

Martina Bock, Lina Jürgens, Leif Warming

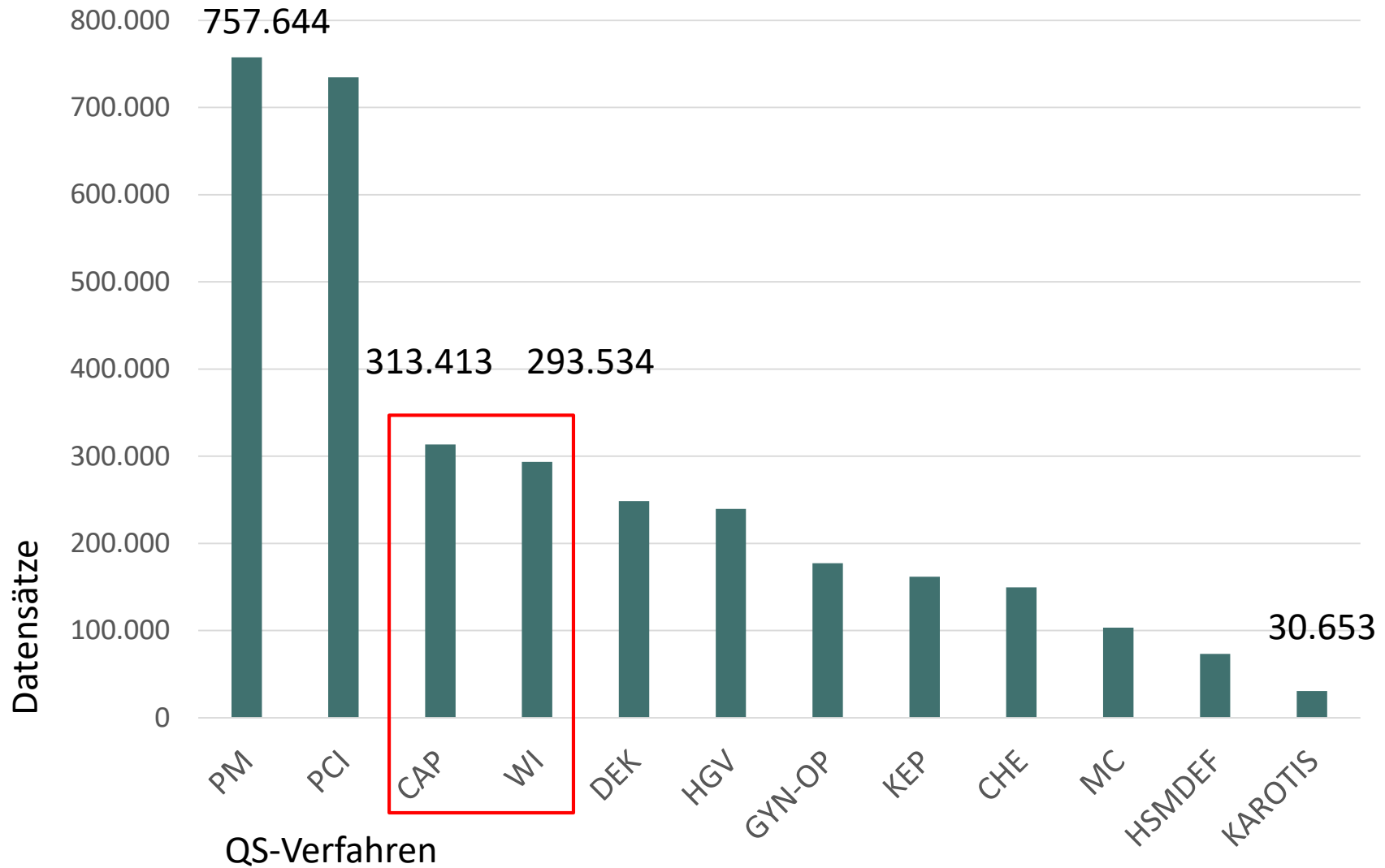
Verfahren der externen Qualitätssicherung III: Länderbezogene Verfahren der DeQS-Richtlinie

- Darstellung der Indikatoren mit besonderem Handlungsbedarf zusammen mit Erkenntnissen zu den Gründen für die qualitativen Auffälligkeiten.
- Vergleich der landesbezogenen QS-Verfahren anhand der einbezogenen Fälle.
- Vergleich der Qualitätsindikatoren anhand der qualitativen Auffälligkeiten.

