als qualitativ auffällig beschrieben und wenige weiterführende Maßnahmen durchgeführt wurden (2 Kollegiale Gespräche und 7 Zielvereinbarungen in *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung*; 14 Besprechungen und 25 Besprechungen in *Hüftendoprothesenversorgung*; eine Besprechung und 8 Zielvereinbarungen in *Knieendoprothe-*

senversorgung). Den Länderberichten lassen sich keine weiterführenden Hinweise bzw. Anmerkungen zum Vorgehen der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung bei diesen Qualitätsindikatoren entnehmen.

Follow-up-Indikatoren

Für die Follow-up-Indikatoren ist zum zweiten Mal der Strukturierte Dialog geführt worden. Hierbei wurden für den Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf“ (ID 10271) rechnerisch auffällige Ergebnisse vergleichsweise wenige rechnerisch auffällige Standorte nach dem Strukturierten Dialog als qualitativ auffällig bewertet (5,4 %). Das sind deutlich weniger als im Vorjahr (20,6 %). Für den Indikator „Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf“ (ID 54128) wurden im Gegensatz zum Vorjahr (EJ 2017: 8,7 %) mehr rechnerisch auffällige Standorte als qualitativ auffällig (EJ 2018: 15,9 %) bewertet. Den Länderberichten konnten dazu keine weiteren Informationen entnommen werden. Problematisch erweisen sich laut Bayern und Hessen weiterhin vor allem die unzureichenden Angaben zu Folgeeingriffen, wenn diese nicht im eigenen Haus durchgeführt wurden, da aus datenschutzrechtlichen Gründen nur ein Teil der Informationen der Landesebene für den Strukturierten Dialog zur Verfügung gestellt werden. Daher wird bei diesem Indikator von einer Zuweisung der Verantwortung zum implantierenden Krankenhaus sowie im Wesentlichen von einer Beeinflussung des Indikatorwertes durch die implantierende Einrichtung ausgegangen.

Baden-Württemberg berichtet, dass die rechnerisch auffälligen Standorte in der Regel die Wechseloperationen in ihren Stellungnahmen bestätigten, teilweise jedoch keine patientenindividuellen Risiken nannten. Häufig fehlte in den Stellungnahmen laut Aussage der Landesgeschäftsstelle ein kritisches Fazit, welches nach der Analyse möglicher Gründe für die Häufung gezogen wurde. Die baden-württembergische Arbeitsgruppe empfahl diesen Standorten, Komplikationsstatistiken zu führen und unterjährige Komplikationskonferenzen durchzuführen.

Todesfälle

Alle drei QS-Verfahren des Versorgungsbereichs *Orthopädie und Unfallchirurgie* beinhalten risikoadjustierte Qualitätsindikatoren zu aufgetretenen Todesfällen (IDs 54046, 54013 und 54127). Den meisten Rückmeldungen der Länder zu diesen Qualitätsindikatoren ist zu entnehmen, dass die einzelnen Todesfälle detailliert betrachtet wurden, es sich jedoch oft um schicksalhafte Einzelfälle handelte oder die Patientinnen und Patienten in der Folge des Eingriffs ihren schweren Grunderkrankungen erlegen sind. Fünf Bundesländer (Bayern, Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen) beschreiben in ihren Berichten, dass in den geführten Einzelfalldiskussionen im Rahmen des Strukturierten Dialogs „die geringe Sterbewahrscheinlichkeit“ nicht nachvollzogen werden konnte, weshalb für die Risikoadjustierung dieser Indikatoren eine Überarbeitung vorgeschlagen wird.

Rechnerisch auffällige Standorte wurden unter anderem als qualitativ auffällig bewertet, wenn diagnostische Maßnahmen in nicht ausreichendem Umfang ergriffen wurden, eindeutige Behandlungsfehler vorlagen (Baden-Württemberg) oder die Indikationsstellung zur Durchführung einer elektiven Endoprothesenversorgung zu hinterfragen war (Thüringen).

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* wurden in Deutschland über alle 7 Qualitätsindikatoren (7.843 Indikatorergebnisse) insgesamt 865 (11 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt (EJ 2017: 12 %). Bei über einem Drittel (35,7 %) davon (n = 309) endete der Strukturierte Dialog mit dem Versand eines Hinweises, sodass keine Beurteilung dieser Ergebnisse vorgenommen werden konnte. Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Hessen und Sachsen-Anhalt haben bei weniger als 50 % der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis Stellungnahmen angefordert (23–49 %). In Berlin, Brandenburg, Bremen, Saarland, Sachsen und Schleswig-Holstein wurden hingegen deutlich mehr (92–100 %) Stellungnahmen eingeholt.

In 11 der 16 Bundesländer ist der Anteil der rechnerisch auffälligen Standorte, die nach dem Strukturierten Dialog auch als qualitativ auffällig (A41, A42, A99) bewertet wurden, mit unter 25 % relativ niedrig. Sachsen hingegen ist das Bundesland, in dem mit Abstand die meisten rechnerisch auffälligen Standorte (16 von 28; 57 %) als qualitativ auffällig bewertet wurden. Bundesweit schlossen sich an 540 schriftliche Stellungnahmen 110 (20,4 %) weiterführende Maßnahmen wie kollegiale Gespräche (n = 37) und Zielvereinbarungen (n = 73) an. Im Erfassungsjahr 2017 war dieser Anteil mit 16,8 % (742 Stellungnahmen, 53 kollegiale Gespräche und 71 Zielvereinbarungen) geringer. Zum Erfassungsjahr 2018 fand in diesem QS-Verfahren nur eine Begehung statt.

Qualitativ auffällige Bewertungen kommen mit einem Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen von 30 % (125 von 419 rechnerisch auffällige Standorte) am häufigsten bei dem Indikator „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur“ (ID 54030) vor. Im Gegensatz dazu wurden für die Indikatoren „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen/Nachblutungen“ (ID 54040) und „Sturzprophylaxe“ (ID 54050) im Erfassungsjahr 2018 nur in 4 Fällen die Bewertung „qualitativ auffällig“ vergeben.

Wie im Erfassungsjahr 2017 lässt sich außergewöhnlich oft ein rechnerisch auffälliges Ergebnis in dem Indikator „Sturzprophylaxe“ (ID 54050; 22 %) auf Dokumentationsprobleme zurückführen; dies wird teilweise durch die gezielte Datenvalidierung bestätigt. Die mit Abstand meisten kollegialen Gespräche (n = 29) und Zielvereinbarungen (n = 59) mit den Krankenhäusern wurden zum Indikator „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur“ (ID 54030) geführt bzw. geschlossen. Zu den anderen 6 Indikatoren fanden je maximal 2 kollegiale Gespräche statt und wurden je zwischen 2 und 8 Zielvereinbarungen geschlossen. Der Anteil der Stellungnahmen an den rechnerisch auffälligen Ergebnissen waren bei den Indikatoren „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung (ID 54033; 73,1 %,) und „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfälle“ (ID 54046; 73,2 %) am höchsten.

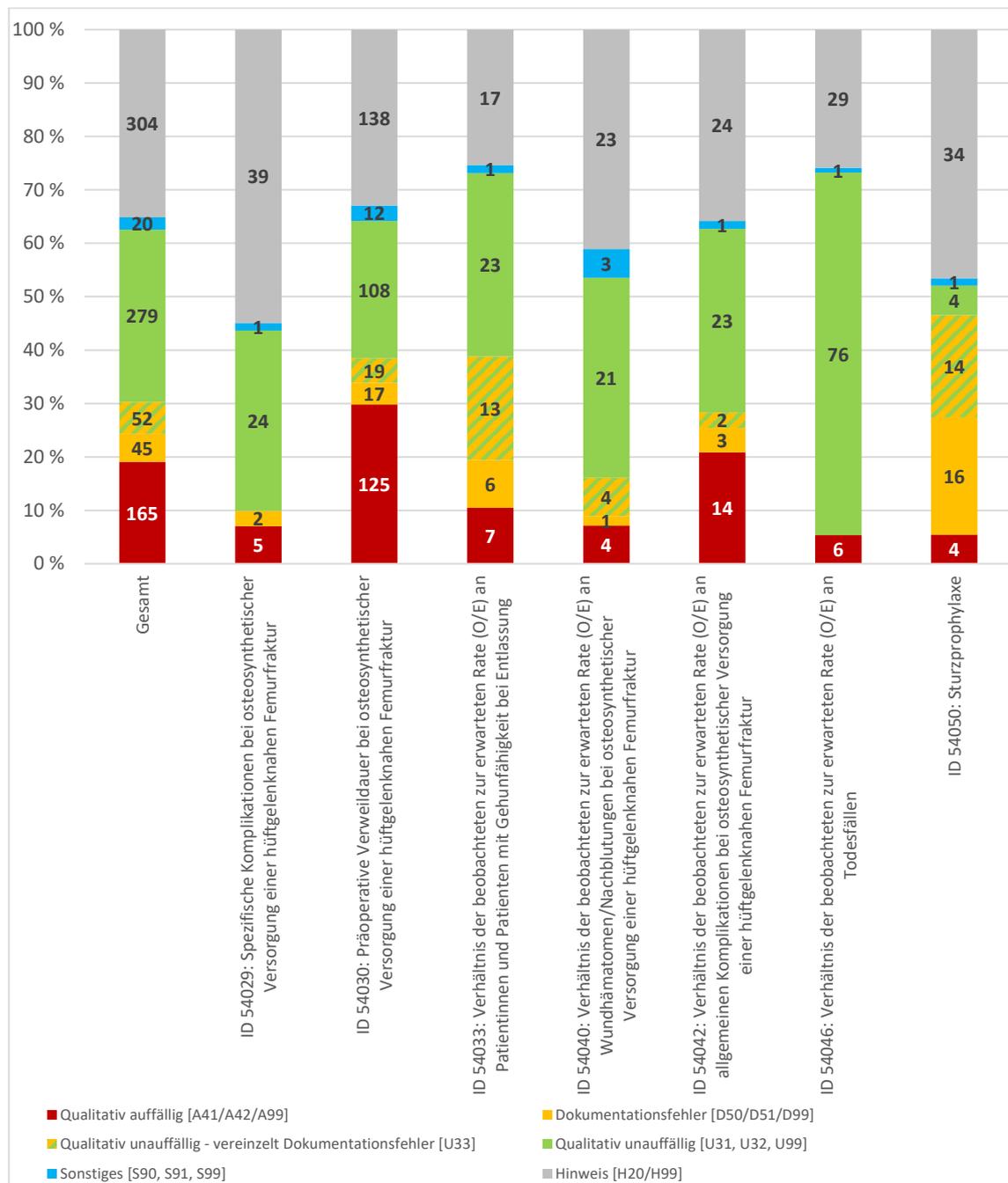


Abbildung 43: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Hüftendoprothesenversorgung

Im QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* wurden deutschlandweit insgesamt 13 Qualitätsindikatoren berechnet. 1.859 (12,3 %) Indikatorergebnisse waren rechnerisch auffällig und führten in 99,4 % zu Maßnahmen gemäß der QSKH-RL. Maßnahmen wurden in Form von schriftlichen Stellungnahmen zu 63 % und in Form von Hinweisen zu 36 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse eingeleitet. Weiterführende Maßnahmen wie Besprechungen und Zielvereinbarungen fanden bei 188 rechnerisch auffälligen Ergebnissen statt, jedoch keine Begehungen. Bei 99

(ca. 5 %) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse war eine fehlerhafte Dokumentation für die Auffälligkeit verantwortlich. Im gesamten QS-Verfahren wurden 44 % der Indikatorergebnisse als qualitativ unauffällig und 11 % als qualitativ auffällig eingestuft. Bei einem Viertel (n= 52) der qualitativ auffälligen Ergebnisse des Erfassungsjahres 2018 konnte keine Verbesserung zum Vorjahr verzeichnet werden, d. h., dass die Ergebnisse der Krankenhausstandorte sowohl im Erfassungsjahr 2018 als auch 2017 als qualitativ auffällig bewertet worden waren. Betrachtet man die Ergebnisse und erfolgten Maßnahmen auf der Ebene der Bundesländer, finden sich wie in den vergangenen Jahren große Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern.

Anhand der Ergebnisbewertung der Qualitätsindikatoren wird der über alle Qualitätsindikatoren sehr hohe Anteil an Hinweisen an den rechnerisch auffälligen Ergebnissen deutlich. Vor allem bei den Indikatoren zu Komplikationen beträgt dieser um die 50 %. Insbesondere bei den Qualitätsindikatoren zur „Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation“ (ID 54001), „Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“ (ID 54002) und „Sturzprophylaxe“ (ID 54004) wurden Dokumentationsfehler angeführt, die dazu beitrugen, entweder dass rechnerisch auffällige Ergebnisse als unauffällig eingestuft wurden oder dass eine Bewertung des Qualitätsindikators aufgrund von Dokumentationsproblemen nicht vorgenommen werden konnte. Ähnlich wie im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* wurden mit einem Anteil von 26 % die meisten qualitativ auffälligen Ergebnisse im Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetisch Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54003) gefunden. Zudem gehen über die Hälfte der qualitativen Auffälligkeiten des Verfahrens auf den Indikator zur präoperative Verweildauer zurück.

Wie im vorherigen Berichtsjahr wurden in Bremen und Hamburg so gut wie keine (n = 0 bzw. 1) rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, wohingegen dies in Sachsen bei 26 % der Fall war. In Brandenburg, Bremen, Sachsen und im Saarland wurden, wie auch in den Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* und *Knieendoprothesenversorgung*, von allen rechnerisch auffälligen Krankenhäusern Stellungnahmen eingefordert, woraus in Bremen keinerlei weiterführende Maßnahmen resultierte und in Sachsen dies der Fall bei 30 % der rechnerischen Auffälligkeiten war. Am häufigsten wurden Zielvereinbarungen in Nordrhein-Westfalen (16,5 %), in Sachsen (15,3 %), Niedersachsen (11,9 %) und im Saarland (11,1 %) getroffen.

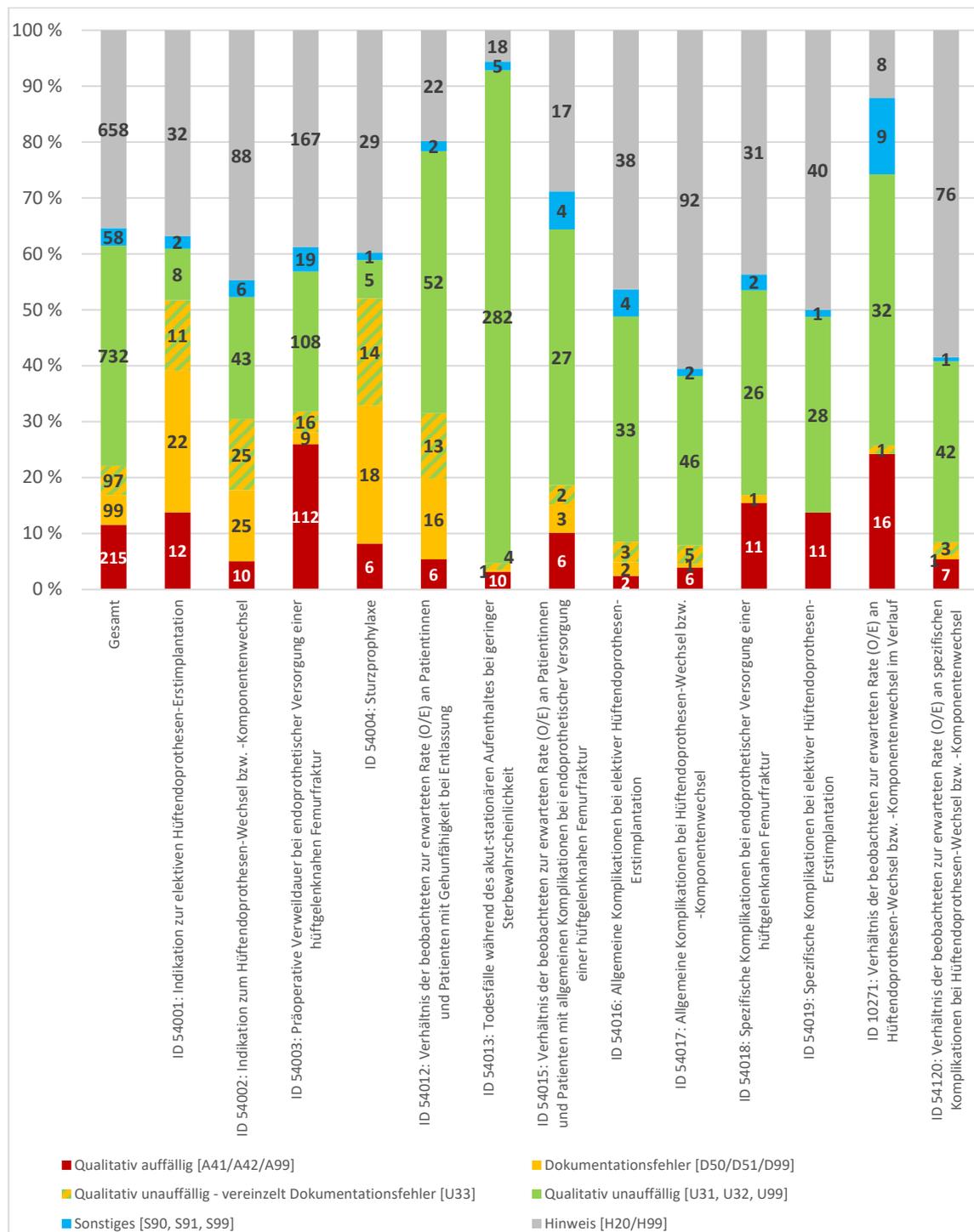


Abbildung 44: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftendoprothesenversorgung

Knieendoprothesenversorgung

10 Qualitätsindikatoren gehören zu dem QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung*. Im Erfassungsjahr 2018 wurden von insgesamt 10.143 Indikatorergebnissen 7,5 % rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Das ist der geringste Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen inner-

halb des QS-Verfahrensgebietes *Orthopädie und Unfallchirurgie*. Im Vergleich zum Vorjahr wurden anteilig mehr Hinweise an die Krankenhäuser bei rechnerischer Auffälligkeit verschickt (EJ 2017: 47 %; EJ 2018: 49 %). Als weiterführende Maßnahmen wurden Besprechungen und Zielvereinbarungen in 5,7 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse durchgeführt, wohingegen bundesweit bei keinem Krankenhaus eine Begehung im Jahr 2019 stattfand.

