



Auftraggeber:



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

# Qualitätsreport 2017

Zusammenfassung

[www.iqtig.org](http://www.iqtig.org)

## Qualitätsreport 2017

Der Qualitätsreport 2017 beinhaltet die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung für das Erfassungsjahr 2017. Er liefert detaillierte Informationen zu 26 Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) in verschiedenen Versorgungsbereichen wie z. B. Gefäßchirurgie, Gynäkologie und Transplantationsmedizin. Dazu gehören auch eine Zusammenfassung der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs für das Erfassungsjahr 2016 sowie Empfehlungen der Expertengruppen zur Weiterentwicklung der QS-Verfahren. Als Ergänzung finden sich Hintergrundinformationen zur externen Qualitätssicherung, zum Verfahren planungsrelevanter Qualitätsindikatoren sowie eine Sonderauswertung zu nosokomialen Infektionen.

### Zwei sektorenübergreifende QS-Verfahren

Im Januar 2016 ist im Bereich der Herzkatheter das erste sektorenübergreifende QS-Verfahren, *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie* (kurz: *QS PCI*), angelaufen. Es betrifft Untersuchungen und Eingriffe an den Herzkranzgefäßen bei Patientinnen und Patienten, bei denen ein Herzinfarkt droht oder akut abgewendet werden soll. Die Ergebnisse dieses Verfahrens werden erstmals dargestellt – zusätzlich zur Beschreibung der Qualitätsindikatoren und des Hintergrunds.

Das zweite sektorenübergreifende QS-Verfahren, *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen*, startete im Januar 2017. Es zielt darauf ab, die Qualität der Maßnahmen ambulanter und stationärer Leistungserbringer zur Vermeidung nosokomialer, d. h. im Krankenhaus erworbener, Infektionen zu messen, vergleichend darzustellen und zu bewerten. Das QS-Verfahren bezieht sich dabei insbesondere auf postoperative Wundinfektionen. Durch die sektoren- und einrichtungsübergreifende Verknüpfung von Fällen ist es möglich, zum einen postoperative Wundinfektionen zu erfassen, die sich erst nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zeigen, zum anderen postoperative Wundinfektionen einzubeziehen, die nach Eingriffen im ambulanten Bereich entstehen. Auswertungen für dieses QS-Verfahren liegen bisher noch nicht vor.

## Die wichtigsten Zahlen



1.516 Krankenhäuser, 1.834 Krankenhausstandorte (stationäre QS)  
273 vertragsärztliche Praxen/Medizinische Versorgungszentren,  
1.063 Krankenhausstandorte (QS PCI)



rund 2,5 Mio. gelieferte Datensätze (stationäre QS)  
rund 780.000 gelieferte Datensätze (QS PCI)



26 QS-Verfahren (24 stationäre QS, 2 sektorenübergreifende QS)



271 Qualitätsindikatoren  
(242 stationäre QS, 29 sektorenübergreifende QS)



65 risikoadjustierte Qualitätsindikatoren

## Datengrundlage

Im Rahmen der stationären Qualitätssicherung haben für das Erfassungsjahr 2017 bundesweit 1.516 Krankenhäuser an insgesamt 1.834 Standorten rund 2,5 Mio. Datensätze dokumentiert. In 24 QS-Verfahren sind stationäre Leistungserbringer (Krankenhäuser) verpflichtet, Daten für die Qualitätssicherung zu dokumentieren.

Im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung wurden bundesweit in 273 vertragsärztlichen Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren und an 1.063 Krankenhausstandorten 780.729 Datensätze erfasst. Für selektivvertraglich erbrachte Leistungen von Vertragsärztinnen und -ärzten liegen im Bundesdatenpool bisher noch keine Daten vor. Seit Frühjahr 2018 wurden erste Sozialdaten der Krankenkassen erfolgreich an das IQTIG übermittelt, die allerdings zunächst geprüft werden müssen und daher in der aktuellen Auswertung noch nicht berücksichtigt werden konnten. Diese Angaben beziehen sich ausschließlich auf das sektorenübergreifende QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie*. Für das ebenfalls sektorenübergreifende QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* liegen bisher noch keine Auswertungen vor.