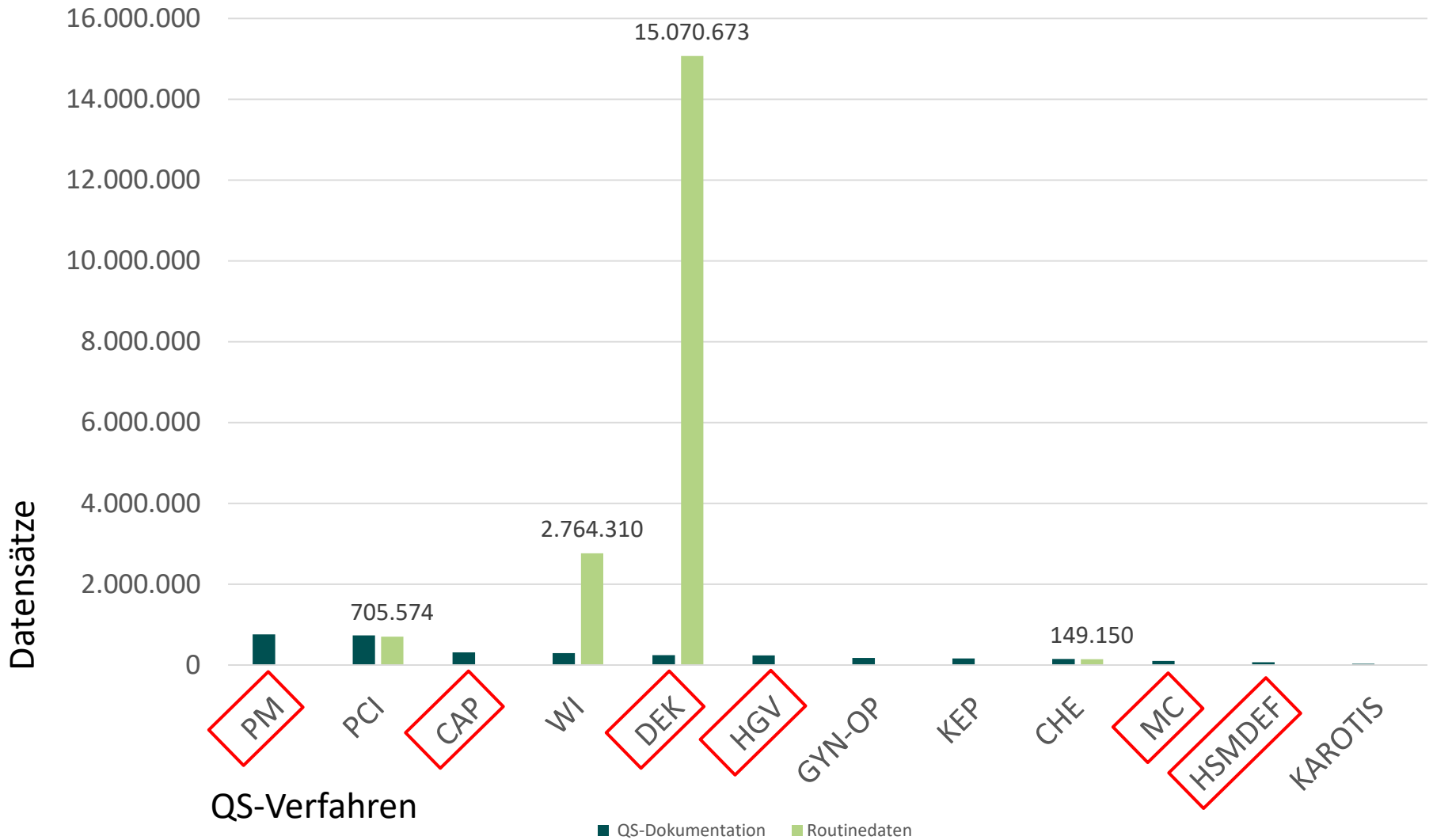
Nr.	Kürzel	Bezeichnung
1	PCI	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
2	WI	Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen
3	CHE	Cholezystektomie
4	NET	Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen
5	TX	Transplantationsmedizin
6	KCHK	Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen
7	KAROTIS	Karotis-Revaskularisation
8	CAP	Ambulant erworbene Pneumonie
9	MC	Mammachirurgie
10	GYN-OP	Gynäkologische Operationen
11	DEK	Dekubitusprophylaxe
12	HSMDEF	Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren
13	PM	Perinatalmedizin
14	HGV	Hüftgelenkversorgung
15	KEP	Knieendoprothesenversorgung