Deutlich verbessert hat sich der Anteil der wiederholt rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse zum Vorjahr (Erfassungsjahr 2017: 40 %, Erfassungsjahr 2018: 23 %). Im Erfassungsjahr 2018 hat sich zudem das Verhältnis von qualitativ auffälligen zu qualitativ unauffälligen Ergebnissen deutlich zugunsten der qualitativ auffälligen Indikatorergebnisse verschoben (Erfassungsjahr 2017: 1/12; Erfassungsjahr 2018: 1/5). Der Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen über alle Qualitätsindikatoren, die aufgrund von Dokumentationsfehlern nicht in die Bewertung eingegangen sind, reduzierte sich auf 6 % (Erfassungsjahr 2017: 10 %).

Für den Qualitätsindikator „Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation“ (ID 54020) konnte in über 20 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse eine Bewertung der Versorgungsqualität aufgrund von Fehlern bei der Dokumentation nicht vorgenommen werden. Bei zwei Qualitätsindikatoren („Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“, ID 50481 und „Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit“, ID 54127), zu deren rechnerisch auffälligen Ergebnissen schriftliche Stellungnahmen angefordert wurden, konnten im Rahmen des Strukturierten Dialogs keinerlei qualitativ auffällige Befunde festgestellt werden.

Bei einer rechnerischen Auffälligkeit der Indikatorergebnisse der Qualitätsindikatoren „Indikation zur Schlittenprothese“ (ID 54021), „Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“ (ID 54022), „Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“ (ID 50481), „Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation“ (ID 54124), „Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ (ID 54125) und „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (IDs 54028) wurden sehr häufig Hinweise versandt (48 %–71 %). In den Bundesländern Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt wurden keine rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, wohingegen dies in Schleswig-Holstein bei 5 von 19 Fällen zutraf. Insgesamt konnten nur bei 7 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse aller Indikatoren im Rahmen des Strukturierten Dialogs qualitative auffällige Ergebnisse festgestellt werden.

Zum Follow-up-Indikator „Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf“ (ID 54128) wurde für das Erfassungsjahr 2018 zum zweiten Mal der Strukturierte Dialog geführt. Von 50 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurden 9 Krankenhausergebnisse als qualitativ auffällig bewertet.

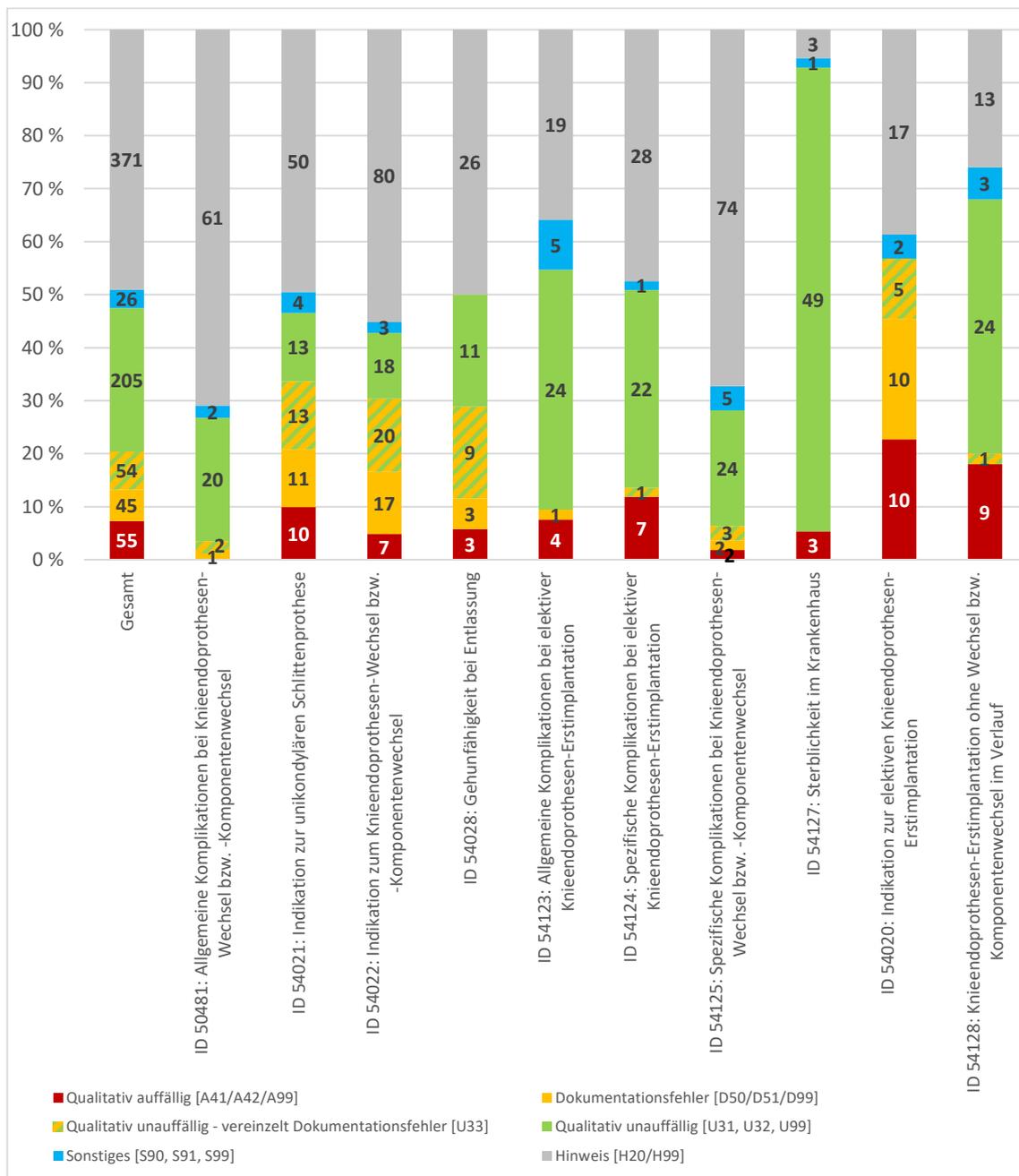


Abbildung 45: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Knieendoprothesenversorgung

5.2.10 Pflege

Lina Jürgens, Vera Schöllbauer

■ QS-Verfahren Pflege: Dekubitusprophylaxe

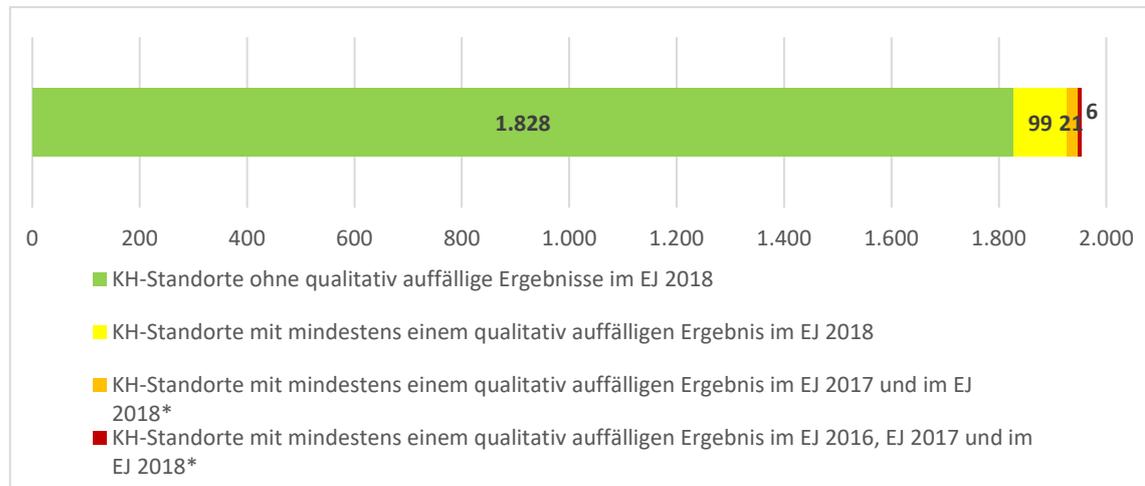


Abbildung 46: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog im QS-Verfahren Pflege: Dekubitusprophylaxe

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

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2016, 2017 und 2018 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im Erfassungsjahr 2018 wurden für 555 der 3.856 Indikatorergebnisse (EJ 2017: N = 3.902; n = 613) rechnerisch auffällige Ergebnisse ermittelt, was einem Anteil von 14,4 % entspricht (EJ 2017: 15,7 %). Somit zeigt sich ein leichter Rückgang an rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Vergleich zum Vorjahr. Unter den rechnerisch auffälligen Ergebnissen gab es im Erfassungsjahr 2018 278 Standorte, die eine wiederholte Auffälligkeit aufweisen. 177 Standorte erhielten die Bewertung „rechnerisch auffällig“ bereits das zweite Jahr in Folge. Im Hinblick auf die 124 Standorte, die nach dem Strukturierten Dialog eine qualitativ auffällige Bewertung erhielten, kann festgestellt werden, dass 25 Standorte bereits im Vorjahr und 5 Standorte zum wiederholten Male auffällig bewertet wurden.

Ein Großteil der rechnerisch auffälligen Bewertungen (n = 464) sind im Indikator „Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad / Kategorie 4“ (ID 52010) erfolgt. Im Erfassungsjahr 2017 erhielten 514 Standorte die Bewertung „rechnerisch auffällig“, somit ist die Entwicklung der Anzahl bzw. des Anteils der rechnerisch auffällig bewerteten Krankenhausstandorte zurückgegangen (EJ 2018: 19,8 %; EJ 2017: 26 %). Diese Entwicklung geht jedoch nicht mit einem Rückgang der als qualitativ auffällig bewerteten Krankenhausstandorten einher. Die Anzahl der als qualitativ auffällig eingestuften Standorte ist erneut angestiegen und betrug im Erfassungsjahr 2018 92 (EJ 2017 n = 79). Dies entspricht gemessen an den rechnerisch auffälligen Ergebnissen dieses Indikators einem Anteil von 19,8 % (EJ 2017: 15,6 %). Besonders die qualitativ auffällige Bewertung „Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ ist von 57 im Erfassungsjahr 2017 auf 82 im Folgejahr angestiegen. Im Erfassungsjahr 2018 wurden 22 der 92

als qualitativ auffällig bewerteten Krankenhausstandorte im zweiten Jahr auffällig und 4 Standorte wurden sogar ein drittes Jahr in Folge als qualitativ auffällig bewertet. In Bezug auf das Gesamtindikatorergebnis (n = 1.928) machen die als qualitativ auffälligen bewerteten Standorte einen Anteil von 6,4 % aus (EJ 2017: n = 1981; 3,9 %).

Auch beim Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ (ID 52009) zeigt sich eine Zunahme der Krankenhausstandorte, die als qualitativ auffällig bewertet wurden. Von den 91 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurden 32 Standorte und somit ein Anteil von 35,2 % als qualitativ auffällig bewertet. Im Vorjahr wurden von 98 Standorten 24 als qualitativ auffällig bewertet, der Anteil lag 2017 bei 24,5 %. Zum zweiten Mal in Folge als qualitativ auffällig bewertet wurden 3 Krankenhausstandorte, ein Krankenhausstandort wurde das dritte Jahr in Folge als qualitativ auffällig bewertet. In Bezug auf das Gesamtindikatorergebnis (n = 1.928) machen die als qualitativ auffällig bewerteten Standorte einen Anteil von 1,7 % aus (EJ 2017: n = 1.921; 1,2 %).

Die Fachgruppen Dekubitusprophylaxe der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung begründen ihre qualitativ auffälligen Bewertungen beispielsweise damit, dass Krankenhausstandorte in ihren Stellungnahmen nicht hinreichend darlegten, wie eine Beratung hinsichtlich der Risikoeinschätzung und der prophylaktischen Maßnahmen stattfand bzw. wie das Wissen der Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihres Risikos überprüft wurde. Des Weiteren wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs festgestellt, dass teilweise prophylaktische Maßnahmen verspätet umgesetzt werden bzw. der Fokus zum Teil noch immer auf dem Bereich Wundmanagement und nicht auf dem Bereich der Prophylaxe liegt. Hier empfehlen die Fachgruppen eine Einbindung von Expertinnen und Experten in den Prozess der Dekubitusprophylaxe, sobald für eine Patientin oder einen Patienten ein Risiko identifiziert wurde. Als weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Rahmen dieses QS-Verfahrens werden Schulungen des Personals zur Einschätzung des patientenindividuellen Risikos auch unter Einbezug des verwendeten Assessment sowie interdisziplinäre Workshops empfohlen.

Die Anzahl der als qualitativ unauffällig bewerteten Standorte betrug im Erfassungsjahr 2018 348 (EJ 2017: n = 359). Das entspricht einem Anteil von 62,7 % (EJ 2017: 58,7 %) an allen rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorten des betrachteten Erfassungsjahres. Die Fachgruppen Dekubitusprophylaxe der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung begründen ihre Bewertung vor allem mit der ausgeprägten Krankheitsschwere der Patientinnen und Patienten. Dabei werden vor allem die Priorisierung von intensivmedizinischen und lebenserhaltenden Maßnahmen sowie der Fokus auf eine präfinale Versorgung genannt, die mit einer erschwerten bzw. eingeschränkten Mobilität und Compliance einhergehen. Dies führt laut den Fachgruppen der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung teilweise dazu, dass trotz der Durchführung prophylaktischer Maßnahmen die Entstehung eines Dekubitus als nicht vermeidbar eingeschätzt wird.

Insgesamt deuten diese Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr also auf eine Verbesserung der Qualität hinsichtlich der Prophylaxe von Dekubitalulcera hin. Dennoch ist den Berichten der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung zu entnehmen, dass weiterhin z. B. Schulungsbedarf

besteht, wobei die richtige Risikoeinschätzung und Beratung im Vordergrund stehen soll, und somit Potenzial für eine weitere Qualitätsverbesserung gesehen wird. Es bleibt zudem abzuwarten, ob sich dieser Trend auch für das Erfassungsjahr 2019 fortsetzt. Darüber hinaus ist festzustellen, dass es einzelne Krankenhausstandorte gibt, bei denen sich z. T. bereits über mehrere Jahre hinweg Defizite bei der Dekubitusprophylaxe zeigen.

Bei der Einstufung der Krankenhausstandorte mit „Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation“ kam es für das Erfassungsjahr 2018 im Vergleich zum Vorjahr zu einem Rückgang auf 60 Standorte (EJ 2017 n = 116). Das entspricht einem Anteil von 10,8 % (EJ 2017: 19 %) an allen rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorten des betrachteten Erfassungsjahres. Aus den Rückmeldungen der Fachgruppen der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung geht hervor, dass weiterhin Unsicherheiten sowohl im Hinblick auf die Risikoeinschätzung, die häufig zu spät vorgenommen wird, als auch bezüglich der Abgrenzung eines Dekubitus gegenüber anderen Wunden bestehen. Außerdem wird thematisiert, dass bei den Standorten teilweise keine transparente Dokumentation hinsichtlich der Beratung und Einschätzung des patientenindividuellen Risikos vorlag.