## Qualitätsindikatoren

In den 26 QS-Verfahren wird das Erreichen von Qualitätszielen anhand von insgesamt 271 Indikatoren gemessen. 242 davon gehören zu den rein stationären QS-Verfahren, 29 kamen durch die beiden neuen sektorenübergreifenden QS-Verfahren dazu. Im Ergebnis weisen auf Bundesebene im Vergleich zum Vorjahr 45 der 271 Qualitätsindikatoren eine Verbesserung auf (17%). Im Erfassungsjahr 2016 waren es 22% (53 von 238 Indikatoren). 13 Indikatoren haben sich verschlechtert (5%). Im Erfassungsjahr 2016 waren es 4% (9 von 238 Indikatoren). 182 Indikatoren blieben verglichen mit dem Vorjahresergebnis unverändert (67%). Im Erfassungsjahr 2016 waren es 69% (165 von 238 Indikatoren). Bei 31 Indikatoren ist keine Aussage über eine Veränderung möglich (11%), da sie zum Beispiel neu eingeführt oder verändert wurden. Im Erfassungsjahr 2016 betraf dies 5% (11 von 238 Indikatoren).

### Besonderer Handlungsbedarf

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung werden jährlich unter anderem dahingehend bewertet, in welchem Maße die Qualitätsziele der Versorgung durch die Einrichtungen insgesamt erfüllt werden. Dabei erfolgt auch für jeden Indikator eine Einstufung hinsichtlich eines besonderen Handlungsbedarfs. Damit soll auf Qualitätsindikatoren aufmerksam gemacht werden, bei denen spezifische Qualitätsdefizite in der Versorgung bestehen, deren Ausmaß über ein Qualitätsdefizit einzelner Einrichtungen hinausgeht.

Das Bewertungskonzept wurde überarbeitet und auf die Indikatoren und Kennzahlen, die dem Qualitätsreport 2017 zugrunde liegen, erstmals angewendet. Es enthält Kriterien dafür, wann besonderer Handlungsbedarf festgestellt werden kann. Bei einem Qualitätsindikator liegt besonderer Handlungsbedarf vor, wenn bei Betrachtung über alle Einrichtungen und Behandlungsfälle der Patientinnen und Patienten hinweg ein ausgeprägtes oder fortbestehendes Qualitätsdefizit besteht. Das IQTIG berät mögliche Gründe für besonderen Handlungsbedarf mit den jeweiligen Expertengruppen auf Bundesebene und stellt das Ergebnis der Beratungen dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in einem Bericht zur Verfügung.

Für das Erfassungsjahr 2017 wurden folgende Bewertungen vorgenommen:

- Bei 168 der 271 Indikatoren (62%) wurde kein besonderer Handlungsbedarf festgestellt.
- Bei 10 der 271 Indikatoren (4%) liegt ein besonderer Handlungsbedarf vor; diese verteilen sich auf die folgenden QS-Verfahren: *Ambulant erworbene Pneumonie, Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Mammachirurgie, Geburtshilfe, Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung, Hüftendoprothesenversorgung sowie Pflege: Dekubitusprophylaxe.*

- Für die Ergebnisse von 93 der 271 Indikatoren (34%) wurde keine Einstufung vorgenommen, da sie keine eindeutige Aussage zur Versorgungsqualität erlauben. Diese Indikatoren befinden sich in der Erprobungsphase oder haben einen Bezug zur Vollständigkeit der Dokumentation. Für Kennzahlen ist ohnehin keine Bewertung vorgesehen.

## Validität der Daten

Um die Vollständigkeit, Vollzähligkeit und Plausibilität sowie Richtigkeit der dokumentierten Daten beurteilen zu können, wird jährlich ein Datenvalidierungsverfahren für die stationäre Qualitätssicherung durchgeführt. Zusätzlich zu dieser verfahrensübergreifenden Prüfung erfolgt, ebenfalls jährlich, in drei ausgewählten QS-Verfahren per Stichprobe ein Abgleich der dokumentierten Daten mit denen in der Patientenakte. Im Durchführungsjahr 2017 wurden die Daten aus dem Erfassungsjahr 2016 der QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung*, *Ambulant erworbene Pneumonie* und *Nierenlebenspende* umfassend validiert.