Nr.	Kürzel	Bezeichnung
1	PCI	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
2	WI	Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen
3	CHE	Cholezystektomie
4	NET	Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen
5	TX	Transplantationsmedizin
6	KCHK	Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen
7	KAROTIS	Karotis-Revaskularisation
8	CAP	Ambulant erworbene Pneumonie
9	MC	Mammachirurgie
10	GYN-OP	Gynäkologische Operationen
11	DEK	Dekubitusprophylaxe
12	HSMDEF	Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren
13	PM	Perinatalmedizin
14	HGV	Hüftgelenkversorgung
15	KEP	Knieendoprothesenversorgung

Anzahl an Datensätzen je QS-Verfahren (QS-Dokumentation)



Anzahl an Datensätzen je QS-Verfahren (QS-Dokumentation und Routinedaten)



- Ausgeprägtes oder persistierendes einrichtungsübergreifendes Qualitäts-Defizit, das unterschiedliche Gründe bei verschiedenen Einrichtungen haben kann

→ Sachstand auf Systemebene

Leitkriterien

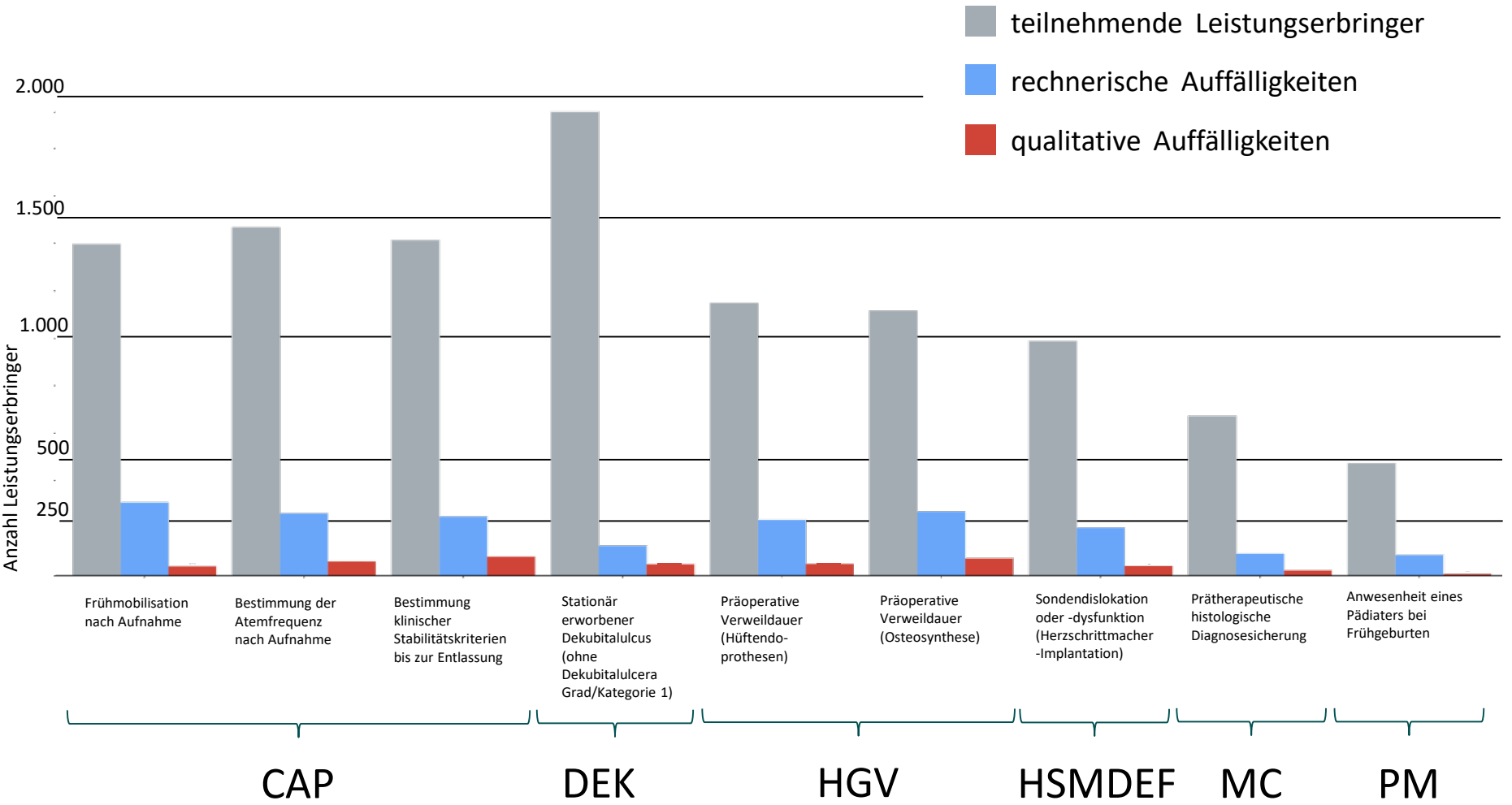
Anteil von Einrichtungen mit **unzureichender Qualität**