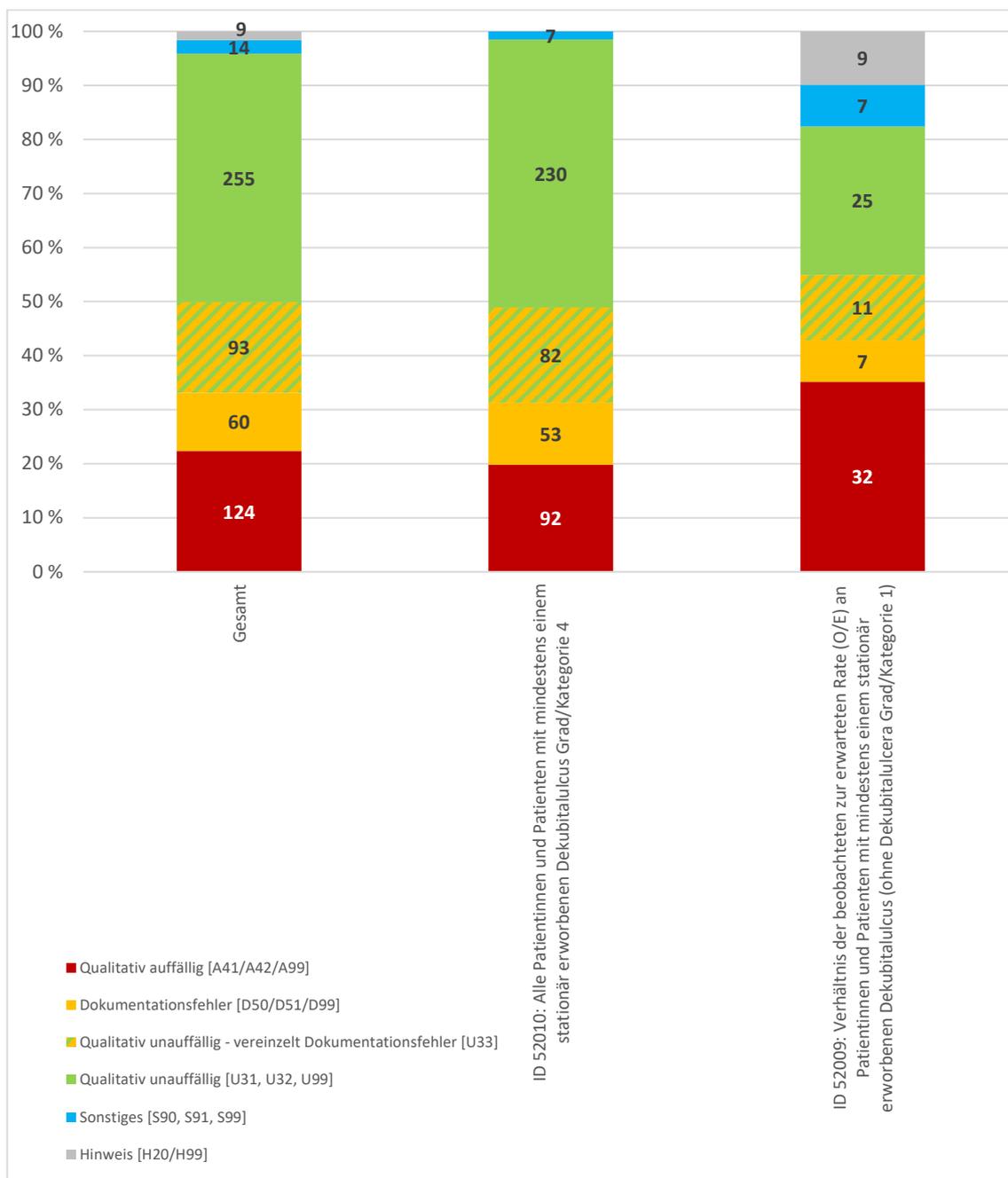


Abbildung 47: Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Pflege: Dekubitusprophylaxe

6 Fazit und Ausblick

Der Strukturierte Dialog zum Erfassungsjahr 2018 wurde 2019 unverändert nach der bestehenden Methodik gemäß QSKH-RL geführt. Eine QS-verfahrensübergreifende bzw. bundesländerübergreifende Darstellung der Zahlen im Sinne von Zu- und Abnahmen rechnerisch und qualitativ auffälliger Ergebnisse erfolgte im vorliegenden Bericht nicht. Sowohl die einzelnen QS-Verfahren als auch die Prozessstruktur der für die Durchführung verantwortlichen Stellen weisen erhebliche Unterschiede auf, sodass eine einfache Addition nicht aussagekräftig erschien.

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

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

Literatur

- Baumgartner, H; Falk, V; Bax, JJ; De Bonis, M; Hamm, C; Holm, PJ; et al. (2017): 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *European Heart Journal* 38(36): 2739-2791. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx391.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019a): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG.
URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 24.02.2020).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019b): Qualitätsreport 2019. Berlin: IQTIG. ISBN: 978-3-9818131-3-5.
URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Qualitaetsreport-2019_2019-09-25.pdf (abgerufen am: 24.02.2020).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020): Qualitätsaspekte der HER2-Bestimmung im Rahmen der externen Qualitätssicherung. Informationsschreiben zum Strukturierten Dialog für die Indikatoren 52267 und 52278 (QIDB 2019). QS-Verfahren *Mammachirurgie*. Stand: 16.03.2020. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/auswertung_begleitschreiben/2020-03-16-Qualitaetsaspekte_der_HER2-Bestimmung_im_Rahmen_der_externen_Qualitaetsicherung_V1.3.pdf (abgerufen am: 11.05.2020).



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bericht zum Strukturierten Dialog 2019

Erfassungsjahr 2018. Anhang

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Mai 2020

Impressum

Thema:

Bericht zum Strukturierten Dialog 2019. Erfassungsjahr 2018. Anhang

Ansprechpartnerin:

Martina Dost

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

15. Mai 2020

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	7
Abkürzungsverzeichnis.....	7
Redaktionelle Hinweise.....	8
Kommentare in den Kategorien „Sonstiges“	10
1 Karotis-Revaskularisation	11
1.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	11
1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	12
1.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	14
1.4 Ergebnisse pro Bundesland.....	16
2 Ambulant erworbene Pneumonie.....	17
2.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	17
2.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	18
2.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	19
2.4 Ergebnisse pro Bundesland.....	21
3 Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation.....	23
3.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	23
3.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	24
3.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	26
3.4 Ergebnisse pro Bundesland.....	29
4 Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel.....	30
4.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	30
4.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	30
4.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	32
4.4 Ergebnisse pro Bundesland.....	33
5 Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/ -Explantation	34
5.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	34
5.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	35
5.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	36
5.4 Ergebnisse pro Bundesland.....	37

6	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	39
6.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	39
6.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	40
6.3	Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	41
6.4	Ergebnisse pro Bundesland.....	43
7	Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel.....	44
7.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	44
7.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	44
7.3	Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	46
7.4	Ergebnisse pro Bundesland.....	47
8	Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation.....	48
8.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	48
8.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	49
8.3	Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	50
8.4	Ergebnisse pro Bundesland.....	52
9	Koronarchirurgie, isoliert	53
9.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	53
9.2	Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	54
10	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	55
10.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	55
10.2	Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	56
11	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt).....	57
11.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	57
11.2	Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	58
12	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	59
12.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	59
12.2	Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	60
13	Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme	61
13.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	61
13.2	Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	63

14	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	66
14.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	66
14.2	Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	67
15	Lebertransplantation.....	69
15.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	69
15.2	Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	70
16	Leberlebendspende.....	72
16.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	72
16.2	Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	74
17	Nierentransplantation.....	77
17.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	77
17.2	Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	79
18	Nierenlebendspende	81
18.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	81
18.2	Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	83
19	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	86
19.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	86
19.2	Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	87
20	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien).....	89
20.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	89
20.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	90
20.3	Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	92
20.4	Ergebnisse pro Bundesland.....	94
20.5	Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren.....	95
21	Mammachirurgie	96
21.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	96
21.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	97
21.3	Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	99
21.4	Ergebnisse pro Bundesland.....	101
21.5	Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren.....	102

22	Geburtshilfe.....	103
22.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	103
22.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	104
22.3	Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	106
22.4	Ergebnisse pro Bundesland.....	108
22.5	Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren.....	109
23	Neonatologie.....	110
23.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	110
23.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	111
23.3	Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	113
23.4	Ergebnisse pro Bundesland.....	115
24	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung.....	116
24.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	116
24.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	117
24.3	Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	119
24.4	Ergebnisse pro Bundesland.....	121
25	Hüftendoprothesenversorgung.....	122
25.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	122
25.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	124
25.3	Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	125
25.4	Ergebnisse pro Bundesland.....	129
26	Knieendoprothesenversorgung.....	130
26.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	130
26.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	131
26.3	Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	133
26.4	Ergebnisse pro Bundesland.....	135
27	Pflege: Dekubitusprophylaxe.....	136
27.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator.....	136
27.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	137
27.3	Ergebnisse pro Qualitätsindikator.....	139
27.4	Ergebnisse pro Bundesland.....	140

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten nach Abschluss des
Strukturierten Dialogs..... 8

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
EJ	Erfassungsjahr
ID	Identifikationsnummer
QS	Qualitätssicherung

Redaktionelle Hinweise

Im vorliegenden Anhang zum Bericht werden die Ergebnisse und Maßnahmen des Strukturierten Dialogs des Erfassungsjahres 2018 ausführlich dargestellt.

Für alle QS-Verfahren werden die Ergebnisse sowie die durchgeführten Maßnahmen pro Qualitätsindikator in jeweils einer Tabelle ausgewiesen.

Zusätzlich werden für die indirekten QS-Verfahren folgende Tabellen aufgeführt:

- Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland
- Ergebnisse pro Bundesland

Die Ergebnisse des QS-Verfahrens *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* werden aufgrund sehr geringer Fallzahlen kumuliert über zwei Jahre dargestellt.

Folgende Kategorien wurden in den Ergebnistabellen angewendet (Tabelle 1).

Tabelle 1: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs

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

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	40	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		41	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	50	Unvollzählige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Die Hinweiskategorien H20 und H99 sind in den Ergebnistabellen nicht weiter unterteilt worden, die Gesamtanzahl der versendeten Hinweise ist in den Maßnahmentabellen aufgeführt. Die Anzahl der gewählten Maßnahme „Hinweise“ ist nicht gleichzusetzen mit der Summe der Einstufungsoptionen aus H20 und H99. Es wurden teilweise Hinweise zu rechnerischen Auffälligkeiten versendet, die abschließend mit einer der Kategorien U, A oder S eingestuft wurden.

Kommentare in den Kategorien „Sonstiges“

Beispielhafte Auflistung der Kommentare in den Kategorien „Sonstiges“:

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

- Diese Einstufung wurde im Erfassungsjahr 2018 nicht vergeben.

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

- Anwendung der Ein-Fall-Regel gemäß Empfehlung der Projektgruppe Leitfaden.
- Anwendung einer Regel gemäß Empfehlung der Projektgruppe Leitfaden.

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

- Keine Aussage zu Folgeeingriffen möglich, da diese nicht in der Einrichtung stattgefunden haben.
- Klinikgespräch im Vorjahr, Verlaufsbeobachtung.
- Begründete Einzelfälle und Dokumentationsfehler

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

- Sowohl Dokumentationsfehler als auch Mängel der Struktur- und Prozessqualität und begründete Einzelfälle haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht.
- Die Vorgehensweise zum Umgang mit den Komplikationen wird akzeptiert, jedoch fehlt eine Ursachenanalyse.
- Maßnahmen zur Verbesserung wurden bereits mit dem Leistungserbringer vereinbart. Zudem wurde dem Krankenhaus ein Hinweis zu möglichen Verbesserungspotenzialen gegeben.

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

- Die Patienten wurden an einem anderen Standort operiert und nicht korrekt zugeordnet. Daher ist eine Beurteilung der Behandlungsqualität nicht möglich.
- Sowohl Dokumentationsfehler als auch begründete Einzelfälle haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht.
- Die Auffälligkeit erklärt sich durch Fehler in der Dokumentation. Der Fachausschuss weist Sie darauf hin, dass bei erneuter Auffälligkeit im nächsten Jahr die Notwendigkeit eines Kollegialen Gesprächs gesehen wird.

S99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)

- Alle Fälle wurden in einem anderen Indikator bzw. in den Vorjahren evaluiert.
- Eine schulmedizinische Bewertung der Versorgungsqualität ist aufgrund der anthroposophischen Ausrichtung nicht möglich.
- Abteilung, Krankenhaus bzw. Abteilung geschlossen.

1 Karotis-Revaskularisation

1.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Karotis-Revaskularisation	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellung- nahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 11704: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch	558	47	8,4	0	0,0	14	29,8	33	70,2	0	0,0	2	4,3	0	0,0	3	6,4
ID 161800: Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit	330	52	15,8	0	0,0	30	57,7	22	42,3	0	0,0	2	3,8	0	0,0	1	1,9
ID 51437: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	333	23	6,9	1	4,3	15	65,2	7	30,4	0	0,0	1	4,3	0	0,0	1	4,3
ID 51873: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – kathetergestützt	392	36	9,2	0	0,0	8	22,2	28	77,8	0	0,0	3	8,3	0	0,0	2	5,6
ID 603: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	533	36	6,8	0	0,0	20	55,6	16	44,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 604: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	518	7	1,4	1	14,3	2	28,6	4	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 51443: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	295	8	2,7	1	12,5	6	75,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Karotis-Revaskularisation	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellung- nahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																	
ID 52240: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	58	13	22,4	0	0,0	1	7,7	12	92,3	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0
Gesamt	3.017	222	7,4	3	1,4	96	43,2	123	55,4	0	0	9	4,1	0	0	7	3,2

1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Karotis-Revaskularisation	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	291	21	7,2	0	0,0	0	0,0	21	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bayern	408	29	7,1	0	0,0	23	79,3	6	20,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	124	16	12,9	0	0,0	10	62,5	6	37,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	104	5	4,8	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	30	1	3,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	73	4	5,5	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	205	10	4,9	0	0,0	5	50,0	5	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Kardis-Revaskularisation	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bundesland																	
Mecklenburg-Vorpom- mern	85	7	8,2	2	28,6	0	0,0	5	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	279	26	9,3	0	0,0	0	0,0	26	100,0	0	0,0	7	26,9	0	0,0	6	23,1
Nordrhein-Westfalen	710	56	7,9	0	0,0	46	82,1	10	17,9	0	0,0	1	1,8	0	0,0	1	1,8
Rheinland-Pfalz	158	12	7,6	0	0,0	4	33,3	8	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	49	5	10,2	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	173	16	9,2	0	0,0	0	0,0	16	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	121	8	6,6	1	12,5	4	50,0	3	37,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	104	3	2,9	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0
Thüringen	103	3	2,9	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	3.017	222	7,4	3	1,4	96	43,2	123	55,4	0	0,0	9	4,1	0	0,0	7	3,2

1.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
ID 11704: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch	558	47	6	2	13	0	0	13	0	0	1	16	1	0	18	1	0	0	1	0	0	1	1	14
ID 161800: Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit	330	52	0	0	7	0	0	7	0	0	0	3	7	0	10	3	0	0	3	0	1	1	2	30
ID 51437: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	333	23	1	1	0	0	0	0	0	0	0	6	1	0	7	0	0	0	0	1	0	0	1	15
ID 51873: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – kathetergestützt	392	36	6	2	2	1	0	3	0	0	0	22	1	1	24	0	0	0	0	0	0	1	1	8

Karotis-Revaskularisation	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 603: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	533	36	4	3	0	0	0	0	0	0	0	3	9	1	13	3	0	0	3	0	0	0	0	20
ID 604: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	518	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3	1	0	0	1	1	0	0	1	2
ID 51443: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	295	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	6
ID 52240: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	58	13	2	2	0	0	1	1	0	0	0	11	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Gesamt	-	222	19	10	22	1	1	24	0	0	1	62	22	2	87	8	0	0	8	3	1	3	7	96

1.4 Ergebnisse pro Bundesland

Karotis-Revaskularisation	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig			Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation			Sonstiges			Hinweis
		A41	A42	A99	U31	U32	U33	U99	D50	D51	D99	S90	S91	S99	H20 + H99
Baden-Württemberg	21	8	0	0	0	8	4	1	0	0	0	0	0	0	0
Bayern	29	0	1	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	23
Berlin	16	0	0	0	0	1	0	0	5	0	0	0	0	0	10
Brandenburg	5	0	0	0	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Bremen	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Hessen	10	3	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5
Mecklenburg-Vorpommern	7	1	0	0	0	1	0	1	2	0	0	2	0	0	0
Niedersachsen	26	2	0	0	0	19	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	56	1	0	1	1	5	1	0	0	0	0	0	0	1	46
Rheinland-Pfalz	12	1	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Saarland	5	1	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	16	2	0	0	0	5	7	0	0	0	0	0	0	2	0
Sachsen-Anhalt	8	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	4
Schleswig-Holstein	3	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Thüringen	3	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	222	22	1	1	1	62	22	2	8	0	0	3	1	3	96

2 Ambulant erworbene Pneumonie

2.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Ambulant erworbene Pneumonie Qualitätsindikator	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellung- nahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 2005: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	1.455	102	7	0	0,0	52	51,0	50	49,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	10,8
ID 2009: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	1.427	195	13,7	1	0,5	83	42,6	111	56,9	0	0,0	10	5,1	0	0,0	24	12,3
ID 2013: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)	1.383	232	16,8	1	0,4	139	59,9	91	39,2	1	0,4	4	1,7	0	0,0	7	3,0
ID 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	1.404	308	21,9	1	0,3	126	40,9	181	58,8	0	0,0	17	5,5	0	0,0	26	8,4
ID 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	1.450	280	19,3	0	0,0	89	31,8	190	67,9	1	0,4	11	3,9	0	0,0	43	15,4
ID 50778: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	1.455	91	6,3	0	0,0	21	23,1	70	76,9	0	0,0	1	1,1	0	0,0	6	6,6
Gesamt	8.574	1.208	14,1	3	0,2	510	42,2	693	57,4	2	0,2	43	3,6	0	0	117	9,7