Aktuell wird vom IQTIG im Auftrag des G-BA ein Konzept zur Weiterentwicklung des Datenvalidierungsverfahrens in der stationären Qualitätssicherung erarbeitet. Auch für die einrichtungs- und sektorenübergreifenden QS-Verfahren wird derzeit ein entsprechendes Datenvalidierungsverfahren entwickelt. Dieses soll neben der fallbezogenen QS-Dokumentation insbesondere auch für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation sowie für die Sozialdaten bei den Krankenkassen angewendet werden können.

## Strukturierter Dialog

In der stationären Qualitätssicherung wird der Strukturierte Dialog mit Krankenhäusern ausgelöst, wenn ein rechnerisch auffälliges Ergebnis vorliegt, d. h., wenn das Indikatorergebnis eines Krankenhauses außerhalb des festgelegten Referenzbereichs liegt. Er soll den Leistungserbringern die Möglichkeit geben, solche Auffälligkeiten zu erklären oder zu entkräften und zu beschreiben, wie sie damit umgehen. In der Folge werden dann durch die Einrichtungen Verbesserungsmaßnahmen implementiert, sofern dies erforderlich ist.

Die Durchführung des Strukturierten Dialogs erfolgt immer in dem Jahr, das auf das Erfassungsjahr folgt. Im vorliegenden Qualitätsreport werden daher die rechnerischen Ergebnisse des Erfassungsjahres 2017 sowie die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs

zum Erfassungsjahr 2016 berichtet. Für das Erfassungsjahr 2016 haben bundesweit 1.544 Krankenhäuser an insgesamt 1.887 Standorten 2.482.141 Datensätze dokumentiert. Es ergaben sich daraus 12.683 rechnerisch auffällige Ergebnisse bei 219 Qualitätsindikatoren mit Referenzbereich. Von diesen Auffälligkeiten wurden 7.607 (60 %) im Strukturierten Dialog überprüft. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2016 wurden 1.611 Ergebnisse – d.h. 12,7 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse – als qualitativ auffällig eingestuft und 4.750 Ergebnisse – d.h. 37,5 % der rechnerischen Auffälligkeiten – als qualitativ unauffällig bewertet. Bei 961 Ergebnissen – d.h. bei 7,6 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse – war die Bewertung der Einrichtungen wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich. Bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen, bei denen keine Überprüfung stattfand (ca. 40 %), wurde von den auf Landesebene beauftragten Stellen meist ein Hinweis an die betroffene Einrichtung mit der Aufforderung zu Prüfung und Verbesserung gesandt.

## Öffentliche Berichterstattung von Qualitätsindikatoren

Für Krankenhäuser besteht die Verpflichtung, jährlich qualitätsbezogene Informationen für strukturierte Qualitätsberichte bereitzustellen, in denen neben Struktur- und Prozessinformationen auch die Indikatorenergebnisse aus den QS-Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung enthalten sind. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse soll grundsätzlich für alle Indikatoren erfolgen. Damit wird Transparenz für die Öffentlichkeit hergestellt, sodass z. B. Patientinnen und Patienten eine Auswahlentscheidung zwischen Leistungserbringern ermöglicht wird.

Von den insgesamt 218 Qualitätsindikatoren<sup>1</sup> und 56 veröffentlichungsrelevanten Kennzahlen der stationären QS-Verfahren im Erfassungsjahr 2017 müssen die Ergebnisse von 185 Indikatoren und 48 Kennzahlen (85,0 %) verpflichtend in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden. Hingegen sind die Ergebnisse von 33 Indikatoren und 8 Kennzahlen nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung vorgesehen, da die Indikatoren bzw. Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2017 das erste Mal angewendet werden (n = 10), die Indikatoren bzw. Kennzahlen umfangreich überarbeitet wurden (n = 25) oder erhebliche Bedenken bezüglich der standortbezogenen Veröffentlichung der jeweiligen Ergebnisse bestehen (n = 6). Im Vergleich zum Vorjahr bleibt die Anzahl der Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen nahezu gleich (Erfassungsjahr 2017: N = 274, Erfassungsjahr 2016: N = 277). Allerdings sinkt im Vergleich dieser beiden Erfassungsjahre der Anteil der Indikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse für eine verpflichtende standortbezogene Veröffentlichung