- > **10 % Einrichtungen**, deren Indikatorwert (EJ) signifikant außerhalb des Referenzbereichs liegt, mindestens 5 Einrichtungen
- > **5 % Einrichtungen**, die im SD (EJ -1) als qualitativ auffällig eingestuft wurden, mindestens 5 Einrichtungen

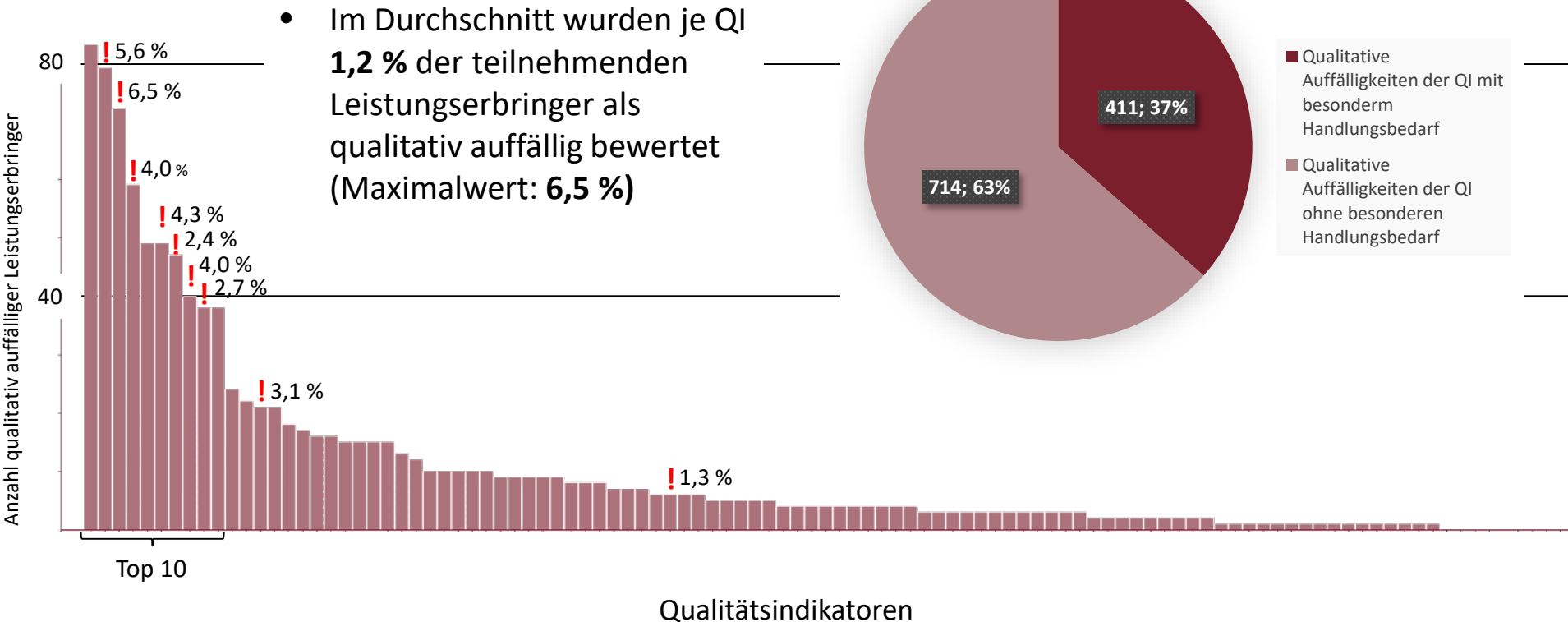
oder: ausbleibende Qualitätsverbesserung über die Zeit – **persistierendes Qualitätsdefizit**