2.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Ambulant erworbene Pneumonie	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	911	101	11,1	0	0,0	69	68,3	30	29,7	2	2,0	6	5,9	0	0,0	5	5,0
Bayern	1.380	211	15,3	0	0,0	108	51,2	103	48,8	0	0,0	5	2,4	0	0,0	5	2,4
Berlin	348	91	26,1	0	0,0	54	59,3	37	40,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	302	45	14,9	0	0,0	0	0,0	45	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	60	9	15,0	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	213	17	8,0	0	0,0	4	23,5	13	76,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	578	52	9,0	0	0,0	31	59,6	21	40,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,9
Mecklenburg-Vorpommern	197	34	17,3	2	5,9	6	17,6	26	76,5	0	0,0	9	26,5	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	727	119	16,4	0	0,0	51	42,9	68	57,1	0	0,0	5	4,2	0	0,0	25	21,0
Nordrhein-Westfalen	2.016	237	11,8	0	0,0	90	38,0	147	62,0	0	0,0	6	2,5	0	0,0	74	31,2
Rheinland-Pfalz	498	108	21,7	0	0,0	47	43,5	61	56,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	125	10	8,0	0	0,0	0	0,0	10	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	20,0
Sachsen	435	53	12,2	0	0,0	0	0,0	53	100,0	0	0,0	5	9,4	0	0,0	5	9,4
Sachsen-Anhalt	278	62	22,3	1	1,6	29	46,8	32	51,6	0	0,0	3	4,8	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	264	37	14,0	0	0,0	10	27,0	27	73,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Ambulant erworbene Pneumonie	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Thüringen	242	22	9,1	0	0,0	11	0,9	11	50,0	0	0,0	3	13,6	0	0,0	0	0,0
Gesamt	8.574	1.208	14,1	3	0,2	510	42,2	693	57,4	2	0,2	43	3,6	0	0,0	117	9,7

2.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Ambulant erworbene Pneumonie	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 2005: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	1.455	102	35	16	6	3	0	9	0	0	1	11	13	1	26	13	0	0	13	0	0	2	2	52

Ambulant erworbene Pneumonie	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 2009: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	1.427	195	80	44	40	4	1	45	17	4	8	25	11	2	46	14	0	1	15	1	0	5	6	83
ID 2013: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)	1.383	232	86	52	16	4	2	22	5	0	10	23	12	0	45	17	0	1	18	1	0	7	8	139
ID 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	1.404	308	140	84	99	5	2	106	38	15	4	17	28	1	50	20	0	0	20	1	0	5	6	126
ID 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	1.450	280	124	70	69	4	2	75	25	10	6	29	29	3	67	38	0	0	38	0	0	11	11	89

Ambulant erworbene Pneumonie	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99	
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99		Gesamt
Qualitätsindikator																								
ID 50778: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	1.455	91	32	14	5	2	1	8	0	0	20	33	4	0	57	2	0	1	3	0	1	1	2	21
Gesamt	-	1.208	497	280	235	22	8	265	85	29	49	138	97	7	291	104	0	3	107	3	1	31	35	510

2.4 Ergebnisse pro Bundesland

Ambulant erworbene Pneumonie	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig			Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation			Sonstiges			Hinweis H20 + H99
Bundesland		A41	A42	A99	U31	U32	U33	U99	D50	D51	D99	S90	S91	S99	
Baden-Württemberg	101	14	0	0	1	2	10	0	1	0	0	0	0	4	69
Bayern	211	49	8	0	10	5	11	0	16	0	0	0	0	4	108
Berlin	91	3	0	0	5	20	0	0	9	0	0	0	0	0	54

Ambulant erworbene Pneumonie Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig			Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation			Sonstiges			Hinweis
		A41	A42	A99	U31	U32	U33	U99	D50	D51	D99	S90	S91	S99	H20 + H99
Brandenburg	45	25	0	0	0	14	0	0	6	0	0	0	0	0	0
Bremen	9	3	0	0	0	4	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Hamburg	17	1	2	0	0	6	0	3	1	0	0	0	0	0	4
Hessen	52	8	0	0	2	0	8	0	2	0	0	0	0	1	31
Mecklenburg-Vorpommern	34	17	0	0	0	4	3	0	2	0	0	2	0	0	6
Niedersachsen	119	25	1	0	6	16	10	1	8	0	1	0	0	0	51
Nordrhein-Westfalen	237	38	0	2	4	27	21	0	46	0	1	0	0	8	90
Rheinland-Pfalz	108	22	3	0	7	15	8	0	6	0	0	0	0	0	47
Saarland	10	5	1	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	53	9	4	6	0	6	9	3	4	0	1	0	0	11	0
Sachsen-Anhalt	62	8	3	0	6	1	11	0	0	0	0	1	0	3	29
Schleswig-Holstein	37	0	0	0	8	15	4	0	0	0	0	0	0	0	10
Thüringen	22	8	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	11
Gesamt	1.208	235	22	8	49	138	97	7	104	0	3	3	1	31	510

3 Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation

3.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Herzschrittmacher-Implantation	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 101800: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt	1.001	83	8,3	0	0,0	23	27,7	60	72,3	0	0,0	2	2,4	0	0,0	16	19,3
ID 101801: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	1.004	178	17,7	3	1,7	90	50,6	85	47,8	0	0,0	1	0,6	0	0,0	5	2,8
ID 101803: Leitlinienkonforme Indikation	1.003	243	24,2	0	0,0	147	60,5	96	39,5	0	0,0	3	1,2	0	0,0	15	6,2
ID 2194: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	1.094	93	8,5	0	0,0	12	12,9	81	87,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	10,8
ID 2195: Verhältnis der beobachteten zu erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	1.094	46	4,2	0	0,0	13	28,3	33	71,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2
ID 51191: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	1.004	66	6,6	0	0,0	32	48,5	34	51,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	4,5
ID 52305: Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	1.002	48	4,8	0	0,0	33	68,8	15	31,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,1

Herzschrittmacher-Implantation	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 52311: Sondendislokation oder -dysfunktion	1.004	204	20,3	1	0,5	83	40,7	120	58,8	0	0,0	5	2,5	0	0,0	19	9,3
ID 54140: Leitlinienkonforme Systemwahl	999	30	3	1	3,3	12	40,0	17	56,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	10,0
ID 54143: Systeme 3. Wahl	999	28	2,8	1	3,6	17	60,7	10	35,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 52139: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechselln	1.013	49	4,8	0	0,0	22	44,9	27	55,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	8,2
Gesamt	11.217	1.068	9,5	6	0,6	484	45,3	578	54,1	0	0	11	1	0	0	77	7,2

3.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Herzschrittmacher-Implantation	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	1.093	99	9,1	0	0,0	46	46,5	53	53,5	0	0,0	1	1,0	0	0,0	3	3,0
Bayern	1.786	208	11,6	0	0,0	115	55,3	93	44,7	0	0,0	1	0,5	0	0,0	1	0,5
Berlin	332	28	8,4	0	0,0	22	78,6	6	21,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	387	35	9,0	0	0,0	25	71,4	10	28,6	0	0,0	1	2,9	0	0,0	0	0,0
Bremen	81	7	8,6	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	225	18	8,0	0	0,0	10	55,6	8	44,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Herzschrittmacher- Implantation	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
Bundesland		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hessen	759	69	9,1	0	0,0	39	56,5	30	43,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	284	27	9,5	0	0,0	8	29,6	19	70,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	1.029	113	11,0	1	0,9	41	36,3	71	62,8	0	0,0	4	3,5	0	0,0	6	5,3
Nordrhein-Westfalen	2.783	246	8,8	0	0,0	75	30,5	171	69,5	0	0,0	3	1,2	0	0,0	67	27,2
Rheinland-Pfalz	649	96	14,8	0	0,0	62	64,6	34	35,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	138	9	6,5	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	623	33	5,3	0	0,0	0	0,0	33	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	400	39	9,8	5	12,8	27	69,2	7	17,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	296	20	6,8	0	0,0	5	25,0	15	75,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	352	21	6,0	0	0,0	9	0,8	12	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	11.217	1.068	9,5	6	0,6	484	45,3	578	54,1	0	0,0	11	1,0	0	0,0	77	7,2

3.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Herzschrittmacher- Implantation	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 101800: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt	1.001	83	0	0	37	3	0	40	0	0	0	6	6	2	14	4	0	0	4	0	0	2	2	23
ID 101801: Nicht sondensbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	1.004	178	0	0	14	2	0	16	0	0	2	64	1	0	67	0	0	0	0	3	0	2	5	90
ID 101803: Leitlinienkonforme Indikation	1.003	243	0	0	16	6	3	25	0	0	3	13	26	2	44	25	0	0	25	0	0	2	2	147

Herzschrittmacher- Implantation	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99	
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99		Gesamt
Qualitätsindikator																								
ID 2194: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	1.094	93	17	7	20	0	0	20	3	0	0	35	2	5	42	3	0	0	3	0	0	16	16	12
ID 2195: Verhältnis der beobachteten zu erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	1.094	46	8	8	1	2	0	3	0	0	1	20	1	1	23	0	0	0	0	0	0	7	7	13
ID 51191: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	1.004	66	7	0	3	1	0	4	0	0	4	26	0	0	30	0	0	0	0	0	0	0	0	32

Herzschrittmacher- Implantation	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99	
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99		Gesamt
Qualitätsindikator																								
ID 52305: Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	1.002	48	12	6	3	2	0	5	1	0	1	6	0	0	7	3	0	0	3	0	0	0	0	33
ID 52311: Sondendislokation oder -dysfunktion	1.004	204	84	35	39	6	0	45	5	2	2	64	1	2	69	0	2	0	2	1	0	4	5	83
ID 54140: Leitlinienkonforme Systemwahl	999	30	10	3	3	0	1	4	0	0	1	7	3	0	11	1	0	0	1	1	0	1	2	12
Gesamt	-	1.068	162	62	150	25	4	179	9	2	19	254	41	13	327	36	2	0	38	6	0	34	40	484

3.4 Ergebnisse pro Bundesland

Herzschrittmacher-Implantation	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig			Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation			Sonstiges			Hinweis
		A41	A42	A99	U31	U32	U33	U99	D50	D51	D99	S90	S91	S99	
Baden-Württemberg	99	21	0	0	1	24	3	0	4	0	0	0	0	0	46
Bayern	208	17	10	0	2	47	3	0	7	0	0	0	0	7	115
Berlin	28	1	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	22
Brandenburg	35	3	0	0	2	3	0	0	2	0	0	0	0	0	25
Bremen	7	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0	2	0
Hamburg	18	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	10
Hessen	69	10	1	0	0	3	0	0	2	1	0	0	0	13	39
Mecklenburg-Vorpommern	27	2	1	3	2	9	2	0	0	0	0	0	0	0	8
Niedersachsen	113	18	0	0	0	45	6	2	0	0	0	1	0	0	41
Nordrhein-Westfalen	246	51	6	1	12	55	12	9	18	1	0	0	0	6	75
Rheinland-Pfalz	96	14	2	0	0	16	2	0	0	0	0	0	0	0	62
Saarland	9	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Sachsen	33	6	1	0	0	15	5	1	3	0	0	0	0	2	0
Sachsen-Anhalt	39	1	0	0	0	3	3	0	0	0	0	5	0	0	27
Schleswig-Holstein	20	1	0	0	0	9	4	1	0	0	0	0	0	0	5
Thüringen	21	0	4	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	9
Gesamt	1.068	150	25	4	19	254	41	13	36	2	0	6	0	34	484

4 Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

4.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 111801: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	907	24	2,6	1	4,2	17	70,8	6	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 52307: Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	938	115	12,3	0	0,0	68	59,1	47	40,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,7
Gesamt	1.845	139	7,5	1	0,7	85	61,2	53	38,1	0	0	0	0	0	0	2	1,4

4.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Herzschrittmacher- Aggregatwechsel	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	178	18	10,1	0	0,0	11	61,1	7	38,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bayern	304	21	6,9	0	0,0	4	19,0	17	81,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Herzschrittmacher- Aggregatwechsel	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bundesland		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Berlin	57	7	12,3	0	0,0	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	65	1	1,5	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	12	1	8,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	32	1	3,1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	121	9	7,4	0	0,0	7	77,8	2	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	48	4	8,3	0	0,0	1	25,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	173	18	10,4	0	0,0	17	94,4	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	455	29	6,4	0	0,0	25	86,2	4	13,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,9
Rheinland-Pfalz	105	15	14,3	0	0,0	8	53,3	7	46,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	24	2	8,3	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	101	5	5,0	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	68	5	7,4	1	20,0	3	60,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	46	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	56	3	5,4	0	0,0	2	1,4	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	1.845	139	7,5	1	0,7	85	61,2	53	38,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,4

4.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Herzschriftmacher-Aggregatwechsel	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99	
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99		Gesamt
Qualitätsindikator																								
ID 111801: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	907	24	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	0	6	0	0	0	0	1	0	0	1	17
ID 52307: Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	938	115	36	13	18	2	0	20	3	1	0	5	10	1	16	10	1	0	11	0	0	0	0	68
Gesamt	-	139	36	13	18	2	0	20	3	1	1	9	11	1	22	10	1	0	11	1	0	0	1	85

4.4 Ergebnisse pro Bundesland

Herzschrittmacher- Aggregatwechsel	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig			Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation			Sonstiges			Hinweis
		A41	A42	A99	U31	U32	U33	U99	D50	D51	D99	S90	S91	S99	H20 + H99
Baden-Württemberg	18	6	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	11
Bayern	21	2	1	0	1	4	5	0	3	1	0	0	0	0	4
Berlin	7	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6
Brandenburg	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Bremen	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Hamburg	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	9	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	7
Mecklenburg-Vorpommern	4	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Niedersachsen	18	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	17
Nordrhein-Westfalen	29	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	25
Rheinland-Pfalz	15	5	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	8
Saarland	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	5	1	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	3
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Gesamt	139	18	2	0	1	9	11	1	10	1	0	1	0	0	85

5 Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

5.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 121800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	872	60	6,9	0	0,0	38	63,3	22	36,7	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0
ID 52315: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	841	60	7,1	0	0,0	27	45,0	33	55,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	2	3,3
ID 51404: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	872	40	4,6	0	0,0	21	52,5	19	47,5	0	0,0	1	2,5	0	0,0	0	0,0
Gesamt	2.585	160	6,2	0	0	86	53,8	74	46,3	0	0	3	1,9	0	0	2	1,3

5.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Herzschriftmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bundesland																	
Baden-Württemberg	248	22	8,9	0	0,0	16	72,7	6	27,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bayern	429	21	4,9	0	0,0	7	33,3	14	66,7	0	0,0	1	4,8	0	0,0	1	4,8
Berlin	87	5	5,7	0	0,0	3	60,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	83	6	7,2	0	0,0	4	66,7	2	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	18	3	16,7	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	47	6	12,8	0	0,0	4	66,7	2	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	171	14	8,2	0	0,0	12	85,7	2	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	69	4	5,8	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	242	16	6,6	0	0,0	0	0,0	16	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	624	28	4,5	0	0,0	23	82,1	5	17,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,6
Rheinland-Pfalz	153	8	5,2	0	0,0	7	87,5	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	32	2	6,3	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	140	4	2,9	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	95	9	9,5	0	0,0	6	66,7	3	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	66	3	4,5	0	0,0	1	33,3	2	66,7	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0

Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
Bundesland		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Thüringen	81	9	11,1	0	0,0	3	1,9	6	66,7	0	0,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0
Gesamt	2.585	160	6,2	0	0,0	86	53,8	74	46,3	0	0,0	3	1,9	0	0,0	2	1,3

5.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 121800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	872	60	0	0	3	0	0	3	0	0	17	1	1	19	0	0	0	0	0	0	0	0	38	
ID 52315: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	841	60	6	1	5	0	0	5	0	0	24	4	0	28	0	0	0	0	0	0	0	0	27	

Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges			Hinweis H20 + H99	
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99		Gesamt
Qualitätsindikator																								
ID 51404: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	872	40	2	0	0	0	0	0	0	0	0	19	0	0	19	0	0	0	0	0	0	0	0	21
Gesamt	-	160	8	1	8	0	0	8	0	0	0	60	5	1	66	0	0	0	0	0	0	0	86	

5.4 Ergebnisse pro Bundesland

Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig			Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation			Sonstiges			Hinweis H20 + H99	
		A41	A42	A99	U31	U32	U33	U99	D50	D51	D99	S90	S91	S99		
Baden-Württemberg	22	1	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16
Bayern	21	1	0	0	0	10	3	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Berlin	5	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Brandenburg	6	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Bremen	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Herzschriftmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig			Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation			Sonstiges			Hinweis
		A41	A42	A99	U31	U32	U33	U99	D50	D51	D99	S90	S91	S99	H20 + H99
Hamburg	6	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Hessen	14	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	12
Mecklenburg-Vorpommern	4	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	16	1	0	0	0	14	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	28	1	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	23
Rheinland-Pfalz	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Saarland	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	4	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	9	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Schleswig-Holstein	3	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Thüringen	9	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Gesamt	160	8	0	0	0	60	5	1	0	0	0	0	0	0	86

6 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

6.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 131801: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt	730	78	10,7	0	0,0	31	39,7	47	60,3	0	0,0	2	2,6	0	0,0	11	14,1
ID 131802: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	733	100	13,6	2	2,0	56	56,0	42	42,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	3,0
ID 50055: Leitlinienkonforme Indikation	733	186	25,4	0	0,0	95	51,1	91	48,9	0	0,0	3	1,6	0	0,0	9	4,8
ID 52131: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechselln	763	24	3,1	1	4,2	17	70,8	6	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,3
ID 52325: Sondendislokation oder -dysfunktion	731	70	9,6	3	4,3	41	58,6	26	37,1	0	0,0	1	1,4	0	0,0	1	1,4
ID 50005: Leitlinienkonforme Systemwahl	732	42	5,7	0	0,0	27	64,3	15	35,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 51186: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	733	31	4,2	0	0,0	23	74,2	8	25,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 52316: Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	735	27	3,7	0	0,0	19	70,4	8	29,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	5.890	558	9,5	6	1,1	309	55,4	243	43,5	0	0	6	1,1	0	0	26	4,7