<sup>1</sup> 24 Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich, die in einer Übergangsphase als solche ausgegeben werden, sind hier nicht enthalten.

empfohlen werden, von 92,1% für das Erfassungsjahr 2016 auf 85,0% für das Erfassungsjahr 2017. Dies begründet sich in erster Linie durch die Indikatoren, die für das Erfassungsjahr 2017 umfassend überarbeitet wurden und deren Ergebnisse daher nicht für eine verpflichtende standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden. In den Erfassungsjahren 2011 bis 2015 lag der Anteil an Indikatoren, deren Ergebnisse veröffentlichungspflichtig waren, allerdings noch zwischen 46,7% und 68,0%.

## Nosokomiale Infektionen

Nosokomiale Infektionen bezeichnen spezielle Infektionen, die in der Folge von medizinischen Maßnahmen bzw. Eingriffen auftreten und nicht bereits vorher bestanden haben. Sie stellen ein beträchtliches Risiko für Patientinnen und Patienten dar und werden häufiger als andere Infektionen durch antibiotikaresistente Keime hervorgerufen. Im Erfassungsjahr 2017 wurden in 15 der 24 QS-Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung Informationen zum Auftreten von nosokomialen Infektionen und zur Antibiotikaphylaxe erhoben. Die nosokomialen Infektionsraten umfassen insbesondere postoperative Pneumonien, postoperative Wundinfektionen, Harnwegsinfektionen, Sepsis oder Pneumonie bei Früh- und Neugeborenen sowie Infektionen nach Organtransplantationen. Die verfahrensübergreifende Auswertung leistet einen Beitrag zur Einschätzung der spezifischen Versorgungslage in Deutschland.

Die anhand der QS-Dokumentation berechneten Anteile von nosokomialen Infektionen sind in den letzten Jahren konstant auf einem relativ niedrigen Niveau. Allerdings ist die Aussagekraft dieser Infektionsraten, die sich nur auf den Krankenhausaufenthalt beziehen, begrenzt. Die Verweildauer von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus wird immer kürzer, sodass sich nosokomial erworbene Infektionen oft erst nach der Entlassung aus dem Krankenhaus im ambulanten Bereich oder anlässlich einer stationären Wiederaufnahme zeigen. Diese Infektionen werden bislang in keinem deutschen Surveillance-System systematisch erfasst. Seit 2017 kann im neuen sektorenübergreifenden QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* das Auftreten von postoperativen Wundinfektionen, die eine besondere Gruppe der nosokomialen Infektionen darstellen, bis zu einem Jahr nach bestimmten ambulanten und stationären operativen Eingriffen erfasst und ausgewertet werden.

## Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Mit Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) im Jahr 2016 sollte unter anderem die Krankenhausplanung durch eine Berücksichtigung von qualitativen Kriterien neue Möglichkeiten der Versorgungssteuerung erhalten. Die Landesplanungsbehörden sollen die Aufnahme, den Verbleib und den Ausschluss eines Krankenhauses oder einer Fachabteilung im Krankenhausplan von der Erfüllung ausgewählter Kriterien der Versorgungsqualität abhängig machen. Hierzu werden den Ländern Ergebnisse spezifischer planungsrelevanter Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung sowie Kriterien und Maßstäbe als Basis für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung zur Verfügung gestellt. Der G-BA beschloss hierzu elf vom IQTIG vorgeschlagene planungsrelevante Qualitätsindikatoren aus den QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)*, *Geburtshilfe* und *Mammachirurgie* und legte ein Verfahren zu deren Einsatz fest. Entsprechende Konzepte waren dem G-BA zuvor vom IQTIG vorgelegt worden. Die entsprechende Richtlinie (plan. QI-RL) ist seit dem 1. Januar 2017 in Kraft, das Verfahren läuft seitdem im Regelbetrieb.

### **www.iqtig.org: Der komplette Qualitätsreport zum Download**

Der Qualitätsreport 2017 ist ebenso wie diese Zusammenfassung als PDF-Dokument auf der Website des IQTIG unter [www.iqtig.org](http://www.iqtig.org) abrufbar.