→ **mindestens 1 positiv** beantwortetes Leitkriterium ergibt einen besonderen Handlungsbedarf – **begründetes Abweichen** ist möglich

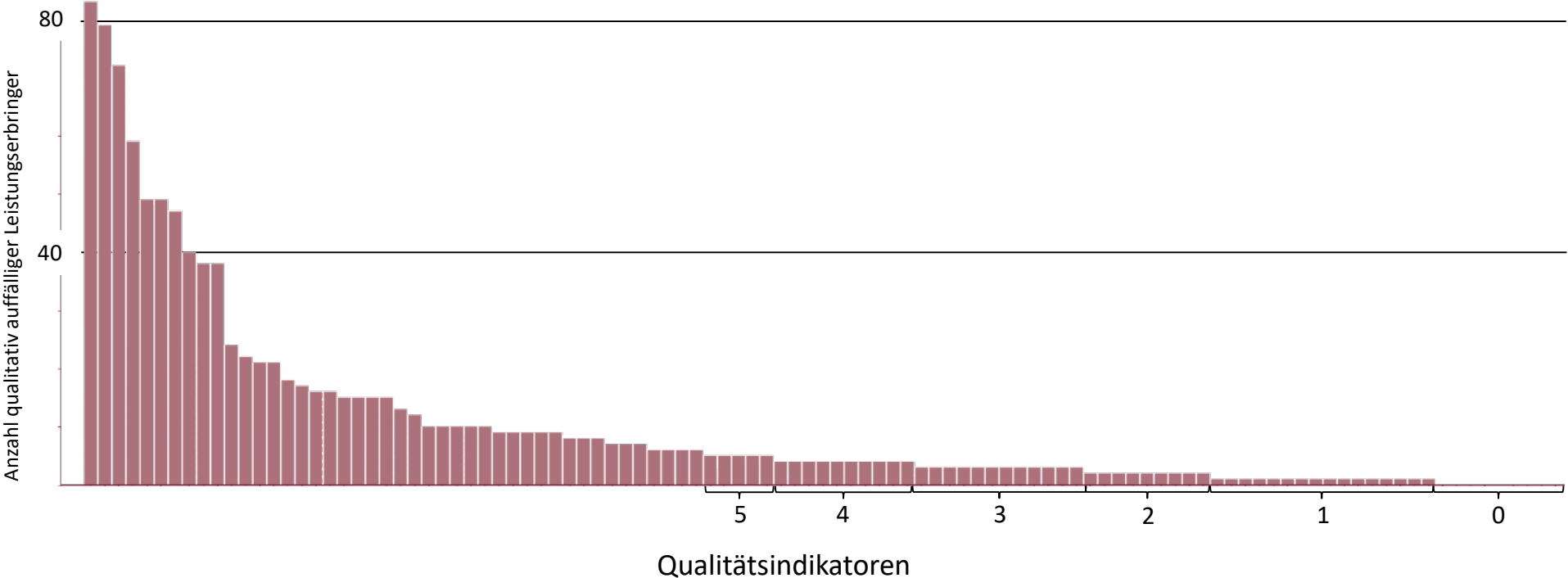
Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf



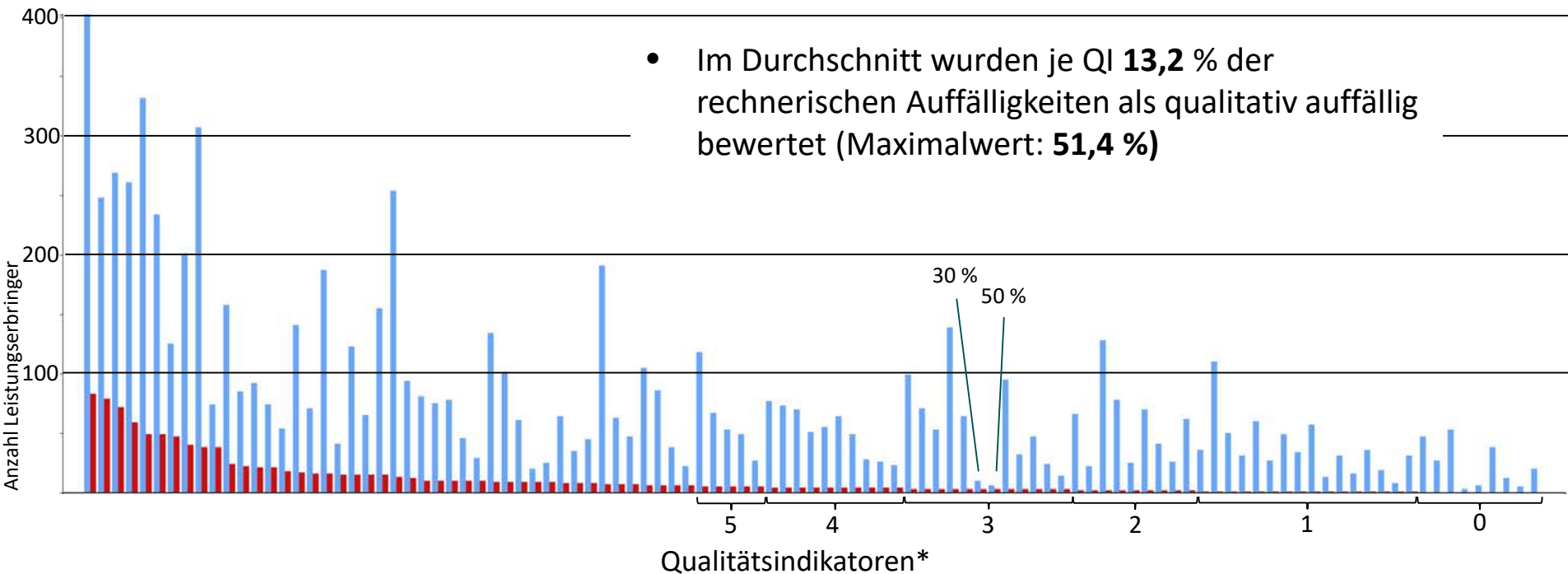
Qualitative Auffälligkeiten je Qualitätsindikator*



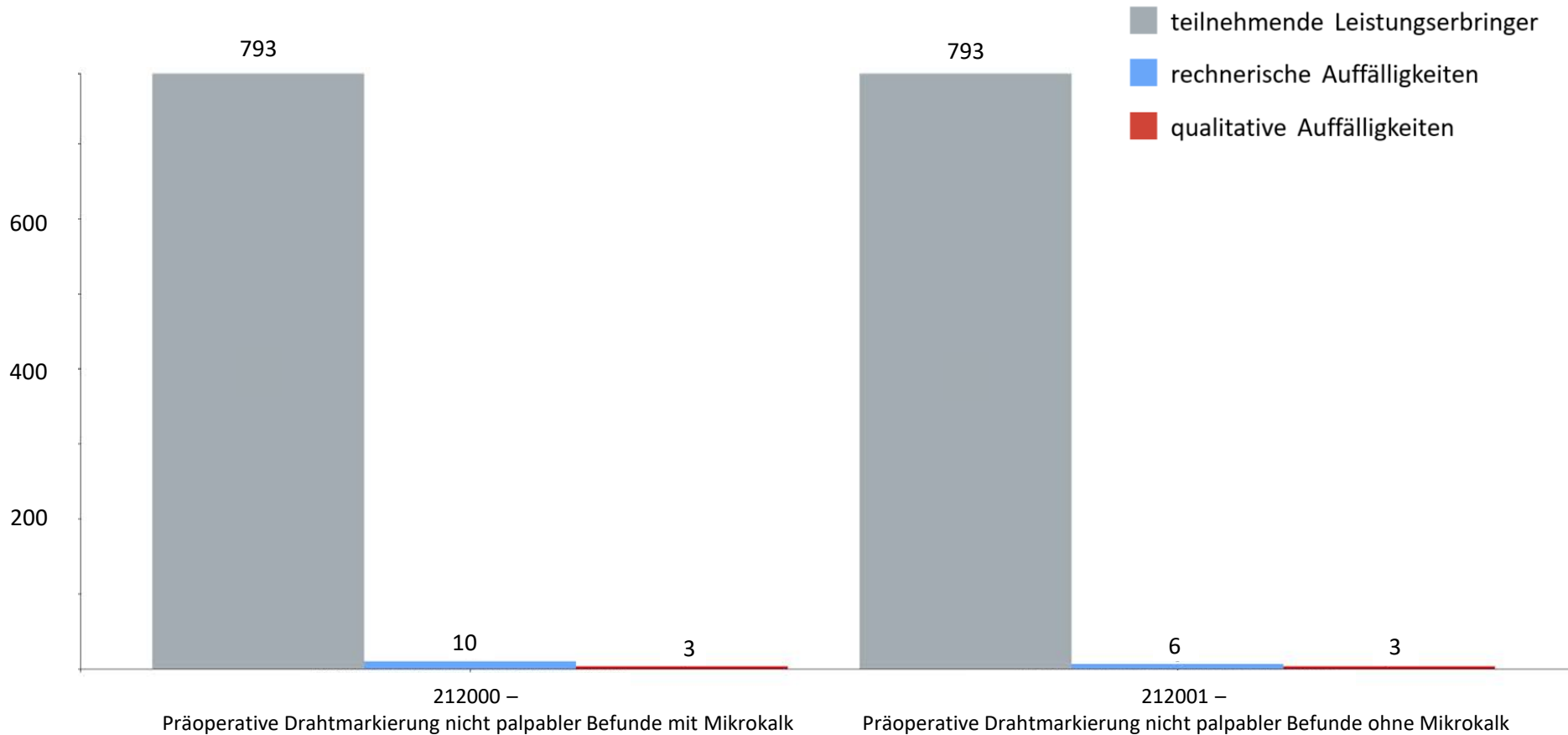
*QI für die der Strukturierte Dialog im Jahr 2021 durchgeführt wurde