6.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bundesland		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	625	53	8,5	0	0,0	33	62,3	20	37,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bayern	1.017	104	10,2	0	0,0	69	66,3	35	33,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	185	15	8,1	0	0,0	11	73,3	4	26,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	185	14	7,6	0	0,0	9	64,3	5	35,7	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0
Bremen	32	3	9,4	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	120	6	5,0	0	0,0	5	83,3	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	427	35	8,2	1	2,9	29	82,9	5	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	177	14	7,9	0	0,0	3	21,4	11	78,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	541	58	10,7	0	0,0	33	56,9	25	43,1	0	0,0	2	3,4	0	0,0	2	3,4
Nordrhein-Westfalen	1.271	125	9,8	0	0,0	62	49,6	63	50,4	0	0,0	2	1,6	0	0,0	24	19,2
Rheinland-Pfalz	303	44	14,5	0	0,0	31	70,5	13	29,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	64	8	12,5	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	339	32	9,4	0	0,0	0	0,0	32	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	219	17	7,8	5	29,4	11	64,7	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	184	17	9,2	0	0,0	4	23,5	13	76,5	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0

Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bundesland																	
Thüringen	201	13	6,5	0	0,0	9	1,6	4	30,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	5.890	558	9,5	6	1,1	309	55,4	243	43,5	0	0,0	6	1,1	0	0,0	26	4,7

6.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99	
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99		Gesamt
ID 131801: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt	730	78	0	0	25	1	0	26	0	0	1	11	5	1	18	2	0	0	2	0	0	1	1	31
ID 131802: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	733	100	0	0	3	0	0	3	0	0	0	35	4	0	39	0	0	0	0	2	0	0	2	56

Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 50055: Leitlinienkonforme Indikation	733	186	77	0	15	2	0	17	1	0	1	26	32	1	60	13	0	0	13	0	0	1	1	95
ID 52131: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	763	24	4	0	4	0	0	4	1	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	1	17
ID 52325: Sondendislokation oder -dysfunktion	731	70	9	3	3	1	0	4	0	0	0	20	1	1	22	0	0	0	0	3	0	0	3	41
ID 50005: Leitlinienkonforme Systemwahl	732	42	6	3	3	0	0	3	1	0	0	9	2	1	12	0	0	0	0	0	0	0	0	27
ID 51186: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	733	31	1	0	1	0	0	1	0	0	0	7	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	23
ID 52316: Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	735	27	2	0	0	1	0	1	0	0	0	3	1	1	5	2	0	0	2	0	0	0	0	19
Gesamt	-	558	99	6	54	5	0	59	3	0	2	113	45	5	165	17	0	0	17	6	0	2	8	309

6.4 Ergebnisse pro Bundesland

Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig			Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation			Sonstiges			Hinweis
		A41	A42	A99	U31	U32	U33	U99	D50	D51	D99	S90	S91	S99	H20 + H99
Baden-Württemberg	53	5	0	0	0	9	3	0	3	0	0	0	0	0	33
Bayern	104	1	1	0	0	22	10	0	1	0	0	0	0	0	69
Berlin	15	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	11
Brandenburg	14	2	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	9
Bremen	3	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	6	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Hessen	35	3	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	29
Mecklenburg-Vorpommern	14	2	1	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0	0	3
Niedersachsen	58	5	0	0	0	19	1	0	0	0	0	0	0	0	33
Nordrhein-Westfalen	125	19	2	0	1	22	8	2	8	0	0	0	0	1	62
Rheinland-Pfalz	44	5	0	0	0	5	2	0	1	0	0	0	0	0	31
Saarland	8	3	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	32	7	1	0	0	13	6	3	1	0	0	0	0	1	0
Sachsen-Anhalt	17	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	5	0	0	11
Schleswig-Holstein	17	1	0	0	0	6	6	0	0	0	0	0	0	0	4
Thüringen	13	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	9
Gesamt	558	54	5	0	2	113	45	5	17	0	0	6	0	2	309

7 Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel

7.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																	
ID 141800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	686	7	1	0	0,0	5	71,4	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 52321: Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	723	47	6,5	0	0,0	29	61,7	18	38,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	1.409	54	3,8	0	0	34	63	20	37	0	0	0	0	0	0	0	0

7.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bundesland																	
Baden-Württemberg	140	6	4,3	0	0,0	5	83,3	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bayern	246	8	3,3	0	0,0	2	25,0	6	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit				Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bundesland		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Berlin	44	4	9,1	0	0,0	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	48	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	27	1	3,7	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	105	2	1,9	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	45	3	6,7	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	137	10	7,3	0	0,0	10	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	297	10	3,4	0	0,0	10	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rheinland-Pfalz	64	3	4,7	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	12	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	86	5	5,8	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	58	2	3,4	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	42	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	50	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	1.409	54	3,8	0	0,0	34	63,0	20	37,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

7.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 141800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	686	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	5
ID 52321: Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	723	47	10	4	4	0	0	4	0	0	1	8	3	1	13	1	0	0	1	0	0	0	0	29
Gesamt	-	54	10	4	4	0	0	4	0	0	1	10	3	1	15	1	0	0	1	0	0	0	0	34

7.4 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig			Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation			Sonstiges			Hinweis H20 + H99
		A41	A42	A99	U31	U32	U33	U99	D50	D51	D99	S90	S91	S99	
Baden-Württemberg	6	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Bayern	8	2	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Berlin	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Brandenburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bremen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Mecklenburg-Vorpommern	3	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
Nordrhein-Westfalen	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
Rheinland-Pfalz	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	5	1	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	54	4	0	0	1	10	3	1	1	0	0	0	0	0	34

8 Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

8.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 151800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	608	66	10,9	1	1,5	39	59,1	26	39,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5
ID 51196: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	608	28	4,6	0	0,0	12	42,9	16	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,6
ID 52001: Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	766	90	11,7	1	1,1	46	51,1	43	47,8	0	0,0	1	1,1	0	0,0	4	4,4
ID 52002: Infektion als Indikation zum Folgeeingriff	766	26	3,4	2	7,7	16	61,5	8	30,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 52324: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	573	18	3,1	0	0,0	8	44,4	10	55,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 52328: Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff	766	39	5,1	1	2,6	21	53,8	17	43,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	4.087	267	6,5	5	1,9	142	53,2	120	44,9	0	0	1	0,4	0	0	6	2,2

8.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/ Explantation	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	426	26	6,1	0	0,0	17	65,4	9	34,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bayern	715	33	4,6	0	0,0	25	75,8	8	24,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	136	7	5,1	0	0,0	5	71,4	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	141	6	4,3	0	0,0	5	83,3	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	20	2	10,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	87	10	11,5	0	0,0	5	50,0	5	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	291	22	7,6	0	0,0	21	95,5	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	125	6	4,8	0	0,0	1	16,7	5	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	386	34	8,8	0	0,0	0	0,0	34	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9
Nordrhein-Westfalen	871	57	6,5	0	0,0	30	52,6	27	47,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	8,8
Rheinland-Pfalz	195	18	9,2	0	0,0	16	88,9	2	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	41	2	4,9	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	225	9	4,0	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	152	15	9,9	5	33,3	9	60,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	128	12	9,4	0	0,0	4	33,3	8	66,7	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0

Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bundesland		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Thüringen	148	8	5,4	0	0,0	4	1,5	4	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	4.087	267	6,5	5	1,9	142	53,2	120	44,9	0	0,0	1	0,4	0	0,0	6	2,2

8.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
ID 151800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	608	66	0	0	2	1	0	3	0	0	1	21	1	0	23	0	0	0	0	1	0	0	1	39
ID 51196: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	608	28	2	1	1	0	0	1	0	0	1	14	0	0	15	0	0	0	0	0	0	0	0	12

Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 52001: Prozedurassoziertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	766	90	21	5	6	4	0	10	1	1	4	28	0	0	32	0	0	0	0	1	0	1	2	46
ID 52002: Infektion als Indikation zum Folgeeingriff	766	26	3	1	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	8	0	0	0	0	2	0	0	2	16
ID 52324: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	573	18	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	2	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	8
ID 52328: Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff	766	39	5	2	0	1	1	2	0	0	1	13	1	0	15	0	0	0	0	1	0	0	1	21
Gesamt	-	267	32	9	9	6	1	16	1	1	7	92	4	0	103	0	0	0	0	5	0	1	6	142

8.4 Ergebnisse pro Bundesland

Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig			Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation			Sonstiges			Hinweis
		A41	A42	A99	U31	U32	U33	U99	D50	D51	D99	S90	S91	S99	H20 + H99
Baden-Württemberg	26	1	1	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	17
Bayern	33	0	0	0	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	25
Berlin	7	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Brandenburg	6	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Bremen	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	10	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Hessen	22	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21
Mecklenburg-Vorpommern	6	0	1	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Niedersachsen	34	3	1	0	4	24	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	57	4	1	0	0	21	0	0	0	0	0	0	0	1	30
Rheinland-Pfalz	18	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	16
Saarland	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	9	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	15	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5	0	0	9
Schleswig-Holstein	12	1	0	0	0	5	2	0	0	0	0	0	0	0	4
Thüringen	8	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Gesamt	267	9	6	1	7	92	4	0	0	0	0	5	0	1	142

9 Koronarchirurgie, isoliert

9.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Koronarchirurgie, isoliert	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 332: Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	81	2	2,5	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 2259: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	81	4	4,9	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 11617: Verhältnis der beobachteten zur erwar- teten Rate (O/E) an Todesfällen	81	7	8,6	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	1	14,3
Gesamt	243	13	5,3	0	0	0	0	13	100	0	0	0	0	1	7,7	1	7,7

9.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Koronarchirurgie, isoliert	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis	
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	H20 + H99
Qualitätsindikator																								
ID 332: Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	81	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
ID 2259: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	81	4	1	0	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
ID 11617: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	81	7	2	1	4	2	0	6	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Gesamt	-	13	3	1	6	3	0	9	1	1	0	1	0	0	1	0	0	3	3	0	0	0	0	0

10 Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

10.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 2282: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	81	3	3,7	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 52006: Intraprozedurale Komplikationen	81	3	3,7	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12092: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	81	8	9,9	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	1	12,5
Gesamt	243	14	5,8	0	0	0	0	14	100	0	0	0	0	1	7,1	1	7,1

10.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 2282: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	81	3	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 52006: Intraprozedurale Komplikationen	81	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 12092: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	81	8	4	1	2	1	0	3	0	0	0	2	2	0	4	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Gesamt	-	14	4	1	2	2	0	4	0	0	0	6	3	0	9	0	0	1	1	0	0	0	0	0

11 Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

11.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																	
ID 12001: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	84	4	4,8	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 51916: Intraprozedurale Komplikationen	85	4	4,7	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 52007: Gefäßkomplikationen	85	4	4,7	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12168: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	85	5	5,9	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	339	17	5	0	0	0	0	17	100	0	0	0	0	0	0	0	0

11.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis	
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99		Gesamt
Qualitätsindikator																								
ID 12001: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	84	4	1	0	1	0	0	1	0	0	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 51916: Intraprozedurale Komplikationen	85	4	1	0	2	0	0	2	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
ID 52007: Gefäßkomplikationen	85	4	1	0	1	1	0	2	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 12168: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	85	5	0	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0
Gesamt	-	17	3	0	7	1	0	8	0	0	5	1	0	6	2	0	1	3	0	0	0	0	0	0

12 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

12.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 2286: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	80	4	5	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12193: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	80	9	11,3	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	1	11,1
Gesamt	160	13	8,1	0	0	0	0	13	100	0	0	0	0	1	7,7	1	7,7

12.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis	
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99		Gesamt
Qualitätsindikator																								
ID 2286: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	80	4	2	1	1	0	0	1	0	0	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 12193: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	80	9	1	0	3	3	0	6	0	0	0	1	1	0	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Gesamt	-	13	3	1	4	3	0	7	0	0	0	4	1	0	5	0	0	1	1	0	0	0	0	0

13 Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme

13.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Herztransplantation	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 2157: Sterblichkeit im Krankenhaus	21	7	33,3	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12253: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	20	6	30	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 51629: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	20	8	40	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12269: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	23	6	26,1	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 51631: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	23	8	34,8	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12289: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	22	9	40,9	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 51633: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	22	9	40,9	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	151	53	35,1	0	0	0	0	53	100	0	0	0	0	0	0	0	0

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 52385: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD	61	5	8,2	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 52388: Sepsis bei Implantation eines LVAD	61	12	19,7	0	0,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0	2	16,7	0	0,0	0	0,0
ID 52391: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD	61	2	3,3	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 251800: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen nach Implantation eines Herzunterstützungssystems	60	17	28,3	0	0,0	0	0,0	17	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 251801: Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens	52	10	19,2	0	0,0	0	0,0	10	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	295	46	15,6	0	0	0	0	46	100	0	0	2	4,3	0	0	0	0

13.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Herztransplantation	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 2157: Sterblichkeit im Krankenhaus	21	7	1	1	1	2	0	3	0	0	0	4	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 12253: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	20	6	2	2	1	3	0	4	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0
ID 51629: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	20	8	2	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	5	5	0
ID 12269: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	23	6	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	4	4	0
ID 51631: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	23	8	4	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	6	6	0
ID 12289: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	22	9	4	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	8	8	0

Herztransplantation	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 51633: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	22	9	4	2	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	7	0
Gesamt	-	53	20	12	2	9	0	11	1	1	0	7	0	3	10	0	0	1	1	0	0	31	31	0

Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 52385: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD	61	5	0	0	1	2	0	3	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 52388: Sepsis bei Implantation eines LVAD	61	12	2	0	1	0	1	2	0	0	0	6	0	1	7	1	0	0	1	0	2	0	2	0
ID 52391: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD	61	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 251800: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen nach Implantation eines Herzunterstützungssystems	60	17	0	0	5	4	0	9	0	0	0	2	0	4	6	0	0	2	2	0	0	0	0	0
ID 251801: Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/ Kunstherzens	52	10	0	0	2	1	1	4	0	0	0	1	0	0	1	0	0	5	5	0	0	0	0	0
Gesamt	-	46	2	0	9	7	2	18	0	0	0	13	0	5	18	1	0	7	8	0	2	0	2	0

14 Lungen- und Herz-Lungentransplantation

14.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Lungen- und Herz-Lungentransplantation	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 2155: Sterblichkeit im Krankenhaus	14	3	21,4	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0
ID 12397: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	14	5	35,7	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0
ID 51636: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	14	5	35,7	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12413: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	17	7	41,2	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 51639: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	17	7	41,2	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12433: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	16	7	43,8	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 51641: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	16	7	43,8	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	108	41	38	0	0	0	0	41	100	0	0	2	4,9	0	0	0	0

14.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Lungen- und Herz-Lungentransplantation	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 2155: Sterblichkeit im Krankenhaus	14	3	2	0	2	1	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 12397: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	14	5	2	2	1	1	1	3	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0
ID 51636: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	14	5	2	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0
ID 12413: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	17	7	4	1	1	1	0	2	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	3	3	0
ID 51639: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	17	7	4	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0
ID 12433: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	16	7	2	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	4	4	0

Lungen- und Herz-Lungentransplantation	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 51641: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	16	7	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	6	6	0
Gesamt	-	41	18	10	4	5	2	11	2	0	0	0	0	7	7	0	0	0	0	0	0	23	23	0

15 Lebertransplantation

15.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Lebertransplantation	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 2097: Tod durch operative Komplikationen	21	2	9,5	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 2096: Sterblichkeit im Krankenhaus	21	3	14,3	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12349: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	22	2	9,1	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0
ID 51596: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	22	4	18,2	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12365: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	21	2	9,5	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 51599: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	21	2	9,5	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12385: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	23	4	17,4	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 51602: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	24	5	20,8	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 2133: Postoperative Verweildauer	21	8	38,1	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0
Gesamt	196	32	16,3	0	0	0	0	32	100	0	0	2	6,3	0	0	0	0

15.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Lebertransplantation	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 2097: Tod durch operative Komplikationen	21	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0
ID 2096: Sterblichkeit im Krankenhaus	21	3	1	0	0	1	1	2	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 12349: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	22	2	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
ID 51596: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	22	4	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2	0
ID 12365: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	21	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0
ID 51599: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	21	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0
ID 12385: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	23	4	1	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0

Lebertransplantation	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 51602: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	24	5	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3	3	0
ID 2133: Postoperative Verweildauer	21	8	3	2	1	3	1	5	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	0
Gesamt	-	32	9	2	3	7	2	12	3	0	0	2	0	2	4	0	0	2	2	0	4	10	14	0

16 Leberlebenspende

16.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Leberlebenspende	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 2128: Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen	9	3	33,3	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 2125: Sterblichkeit im Krankenhaus	9	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12296: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende	10	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 51603: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende	10	2	20	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12308: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende	10	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 51604: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende	10	2	20	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12324: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebenspende	10	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 51605: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebenspende	11	4	36,4	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Leberlebenspende	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 2127: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich	9	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12549: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende erforderlich	10	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12561: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende erforderlich	10	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12577: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebenspende erforderlich	10	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12609: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebenspende)	10	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12613: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebenspende)	8	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12617: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebenspende)	9	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	145	11	7,6	0	0	0	0	11	100	0	0	0	0	0	0	0	0

16.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Leberlebenspende	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis	
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99		Gesamt
Qualitätsindikator																								
ID 2128: Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen	9	3	1	1	0	0	1	1	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 2125: Sterblichkeit im Krankenhaus	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 12296: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 51603: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende	10	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0
ID 12308: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Leberlebenspende	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99	
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99		Gesamt
Qualitätsindikator																								
ID 51604: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende	10	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0
ID 12324: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebenspende	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 51605: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebenspende	11	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	2	3	0
ID 2127: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 12549: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende erforderlich	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Leberlebenspende	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99	
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99		Gesamt
Qualitätsindikator																								
ID 12561: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende erforderlich	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 12577: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebenspende erforderlich	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 12609: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebenspende)	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 12613: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebenspende)	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 12617: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebenspende)	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	-	11	4	3	0	0	1	1	0	0	0	2	1	2	5	0	0	0	0	0	3	2	5	0

17 Nierentransplantation

17.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Nierentransplantation	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 51557: Intra- oder postoperative Komplikationen	38	3	7,9	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0
ID 2171: Sterblichkeit im Krankenhaus	38	2	5,3	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0
ID 2144: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	38	1	2,6	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
ID 51560: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	38	10	26,3	0	0,0	0	0,0	10	100,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0
ID 12199: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	38	3	7,9	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0
ID 51561: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	38	8	21,1	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	3	37,5	0	0,0	0	0,0
ID 12237: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	38	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 51562: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	38	4	10,5	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0
ID 2184: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung	38	4	10,5	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0

Nierentransplantation	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 2185: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	38	6	15,8	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0
ID 2188: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach postmortalen Organspende	38	1	2,6	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 2189: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach Lebendorganspende	38	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12809: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)	38	8	21,1	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0
Gesamt	494	50	10,1	0	0	0	0	50	100,0	0	0	15	30,0	0	0	0	0

17.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Nierentransplantation	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 51557: Intra- oder postoperative Komplikationen	38	3	0	0	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 2171: Sterblichkeit im Krankenhaus	38	2	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 2144: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	38	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
ID 51560: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	38	10	2	1	2	2	0	4	1	0	0	0	1	0	1	1	0	3	4	0	0	1	1	0
ID 12199: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	38	3	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0
ID 51561: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	38	8	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2	0	2	2	4	0	
ID 12237: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Nierentransplantation	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 51562: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	38	4	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0
ID 2184: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung	38	4	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0
ID 2185: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	38	6	3	0	1	0	1	2	1	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	2	0	2	0
ID 2188: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach postmortalen Organspende	38	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 2189: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach Lebendorganspende	38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 12809: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)	38	8	1	0	1	2	2	5	1	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	-	50	9	2	9	7	4	20	4	0	0	3	1	7	11	1	0	6	7	0	8	4	12	0

18 Nierenlebenspende

18.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Nierenlebenspende	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																	
ID 51567: Intra- oder postoperative Komplikationen	38	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 2137: Sterblichkeit im Krankenhaus	38	1	2,6	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
ID 12440: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	38	2	5,3	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 51568: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	38	16	42,1	0	0,0	0	0,0	16	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12452: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende	38	1	2,6	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 51569: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende	38	8	21,1	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12468: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende	37	1	2,7	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 51570: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende	38	12	31,6	0	0,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0

Nierenlebenspende	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	38	1	2,6	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
ID 12636: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebenspende)	38	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12640: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebenspende)	37	1	2,7	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12644: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebenspende)	37	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 51997: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	38	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 51998: Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende	37	5	13,5	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 51999: Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende	37	1	2,7	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	565	49	8,7	0	0,0	0	0,0	49	100	0	0	3	6,1	0	0,0	0	0,0

18.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Nierenlebenspende	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 51567: Intra- oder postoperative Komplikationen	38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 2137: Sterblichkeit im Krankenhaus	38	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
ID 12440: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	38	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 51568: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	38	16	5	0	1	2	1	4	1	0	0	3	4	1	8	1	0	0	1	0	0	3	3	0
ID 12452: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende	38	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Nierenlebenspende	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 51569: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende	38	8	4	2	0	3	1	4	1	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	2	0
ID 12468: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende	37	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 51570: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende	38	12	3	2	0	2	2	4	1	0	0	3	0	2	5	0	0	0	0	0	1	2	3	0
ID 2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	38	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
ID 12636: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebenspende)	38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Nierenlebenspende	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 12640: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebenspende)	37	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 12644: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebenspende)	37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 51997: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 51998: Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende	37	5	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	1	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0
ID 51999: Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende	37	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	-	59	12	4	1	9	4	14	3	0	0	13	5	5	23	1	0	1	2	0	3	7	10	0

19 Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

19.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 2143: Sterblichkeit im Krankenhaus	24	7	29,2	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12493: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	25	5	20	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 51524: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	26	8	30,8	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12509: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	25	5	20	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 51544: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	26	6	23,1	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 12529: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	25	5	20	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 51545: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	25	5	20	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 2145: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	24	4	16,7	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 2146: Entfernung des Pankreastransplantats	24	4	16,7	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	224	49	21,9	0	0	0	0	49	100	0	0	0	0	0	0	0	0

19.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 2143: Sterblichkeit im Krankenhaus	24	7	2	1	1	1	1	3	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	2	2	0
ID 12493: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	25	5	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0	
ID 51524: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	26	8	5	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	2	2	0	0	4	4	0	
ID 12509: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	25	5	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	4	4	0	
ID 51544: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	26	6	4	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	4	4	0	
ID 12529: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	25	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 51545: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	25	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	4	4	0
ID 2145: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	24	4	3	1	1	1	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
ID 2146: Entfernung des Pankreastransplantats	24	4	1	0	2	0	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Gesamt	-	49	26	6	4	3	2	9	0	0	0	1	2	5	8	0	0	3	3	0	0	29	29	0

20 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

20.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	828	69	8,3	0	0,0	20	29,0	49	71,0	0	0,0	2	2,9	0	0,0	6	8,7
ID 12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	895	34	3,8	0	0,0	12	35,3	22	64,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	14,7
ID 51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	1.048	30	2,9	1	3,3	6	20,0	23	76,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3
ID 52283: Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	1.070	155	14,5	3	1,9	62	40,0	90	58,1	0	0,0	3	1,9	0	0,0	12	7,7
ID 60685: Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	964	317	32,9	0	0,0	66	20,8	251	79,2	0	0,0	2	0,6	0	0,0	24	7,6
ID 60686: Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	865	70	8,1	0	0,0	46	65,7	24	34,3	0	0,0	2	2,9	0	0,0	5	7,1

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 612: Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	958	111	11,6	0	0,0	70	63,1	41	36,9	0	0,0	2	1,8	0	0,0	2	1,8
Gesamt	6.628	786	11,9	4	0,5	282	35,9	500	63,6	0	0	11	1,4	0	0	55	7

20.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	706	75	10,6	0	0,0	25	33,3	50	66,7	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0
Bayern	1.088	145	13,3	0	0,0	127	87,6	18	12,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7
Berlin	205	29	14,1	0	0,0	11	37,9	18	62,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4
Brandenburg	210	23	11,0	0	0,0	0	0,0	23	100,0	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0
Bremen	48	6	12,5	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	143	19	13,3	0	0,0	9	47,4	10	52,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	477	58	12,2	0	0,0	28	48,3	30	51,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	142	25	17,6	0	0,0	2	8,0	23	92,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	642	67	10,4	2	3,0	0	0,0	65	97,0	0	0,0	9	13,4	0	0,0	29	43,3

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
Bundesland		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nordrhein-Westfalen	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	1.514	165	10,9	0	0,0	42	25,5	123	74,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	14,5
Rheinland-Pfalz	394	40	10,2	0	0,0	17	42,5	23	57,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	86	18	20,9	0	0,0	0	0,0	18	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	354	39	11,0	0	0,0	0	0,0	39	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	214	30	14,0	2	6,7	8	26,7	20	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	204	22	10,8	0	0,0	5	22,7	17	77,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	201	25	12,4	0	0,0	8	1,0	17	68,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	6.628	786	11,9	4	0,5	282	35,9	500	63,6	0	0,0	11	1,4	0	0,0	55	7,0

20.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	828	69	10	5	8	2	1	11	0	0	6	18	8	0	32	4	0	0	4	0	0	2	2	20
ID 12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebentfernung	895	34	6	2	2	0	0	2	0	0	0	3	11	1	15	3	0	0	3	0	0	2	2	12
ID 51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	1.048	30	2	0	3	0	0	3	0	0	0	14	4	1	19	1	0	0	1	1	0	0	1	6
ID 52283: Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	1.070	155	57	28	3	2	1	6	0	0	13	51	5	1	70	12	0	1	13	3	0	1	4	62

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 60685: Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	964	317	170	0	17	5	0	22	0	0	23	132	40	3	198	27	0	0	27	0	1	3	4	66
ID 60686: Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	865	70	8	0	3	1	0	4	0	0	1	11	2	1	15	4	0	0	4	0	0	1	1	46
ID 612: Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	958	111	30	14	2	0	1	3	0	0	2	32	1	2	37	1	0	0	1	0	0	0	0	70
Gesamt	-	786	283	49	38	10	3	51	0	0	45	261	71	9	386	52	0	1	53	4	1	9	14	282

20.4 Ergebnisse pro Bundesland

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig			Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation			Sonstiges			Hinweis H20 + H99
		A41	A42	A99	U31	U32	U33	U99	D50	D51	D99	S90	S91	S99	
Baden-Württemberg	75	18	0	0	0	19	12	1	0	0	0	0	0	0	25
Bayern	145	1	0	0	7	6	1	0	2	0	0	0	0	1	127
Berlin	29	1	2	0	1	10	0	0	3	0	0	0	1	0	11
Brandenburg	23	2	0	0	0	20	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Bremen	6	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Hamburg	19	0	0	0	0	6	0	2	2	0	0	0	0	0	9
Hessen	58	5	0	0	0	18	6	0	0	0	0	0	0	1	28
Mecklenburg-Vorpommern	25	3	5	1	0	10	2	2	0	0	0	0	0	0	2
Niedersachsen	67	1	0	0	0	36	1	0	27	0	0	2	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	165	5	2	1	36	30	24	3	17	0	0	0	0	5	42
Rheinland-Pfalz	40	0	0	0	0	17	6	0	0	0	0	0	0	0	17
Saarland	18	1	0	0	0	13	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	39	1	0	1	0	28	6	1	0	0	1	0	0	1	0
Sachsen-Anhalt	30	0	0	0	0	16	4	0	0	0	0	2	0	0	8
Schleswig-Holstein	22	0	0	0	1	11	5	0	0	0	0	0	0	0	5
Thüringen	25	0	1	0	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Gesamt	786	38	10	3	45	261	71	9	52	0	1	4	1	9	282

20.5 Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

QS-Verfahren mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Gynäkologische Operationen	statistisch auffällige Ergebnisse	unzureichende Qualität		zureichende Qualität	
		N	n	%	n
Qualitätsindikatoren					
ID 10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	0	0	-	0	-
ID 12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	7	5	71,4	2	28,6
ID 51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	1	0	0,0	1	100,0
Gesamt	8	5	62,5	3	37,5

21 Mammachirurgie

21.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Mammachirurgie	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	481	132	27,4	0	0,0	57	43,2	75	56,8	0	0,0	3	2,3	0	0,0	8	6,1
ID 51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	679	73	10,8	0	0,0	28	38,4	45	61,6	0	0,0	3	4,1	0	0,0	6	8,2
ID 51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	724	94	13	3	3,2	40	42,6	51	54,3	0	0,0	3	3,2	0	0,0	7	7,4
ID 51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	644	80	12,4	0	0,0	22	27,5	58	72,5	0	0,0	2	2,5	0	0,0	6	7,5
ID 52267: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: niedrige HER2-Positivitätsrate	616	76	12,3	0	0,0	16	21,1	60	78,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3
ID 52278: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: hohe HER2-Positivitätsrate	616	62	10,1	0	0,0	11	17,7	51	82,3	0	0,0	1	1,6	0	0,0	2	3,2
ID 52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	554	40	7,2	0	0,0	15	37,5	25	62,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	17,5
ID 2163: Primäre Axilladisektion bei DCIS	500	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Mammachirurgie	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	534	12	2,2	0	0,0	8	66,7	4	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3
Gesamt	5.348	569	10,6	3	0,5	197	34,6	369	64,9	0	0	12	2,1	0	0	38	6,7

21.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Mammachirurgie	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	604	52	8,6	0	0,0	23	44,2	29	55,8	0	0,0	1	1,9	0	0,0	0	0,0
Bayern	823	101	12,3	0	0,0	53	52,5	48	47,5	0	0,0	3	3,0	0	0,0	3	3,0
Berlin	126	12	9,5	0	0,0	8	66,7	4	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	149	16	10,7	0	0,0	0	0,0	16	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	54	2	3,7	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	98	7	7,1	0	0,0	5	71,4	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	384	36	9,4	0	0,0	28	77,8	8	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	112	14	12,5	0	0,0	0	0,0	14	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Mammachirurgie	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
Bundesland		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Niedersachsen	527	70	13,3	0	0,0	0	0,0	70	100,0	0	0,0	4	5,7	0	0,0	6	8,6
Nordrhein-Westfalen	1.207	132	10,9	0	0,0	49	37,1	83	62,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	18,9
Rheinland-Pfalz	294	26	8,8	0	0,0	4	15,4	22	84,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	65	9	13,8	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	342	33	9,6	0	0,0	0	0,0	33	100,0	0	0,0	4	12,1	0	0,0	4	12,1
Sachsen-Anhalt	185	20	10,8	3	15,0	6	30,0	11	55,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	199	21	10,6	0	0,0	12	57,1	9	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	179	18	10,1	0	0,0	9	1,6	9	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	5.348	569	10,6	3	0,5	197	34,6	369	64,9	0	0,0	12	2,1	0	0,0	38	6,7

21.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Mammachirurgie	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges			Hinweis H20 + H99	
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99		Gesamt
Qualitätsindikator																								
ID 50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	481	132	36	14	15	2	1	18	2	0	9	24	13	2	48	7	0	0	7	0	0	2	2	57
ID 51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	679	73	25	13	14	3	1	18	0	0	6	14	2	1	23	2	0	0	2	0	0	2	2	28
ID 51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	724	94	31	10	11	1	0	12	3	2	4	25	6	1	36	2	0	0	2	3	0	1	4	40
ID 51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	644	80	26	16	14	4	0	18	2	2	5	20	7	3	35	2	0	0	2	0	0	3	3	22
ID 52267: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: niedrige HER2-Positivitätsrate	616	76	10	0	2	1	0	3	0	0	10	33	8	2	53	1	0	0	1	0	0	3	3	16

Mammachirurgie	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 52278: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: hohe HER2-Positivitätsrate	616	62	11	0	3	0	0	3	1	0	8	27	6	5	46	2	0	0	2	0	0	0	0	11
ID 52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	554	40	5	4	7	0	0	7	0	0	0	3	7	2	12	5	0	0	5	0	0	1	1	15
ID 2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS	500	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ID 52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	534	12	4	2	2	0	0	2	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Gesamt	-	569	148	59	68	11	2	81	8	4	42	146	51	16	255	21	0	0	21	3	0	12	15	197

21.4 Ergebnisse pro Bundesland

Mammachirurgie	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig			Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation			Sonstiges			Hinweis
		A41	A42	A99	U31	U32	U33	U99	D50	D51	D99	S90	S91	S99	H20 + H99
Baden-Württemberg	52	17	0	0	0	2	8	1	1	0	0	0	0	0	23
Bayern	101	4	3	0	23	14	3	0	0	0	0	0	0	1	53
Berlin	12	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	8
Brandenburg	16	4	0	0	0	11	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Bremen	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	7	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	5
Hessen	36	2	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	28
Mecklenburg-Vorpommern	14	3	2	0	0	6	1	2	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	70	12	4	0	8	36	10	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	132	16	0	0	9	21	13	6	11	0	0	0	0	7	49
Rheinland-Pfalz	26	0	0	0	0	16	5	0	0	0	0	0	0	1	4
Saarland	9	5	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	33	4	1	2	0	9	6	2	7	0	0	0	0	2	0
Sachsen-Anhalt	20	0	0	0	0	9	1	0	0	0	0	3	0	1	6
Schleswig-Holstein	21	0	0	0	1	5	3	0	0	0	0	0	0	0	12
Thüringen	18	1	1	0	0	3	0	4	0	0	0	0	0	0	9
Gesamt	569	68	11	2	42	146	51	16	21	0	0	3	0	12	197

21.5 Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

QS-Verfahren mitplanungsrelevanten Qualitätsindikatoren Mammachirurgie	statistisch auffällige Ergebnisse	unzureichende Qualität		zureichende Qualität	
		N	n	%	n
ID 2163: Primäre Axilladisektion bei DCIS	4	1	25,0	3	75,0
ID 52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	21	21	100,0	0	0,0
ID 52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	4	4	100,0	0	0,0
Gesamt	29	26	89,7	3	10,3

22 Geburtshilfe

22.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Geburtshilfe	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 181800: Qualitätsindex zu Dammrissen Grad IV bei Einlingsgeburten	690	31	4,5	0	0,0	7	22,6	24	77,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	19,4
ID 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	499	38	7,6	0	0,0	9	23,7	29	76,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,3
ID 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	692	27	3,9	0	0,0	5	18,5	22	81,5	0	0,0	2	7,4	0	0,0	3	11,1
ID 52249: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten	696	73	10,5	2	2,7	22	30,1	49	67,1	0	0,0	5	6,8	0	0,0	9	12,3
ID 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	300	30	10	0	0,0	9	30,0	21	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	13,3
ID 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	663	1	0,2	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 50045: Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung	693	5	0,7	0	0,0	3	60,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Geburtshilfe	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 51831: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	682	34	5	0	0,0	9	26,5	25	73,5	0	0,0	3	8,8	0	0,0	4	11,8
Gesamt	4.915	239	4,9	2	0,8	65	27,2	172	72	0	0	10	4,2	0	0	28	11,7

22.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Geburtshilfe	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	583	30	5,1	0	0,0	18	60,0	12	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bayern	735	42	5,7	0	0,0	31	73,8	11	26,2	0	0,0	1	2,4	0	0,0	1	2,4
Berlin	135	8	5,9	0	0,0	3	37,5	5	62,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	180	9	5,0	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	2	22,2	0	0,0	0	0,0
Bremen	39	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	83	1	1,2	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	348	6	1,7	1	16,7	0	0,0	5	83,3	0	0,0	1	16,7	0	0,0	1	16,7
Mecklenburg-Vorpommern	121	4	3,3	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Geburtshilfe	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
Bundesland		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Niedersachsen	508	23	4,5	1	4,3	0	0,0	22	95,7	0	0,0	3	13,0	0	0,0	6	26,1
Nordrhein-Westfalen	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	1.089	64	5,9	0	0,0	4	6,3	60	93,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	26,6
Rheinland-Pfalz	238	9	3,8	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	61	4	6,6	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	296	11	3,7	0	0,0	1	9,1	10	90,9	0	0,0	3	27,3	0	0,0	3	27,3
Sachsen-Anhalt	172	11	6,4	0	0,0	2	18,2	9	81,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	148	12	8,1	0	0,0	3	25,0	9	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	179	5	2,8	0	0,0	3	1,3	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	4.915	239	4,9	2	0,8	65	27,2	172	72,0	0	0,0	10	4,2	0	0,0	28	11,7

22.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Geburtshilfe	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 181800: Qualitätsindex zu Dammrissen Grad IV bei Einlingsgeburten	690	31	0	0	10	2	0	12	0	0	0	8	0	1	9	0	0	0	0	0	0	3	3	7
ID 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	499	38	3	1	0	0	0	0	0	0	3	11	5	3	22	7	0	0	7	0	0	0	0	9
ID 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	692	27	4	0	8	1	0	9	2	0	0	9	1	0	10	0	0	0	0	0	0	3	3	5
ID 52249: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten	696	73	38	21	16	9	1	26	11	4	8	8	0	1	17	0	3	0	3	2	0	3	5	22
ID 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	300	30	1	1	0	0	0	0	0	0	2	3	9	0	14	6	1	0	7	0	0	0	0	9

Geburtshilfe	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	663	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ID 50045: Perioperative Antibiotikaprofylaxe bei Kaiserschnittentbindung	693	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	3
ID 51831: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	682	34	3	0	7	0	0	7	0	0	1	15	1	0	17	0	0	0	0	0	0	1	1	9
Gesamt	-	239	49	23	41	12	1	54	13	4	15	54	16	5	90	14	4	0	18	2	0	10	12	65

22.4 Ergebnisse pro Bundesland

Geburtshilfe	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig			Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation			Sonstiges			Hinweis	
		A41	A42	A99	U31	U32	U33	U99	D50	D51	D99	S90	S91	S99		H20 + H99
Baden-Württemberg	30	4	0	0	0	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	18
Bayern	42	6	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31
Berlin	8	0	0	0	0	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3
Brandenburg	9	6	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Bremen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	6	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	4	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	23	3	2	0	4	6	3	0	3	0	0	1	0	1	0	0
Nordrhein-Westfalen	64	11	1	1	9	12	7	4	8	1	0	0	0	6	4	4
Rheinland-Pfalz	9	3	3	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Saarland	4	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	11	3	1	0	0	3	0	0	2	0	0	0	0	1	1	1
Sachsen-Anhalt	11	1	0	0	0	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Schleswig-Holstein	12	1	0	0	0	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Thüringen	5	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Gesamt	239	41	12	1	15	54	16	5	14	4	0	2	0	10	65	

22.5 Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

QS-Verfahren mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Geburtshilfe	statistisch auffällige Ergebnisse	unzureichende Qualität		zureichende Qualität	
		N	n	%	n
ID 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	52	20	38,5	32	61,5
ID 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	2	0	0,0	2	100,0
ID 50045: Perioperative Antibiotikaprofylaxe bei Kaiserschnittentbindung	1	0	0,0	1	100,0
ID 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	17	11	64,7	6	35,29
ID 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	4	3	75,0	1	25,0
Gesamt	76	34	44,7	42	55,3

23 Neonatologie

23.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Neonatologie	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 50060: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder)	447	18	4	0	0,0	4	22,2	14	77,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	11,1
ID 50063: Durchführung eines Hörtests	454	44	9,7	0	0,0	19	43,2	25	56,8	0	0,0	1	2,3	0	0,0	3	6,8
ID 51070: Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	517	140	27,1	0	0,0	0	0,0	140	100,0	0	0,0	5	3,6	0	0,0	4	2,9
ID 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	322	19	5,9	0	0,0	1	5,3	18	94,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	10,5
ID 50062: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)	375	21	5,6	0	0,0	3	14,3	18	85,7	0	0,0	1	4,8	0	0,0	2	9,5
ID 50069: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an sehr kleinen Frühgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C	319	24	7,5	0	0,0	5	20,8	19	79,2	0	0,0	1	4,2	0	0,0	3	12,5
ID 50074: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Risiko-Lebendgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C	485	18	3,7	0	0,0	2	11,1	16	88,9	0	0,0	1	5,6	0	0,0	1	5,6

Neonatologie	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																	
ID 52262: Zunahme des Kopfumfangs	315	21	6,7	0	0,0	10	47,6	10	47,6	1	4,8	1	4,8	0	0,0	1	4,8
Gesamt	3.234	305	9,4	0	0	44	14,4	260	85,2	1	0,3	10	3,3	0	0	18	5,9

23.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Neonatologie	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bundesland																	
Baden-Württemberg	340	40	11,8	0	0,0	1	2,5	38	95,0	1	2,5	4	10,0	0	0,0	1	2,5
Bayern	422	43	10,2	0	0,0	9	20,9	34	79,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	91	14	15,4	0	0,0	4	28,6	10	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	158	9	5,7	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	40	3	7,5	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0
Hamburg	79	13	16,5	0	0,0	2	15,4	11	84,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	186	15	8,1	0	0,0	1	6,7	14	93,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	109	6	5,5	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	306	29	9,5	0	0,0	0	0,0	29	100,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	10	34,5

Neonatologie	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
Bundesland		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nordrhein-Westfalen	659	66	10,0	0	0,0	9	13,6	57	86,4	0	0,0	3	4,5	0	0,0	7	10,6
Rheinland-Pfalz	134	11	8,2	0	0,0	4	36,4	7	63,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	40	4	10,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	251	11	4,4	0	0,0	0	0,0	11	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	155	18	11,6	0	0,0	10	55,6	8	44,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	122	15	12,3	0	0,0	0	0,0	15	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	142	8	5,6	0	0,0	4	1,3	4	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	3.234	305	9,4	0	0,0	44	14,4	260	85,2	1	0,3	10	3,3	0	0,0	18	5,9

23.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Neonatologie	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 50060: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder)	447	18	3	2	1	0	0	1	0	0	0	5	5	2	12	1	0	0	1	0	0	0	0	4
ID 50063: Durchführung eines Hörtests	454	44	15	11	6	0	0	6	1	0	0	4	6	1	11	7	1	0	8	0	0	0	0	19
ID 51070: Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	517	140	78	0	2	1	1	4	0	0	32	94	3	1	130	2	1	0	3	0	0	3	3	0
ID 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	322	19	2	0	1	2	0	3	0	0	2	8	3	1	14	1	0	0	1	0	0	0	0	1

Neonatologie	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 50062: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)	375	21	3	1	1	1	0	2	0	0	1	12	2	0	15	0	0	0	0	0	0	1	1	3
ID 50069: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an sehr kleinen Frühgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C	319	24	4	0	8	0	1	9	1	0	0	6	2	0	8	0	0	0	0	0	0	2	2	5
ID 50074: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Risiko-Lebendgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C	485	18	4	0	12	0	0	12	3	0	1	1	2	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	2
ID 52262: Zunahme des Kopfumfangs	315	21	5	0	1	0	0	1	0	0	0	7	1	0	8	1	0	0	1	0	0	1	1	10
Gesamt	-	305	114	14	32	4	2	38	5	0	36	137	24	5	202	12	2	0	14	0	0	7	7	44

23.4 Ergebnisse pro Bundesland

Neonatologie	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig			Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation			Sonstiges			Hinweis
		A41	A42	A99	U31	U32	U33	U99	D50	D51	D99	S90	S91	S99	
Baden-Württemberg	40	9	1	0	7	15	2	0	4	0	0	0	0	1	1
Bayern	43	2	1	0	12	15	4	0	0	0	0	0	0	0	9
Berlin	14	0	0	0	1	9	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Brandenburg	9	0	0	0	0	7	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Bremen	3	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	13	0	0	0	0	9	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Hessen	15	2	0	0	0	11	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Mecklenburg-Vorpommern	6	1	0	0	0	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	29	4	0	0	1	15	7	0	2	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	66	5	1	1	15	18	4	2	4	2	0	0	0	5	9
Rheinland-Pfalz	11	2	1	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Saarland	4	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	11	2	0	0	0	7	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Sachsen-Anhalt	18	1	0	0	0	6	1	0	0	0	0	0	0	0	10
Schleswig-Holstein	15	4	0	0	0	10	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	8	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Gesamt	305	32	4	2	36	137	24	5	12	2	0	0	0	7	44

24 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

24.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																	
ID 54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	1.123	71	6,3	1	1,4	39	54,9	31	43,7	0	0,0	2	2,8	0	0,0	2	2,8
ID 54030: Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	1.123	419	37,3	1	0,2	143	34,1	266	63,5	9	2,1	29	6,9	1	0,2	50	11,9
ID 54033: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	1.114	67	6	0	0,0	17	25,4	49	73,1	1	1,5	1	1,5	0	0,0	3	4,5
ID 54040: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen/Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	1.123	56	5	1	1,8	23	41,1	32	57,1	0	0,0	1	1,8	0	0,0	2	3,6
ID 54042: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	1.123	67	6	1	1,5	24	35,8	42	62,7	0	0,0	1	1,5	0	0,0	6	9,0
ID 54046: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	1.123	112	10	0	0,0	29	25,9	82	73,2	1	0,9	2	1,8	0	0,0	2	1,8

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 54050: Sturzprophylaxe	1.114	73	6,6	1	1,4	34	46,6	38	52,1	0	0,0	1	1,4	0	0,0	8	11,0
Gesamt	7.843	865	11	5	0,6	309	35,7	540	62,4	11	1,3	37	4,3	1	0,1	73	8,4

24.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	831	99	11,9	0	0,0	46	46,5	48	48,5	5	5,1	10	10,1	0	0,0	11	11,1
Bayern	1.186	136	11,5	0	0,0	93	68,4	43	31,6	0	0,0	4	2,9	0	0,0	5	3,7
Berlin	252	19	7,5	0	0,0	0	0,0	19	100,0	0	0,0	6	31,6	0	0,0	3	15,8
Brandenburg	287	32	11,1	0	0,0	0	0,0	32	100,0	0	0,0	2	6,3	0	0,0	0	0,0
Bremen	70	3	4,3	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	175	15	8,6	0	0,0	8	53,3	7	46,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	544	57	10,5	0	0,0	24	42,1	27	47,4	6	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	203	29	14,3	1	3,4	5	17,2	23	79,3	0	0,0	1	3,4	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	710	73	10,3	3	4,1	30	41,1	40	54,8	0	0,0	1	1,4	0	0,0	6	8,2

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bundesland		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nordrhein-Westfalen	1.898	191	10,1	0	0,0	32	16,8	159	83,2	0	0,0	5	2,6	1	0,5	41	21,5
Rheinland-Pfalz	476	81	17,0	0	0,0	30	37,0	51	63,0	0	0,0	2	2,5	0	0,0	2	2,5
Saarland	112	15	13,4	0	0,0	0	0,0	15	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7
Sachsen	406	28	6,9	0	0,0	0	0,0	28	100,0	0	0,0	3	10,7	0	0,0	3	10,7
Sachsen-Anhalt	238	44	18,5	1	2,3	33	75,0	10	22,7	0	0,0	1	2,3	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	224	25	11,2	0	0,0	2	8,0	23	92,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	231	18	7,8	0	0,0	6	0,7	12	66,7	0	0,0	2	11,1	0	0,0	1	5,6
Gesamt	7.843	865	11,0	5	0,6	309	35,7	540	62,4	11	1,3	37	4,3	1	0,1	73	8,4

24.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1.123	71	7	0	4	1	0	5	1	0	1	23	0	0	24	2	0	0	2	1	0	0	1	39
ID 54030: Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1.123	419	254	205	118	5	2	125	52	20	14	92	19	2	127	16	1	0	17	1	0	11	12	138
ID 54033: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	1.114	67	17	5	3	4	0	7	0	0	7	15	13	1	36	6	0	0	6	0	0	1	1	17

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 54040: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen/Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1.123	56	7	1	3	1	0	4	0	0	1	20	4	0	25	1	0	0	1	1	0	2	3	23
ID 54042: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1.123	67	13	3	7	6	1	14	3	1	0	22	2	1	25	3	0	0	3	1	0	0	1	24
ID 54046: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	1.123	112	26	6	2	4	0	6	1	0	2	73	0	1	76	0	0	0	0	0	0	1	1	29
ID 54050: Sturzprophylaxe	1.114	73	21	0	4	0	0	4	0	0	0	4	14	0	18	16	0	0	16	1	0	0	1	34
Gesamt	-	865	345	220	141	21	3	165	57	21	25	249	52	5	331	44	1	0	45	5	0	15	20	304

24.4 Ergebnisse pro Bundesland

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig			Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation			Sonstiges			Hinweis
		A41	A42	A99	U31	U32	U33	U99	D50	D51	D99	S90	S91	S99	
Baden-Württemberg	99	23	13	0	0	10	4	0	3	0	0	0	0	5	41
Bayern	136	22	1	0	1	11	6	0	2	0	0	0	0	0	93
Berlin	19	7	0	0	1	8	0	0	2	1	0	0	0	0	0
Brandenburg	32	2	0	1	0	27	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Bremen	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	15	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Hessen	57	17	0	0	0	13	2	0	1	0	0	0	0	0	24
Mecklenburg-Vorpommern	29	6	0	0	0	13	4	0	0	0	0	1	0	0	5
Niedersachsen	73	4	0	0	16	13	2	0	5	0	0	3	0	0	30
Nordrhein-Westfalen	191	32	1	1	6	77	14	4	19	0	0	0	0	5	32
Rheinland-Pfalz	81	3	2	0	0	31	5	0	10	0	0	0	0	0	30
Saarland	15	2	1	0	0	7	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	28	14	1	1	0	8	1	1	0	0	0	0	0	2	0
Sachsen-Anhalt	44	2	0	0	0	3	2	0	0	0	0	1	0	3	33
Schleswig-Holstein	25	1	1	0	1	13	7	0	0	0	0	0	0	0	2
Thüringen	18	6	1	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Gesamt	865	141	21	3	25	249	52	5	44	1	0	5	0	15	304

25 Hüftendoprothesenversorgung

25.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Hüftendoprothesenversorgung	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 54001: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	1.153	87	7,5	0	0,0	32	36,8	55	63,2	0	0,0	3	3,4	0	0,0	9	10,3
ID 54002: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	1.078	197	18,3	3	1,5	88	44,7	106	53,8	0	0,0	2	1,0	0	0,0	17	8,6
ID 54003: Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1.159	431	37,2	1	0,2	172	39,9	251	58,2	7	1,6	31	7,2	0	0,0	40	9,3
ID 54004: Sturzprophylaxe	1.207	73	6	0	0,0	29	39,7	44	60,3	0	0,0	1	1,4	0	0,0	9	12,3
ID 54012: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	1.206	111	9,2	1	0,9	22	19,8	88	79,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	18,0
ID 54013: Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit	1.199	320	26,7	0	0,0	18	5,6	301	94,1	1	0,3	6	1,9	0	0,0	3	0,9
ID 54015: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1.160	59	5,1	1	1,7	17	28,8	41	69,5	0	0,0	3	5,1	0	0,0	5	8,5

Hüftendoprothesenversorgung	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	1.153	82	7,1	2	2,4	38	46,3	42	51,2	0	0,0	1	1,2	0	0,0	1	1,2
ID 54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	1.056	152	14,4	1	0,7	92	60,5	59	38,8	0	0,0	3	2,0	0	0,0	4	2,6
ID 54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1.160	71	6,1	0	0,0	31	43,7	39	54,9	1	1,4	1	1,4	0	0,0	5	7,0
ID 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	1.153	80	6,9	1	1,3	40	50,0	39	48,8	0	0,0	2	2,5	0	0,0	6	7,5
ID 10271: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf	1.266	66	5,2	1	1,5	8	12,1	56	84,8	1	1,5	3	4,5	0	0,0	5	7,6
ID 54120: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	1.078	130	12,1	0	0,0	76	58,5	54	41,5	0	0,0	4	3,1	0	0,0	4	3,1
Gesamt	15.028	1.859	12,4	11	0,6	663	35,7	1.175	63,2	10	0,5	60	3,2	0	0	128	6,9

25.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Hüftendoprothesenversorgung	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	1.603	185	11,5	1	0,5	115	62,2	64	34,6	5	2,7	13	7,0	0	0,0	7	3,8
Bayern	2.396	308	12,9	0	0,0	198	64,3	110	35,7	0	0,0	3	1,0	0	0,0	7	2,3
Berlin	463	50	10,8	0	0,0	18	36,0	32	64,0	0	0,0	10	20,0	0	0,0	2	4,0
Brandenburg	504	64	12,7	0	0,0	0	0,0	64	100,0	0	0,0	2	3,1	0	0,0	0	0,0
Bremen	139	14	10,1	0	0,0	0	0,0	14	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	346	38	11,0	0	0,0	16	42,1	22	57,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	1.086	123	11,3	1	0,8	61	49,6	56	45,5	5	4,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	343	40	11,7	0	0,0	13	32,5	27	67,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	1.378	201	14,6	2	1,0	27	13,4	172	85,6	0	0,0	2	1,0	0	0,0	24	11,9
Nordrhein-Westfalen	3.549	393	11,1	0	0,0	73	18,6	320	81,4	0	0,0	9	2,3	0	0,0	65	16,5
Rheinland-Pfalz	897	154	17,2	0	0,0	72	46,8	82	53,2	0	0,0	4	2,6	0	0,0	4	2,6
Saarland	198	27	13,6	0	0,0	0	0,0	27	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	11,1
Sachsen	767	98	12,8	0	0,0	0	0,0	98	100,0	0	0,0	15	15,3	0	0,0	15	15,3
Sachsen-Anhalt	463	76	16,4	7	9,2	38	50,0	31	40,8	0	0,0	2	2,6	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	452	35	7,7	0	0,0	7	20,0	28	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Hüftendoprothesenversorgung	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme										
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung						
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Bundesland																						
Thüringen	444	53	11,9	0	0,0	25	1,3	28	52,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,9			
Gesamt	15.028	1.859	12,4	11	0,6	663	35,7	1.175	63,2	10	0,5	60	3,2	0	0,0	128	6,9					

25.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Hüftendoprothesenversorgung	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99	
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99		Gesamt
ID 54001: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	1.153	87	29	6	7	5	0	12	0	0	2	6	11	0	19	21	1	0	22	0	0	2	2	32
ID 54002: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	1.078	197	50	22	3	6	1	10	1	0	4	36	25	3	68	24	0	1	25	3	0	3	6	88

Hüftendoprothesenversorgung	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99	
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99		Gesamt
Qualitätsindikator																								
ID 54003: Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1.159	431	266	202	102	5	5	112	44	20	7	98	16	3	124	7	2	0	9	1	0	18	19	167
ID 54004: Sturzprophylaxe	1.207	73	23	14	5	0	1	6	2	1	0	5	14	0	19	18	0	0	18	0	0	1	1	29
ID 54012: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	1.206	111	18	5	3	3	0	6	1	0	11	41	13	0	65	16	0	0	16	1	0	1	2	22
ID 54013: Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit	1.199	320	117	46	4	5	1	10	1	0	9	272	4	1	286	1	0	0	1	0	2	3	5	18

Hüftendoprothesenversorgung	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 54015: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1.160	59	9	1	5	1	0	6	0	0	7	19	2	1	29	2	1	0	3	1	2	1	4	17
ID 54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	1.153	82	22	7	1	1	0	2	1	0	2	30	3	1	36	2	0	0	2	2	1	1	4	38
ID 54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	1.056	152	27	8	1	4	1	6	1	0	3	43	5	0	51	1	0	0	1	1	1	0	2	92
ID 54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1.160	71	9	0	6	4	1	11	0	0	2	23	0	1	26	1	0	0	1	0	1	1	2	31

Hüftendoprothesenversorgung	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	1.153	80	15	5	11	0	0	11	1	0	1	27	0	0	28	0	0	0	0	1	0	0	1	40
ID 10271: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf	1.266	66	6	2	10	5	1	16	0	0	3	27	1	2	33	0	0	0	0	1	1	7	9	8
ID 54120: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	1.078	130	30	7	5	2	0	7	0	0	0	42	3	0	45	1	0	0	1	0	0	1	76	
Gesamt	-	1.859	621	325	163	41	11	215	52	21	51	669	97	12	829	94	4	1	99	11	8	39	58	658

25.4 Ergebnisse pro Bundesland

Hüftendoprothesenversorgung	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig			Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation			Sonstiges			Hinweis
		A41	A42	A99	U31	U32	U33	U99	D50	D51	D99	S90	S91	S99	
Baden-Württemberg	185	18	11	0	0	23	12	0	4	0	0	1	0	6	110
Bayern	308	14	5	0	1	69	9	0	10	0	0	0	0	2	198
Berlin	50	2	0	0	4	20	0	0	1	4	0	0	1	0	18
Brandenburg	64	6	0	0	0	54	0	1	3	0	0	0	0	0	0
Bremen	14	0	0	0	2	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	38	1	0	0	0	19	0	1	1	0	0	0	0	0	16
Hessen	123	14	5	0	0	30	8	0	2	0	0	1	0	2	61
Mecklenburg-Vorpommern	40	3	1	0	0	20	3	0	0	0	0	0	0	0	13
Niedersachsen	201	13	0	1	26	91	15	2	19	0	0	2	0	5	27
Nordrhein-Westfalen	393	40	4	3	18	180	22	8	32	0	0	0	0	13	73
Rheinland-Pfalz	154	11	5	0	0	47	7	0	12	0	0	0	0	0	72
Saarland	27	4	3	0	0	13	5	0	0	0	0	0	0	2	0
Sachsen	98	25	1	6	0	41	6	0	7	0	1	0	7	4	0
Sachsen-Anhalt	76	2	0	1	0	17	8	0	0	0	0	7	0	3	38
Schleswig-Holstein	35	4	4	0	0	16	2	0	2	0	0	0	0	0	7
Thüringen	53	6	2	0	0	17	0	0	1	0	0	0	0	2	25
Gesamt	1.859	163	41	11	51	669	97	12	94	4	1	11	8	39	658

26 Knieendoprothesenversorgung

26.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Knieendoprothesenversorgung	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 50481: Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	971	86	8,9	1	1,2	61	70,9	24	27,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 54021: Indikation zur unikondylären Schlittenprothese	852	101	11,9	4	4,0	50	49,5	47	46,5	0	0,0	1	1,0	0	0,0	5	5,0
ID 54022: Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	972	145	14,9	1	0,7	80	55,2	63	43,4	1	0,7	1	0,7	0	0,0	15	10,3
ID 54028: Gehunfähigkeit bei Entlassung	1.070	52	4,9	0	0,0	26	50,0	26	50,0	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,9
ID 54123: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	1.062	53	5	0	0,0	19	35,8	34	64,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,8
ID 54124: Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	1.062	59	5,6	0	0,0	28	47,5	31	52,5	0	0,0	1	1,7	0	0,0	4	6,8
ID 54125: Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	972	110	11,3	4	3,6	74	67,3	32	29,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,8
ID 54127: Sterblichkeit im Krankenhaus	1.066	56	5,3	0	0,0	3	5,4	52	92,9	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ID 54020: Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation	1.028	44	4,3	1	2,3	17	38,6	26	59,1	0	0,0	1	2,3	0	0,0	8	18,2

Knieendoprothesenversorgung	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ID 54128: Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf	1.088	50	4,6	0	0,0	13	26,0	37	74,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0
Gesamt	10.143	756	7,5	11	1,5	371	49,1	372	49,2	2	0,3	5	0,7	0	0	38	5,0

26.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Knieendoprothesenversorgung	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	1.148	82	7,1	0	0,0	61	74,4	19	23,2	2	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bayern	1.684	123	7,3	0	0,0	94	76,4	29	23,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,4
Berlin	339	27	8,0	0	0,0	17	63,0	10	37,0	0	0,0	3	11,1	0	0,0	1	3,7
Brandenburg	243	12	4,9	0	0,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	70	4	5,7	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	216	19	8,8	0	0,0	11	57,9	8	42,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	782	60	7,7	0	0,0	39	65,0	21	35,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	213	19	8,9	0	0,0	7	36,8	12	63,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Knieendoprothesenversorgung	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
Bundesland		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Niedersachsen	975	70	7,2	0	0,0	0	0,0	70	100,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	8	11,4
Nordrhein-Westfalen	2.273	155	6,8	0	0,0	63	40,6	92	59,4	0	0,0	1	0,6	0	0,0	25	16,1
Rheinland-Pfalz	633	71	11,2	0	0,0	43	60,6	28	39,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	137	12	8,8	0	0,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3
Sachsen	499	32	6,4	0	0,0	0	0,0	32	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	321	31	9,7	11	35,5	16	51,6	4	12,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	286	19	6,6	0	0,0	8	42,1	11	57,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	324	20	6,2	0	0,0	12	1,6	8	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	10.143	756	7,5	11	1,5	371	49,1	372	49,2	2	0,3	5	0,7	0	0,0	38	5,0

26.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Knieendoprothesenversorgung	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 50481: Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	971	86	20	4	0	0	0	0	0	0	1	19	2	0	22	1	0	0	1	1	0	1	2	61
ID 54021: Indikation zur unikondylären Schlittenprothese	852	101	29	14	4	5	1	10	0	0	0	13	13	0	26	10	0	1	11	4	0	0	4	50
ID 54022: Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	972	145	59	21	2	4	1	7	0	0	2	16	20	0	38	17	0	0	17	1	0	2	3	80
ID 54028: Gehunfähigkeit bei Entlassung	1.070	52	8	0	2	0	1	3	0	0	0	11	9	0	20	3	0	0	3	0	0	0	0	26
ID 54123: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	1.062	53	5	0	2	2	0	4	0	0	2	22	0	0	24	1	0	0	1	0	1	4	5	19

Knieendoprothesenversorgung	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 54124: Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	1.062	59	11	2	4	2	1	7	1	0	1	21	1	0	23	0	0	0	0	0	0	1	1	28
ID 54125: Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	972	110	19	3	1	1	0	2	0	0	1	23	3	0	27	2	0	0	2	4	0	1	5	74
ID 54127: Sterblichkeit im Krankenhaus	1.066	56	7	0	1	2	0	3	0	0	0	49	0	0	49	0	0	0	0	0	0	1	1	3
ID 54020: Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation	1.028	44	11	6	6	4	0	10	0	0	0	0	5	0	5	10	0	0	10	1	0	1	2	17
ID 54128: Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf	1.088	50	8	1	5	4	0	9	0	0	0	23	1	1	25	0	0	0	0	0	0	3	3	13
Gesamt	-	756	177	51	27	24	4	55	1	0	7	197	54	1	259	44	0	1	45	11	1	14	26	371

26.4 Ergebnisse pro Bundesland

Knieendoprothesenversorgung	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig			Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation			Sonstiges			Hinweis
		A41	A42	A99	U31	U32	U33	U99	D50	D51	D99	S90	S91	S99	H20 + H99
Baden-Württemberg	82	1	4	0	0	9	5	0	0	0	0	0	0	2	61
Bayern	123	4	5	0	0	8	7	0	5	0	0	0	0	0	94
Berlin	27	3	0	0	0	4	0	0	2	0	0	0	1	0	17
Brandenburg	12	0	0	0	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bremen	4	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	19	1	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	11
Hessen	60	1	4	0	0	8	5	0	0	0	0	0	0	3	39
Mecklenburg-Vorpommern	19	0	0	0	0	6	6	0	0	0	0	0	0	0	7
Niedersachsen	70	2	4	0	5	47	3	0	7	0	0	0	0	2	0
Nordrhein-Westfalen	155	7	0	1	2	45	14	1	20	0	1	0	0	1	63
Rheinland-Pfalz	71	5	1	0	0	14	5	0	3	0	0	0	0	0	43
Saarland	12	1	0	0	0	8	2	0	0	0	0	0	0	1	0
Sachsen	32	1	1	2	0	14	4	0	5	0	0	0	0	5	0
Sachsen-Anhalt	31	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	11	0	0	16
Schleswig-Holstein	19	1	3	1	0	3	2	0	1	0	0	0	0	0	8
Thüringen	20	0	2	0	0	4	1	0	1	0	0	0	0	0	12
Gesamt	756	27	24	4	7	197	54	1	44	0	1	11	1	14	371

27 Pflege: Dekubitusprophylaxe

27.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Pflege: Dekubitusprophylaxe	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																	
ID 52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	1.928	464	24,1	0	0,0	0	0,0	464	100,0	0	0,0	12	2,6	0	0,0	44	9,5
ID 52009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	1.928	91	4,7	0	0,0	9	9,9	80	87,9	2	2,2	5	5,5	2	2,2	12	13,2
Gesamt	3.856	555	14,4	0	0	9	1,6	544	98	2	0,4	17	3,1	2	0,4	56	10,1

27.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Pflege: Dekubitusprophylaxe	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bundesland		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	472	55	11,7	0	0,0	1	1,8	52	94,5	2	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bayern	678	71	10,5	0	0,0	3	4,2	68	95,8	0	0,0	2	2,8	0	0,0	10	14,1
Berlin	118	22	18,6	0	0,0	0	0,0	22	100,0	0	0,0	2	9,1	1	4,5	2	9,1
Brandenburg	130	15	11,5	0	0,0	0	0,0	15	100,0	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0
Bremen	26	4	15,4	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	64	13	20,3	0	0,0	0	0,0	13	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	312	36	11,5	0	0,0	1	2,8	35	97,2	0	0,0	2	5,6	0	0,0	2	5,6
Mecklenburg-Vorpommern	80	14	17,5	0	0,0	0	0,0	14	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	346	44	12,7	0	0,0	0	0,0	44	100,0	0	0,0	4	9,1	1	2,3	6	13,6
Nordrhein-Westfalen	818	148	18,1	0	0,0	0	0,0	148	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	20,3
Rheinland-Pfalz	208	31	14,9	0	0,0	0	0,0	31	100,0	0	0,0	1	3,2	0	0,0	1	3,2
Saarland	52	10	19,2	0	0,0	0	0,0	10	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0
Sachsen	178	36	20,2	0	0,0	0	0,0	36	100,0	0	0,0	1	2,8	0	0,0	1	2,8
Sachsen-Anhalt	118	24	20,3	0	0,0	3	12,5	21	87,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	152	16	10,5	0	0,0	1	6,3	15	93,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Pflege: Dekubitusprophylaxe	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Kollegiales Gespräch		Begehung		Zielverein- barung	
Bundesland		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Thüringen	104	16	15,4	0	0,0	0	0,0	16	100,0	0	0,0	4	25,0	0	0,0	3	18,8
Gesamt	3.856	555	14,4	0	0,0	9	1,6	544	98,0	2	0,4	17	3,1	2	0,4	56	10,1

27.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Pflege: Dekubitusprophylaxe	Rechnerische Auffälligkeiten				Qualitativ auffällig						Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	A41	A42	A99	Gesamt	Davon auffällig EJ2017	Davon auffällig EJ2016 und EJ2017	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
Qualitätsindikator																								
ID 52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	1.928	464	247	161	82	7	3	92	22	4	64	164	82	2	312	51	2	0	53	0	1	6	7	0
ID 52009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	1.928	91	31	16	21	8	3	32	3	1	12	13	11	0	36	5	0	2	7	0	0	7	7	9
Gesamt	-	555	278	177	103	15	6	124	25	5	76	177	93	2	348	56	2	2	60	0	1	13	14	9

27.4 Ergebnisse pro Bundesland

Pflege: Dekubitusprophylaxe	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ auffällig			Qualitativ unauffällig				Fehlerhafte Dokumentation			Sonstiges			Hinweis
		A41	A42	A99	U31	U32	U33	U99	D50	D51	D99	S90	S91	S99	H20 + H99
Baden-Württemberg	55	2	1	0	0	35	14	0	0	0	0	0	0	2	1
Bayern	71	4	6	0	7	25	13	0	13	0	0	0	0	0	3
Berlin	22	10	1	0	1	6	0	0	3	1	0	0	0	0	0
Brandenburg	15	3	0	0	1	5	0	1	5	0	0	0	0	0	0
Bremen	4	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	13	0	0	1	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	36	15	1	0	0	7	1	0	9	0	2	0	0	0	1
Mecklenburg-Vorpommern	14	3	0	0	0	8	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	44	9	0	0	9	15	8	0	3	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	148	31	0	0	56	14	27	0	12	1	0	0	0	7	0
Rheinland-Pfalz	31	7	4	0	0	14	0	0	5	0	0	0	1	0	0
Saarland	10	1	0	0	0	5	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	36	3	1	5	0	16	6	1	1	0	0	0	0	3	0
Sachsen-Anhalt	24	3	0	0	1	3	8	0	5	0	0	0	0	1	3
Schleswig-Holstein	16	2	0	0	1	7	5	0	0	0	0	0	0	0	1
Thüringen	16	10	1	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	555	103	15	6	76	177	93	2	56	2	2	0	1	13	9