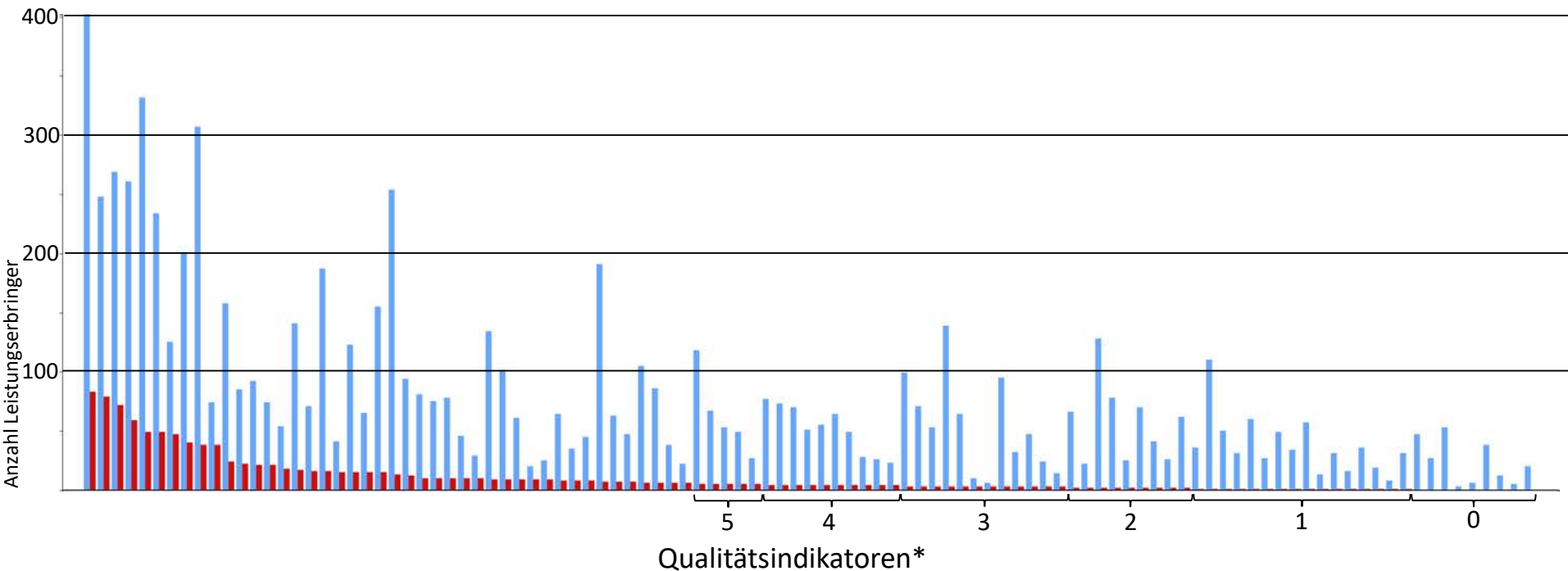
*QI für die der Strukturierte Dialog im Jahr 2021 durchgeführt wurde

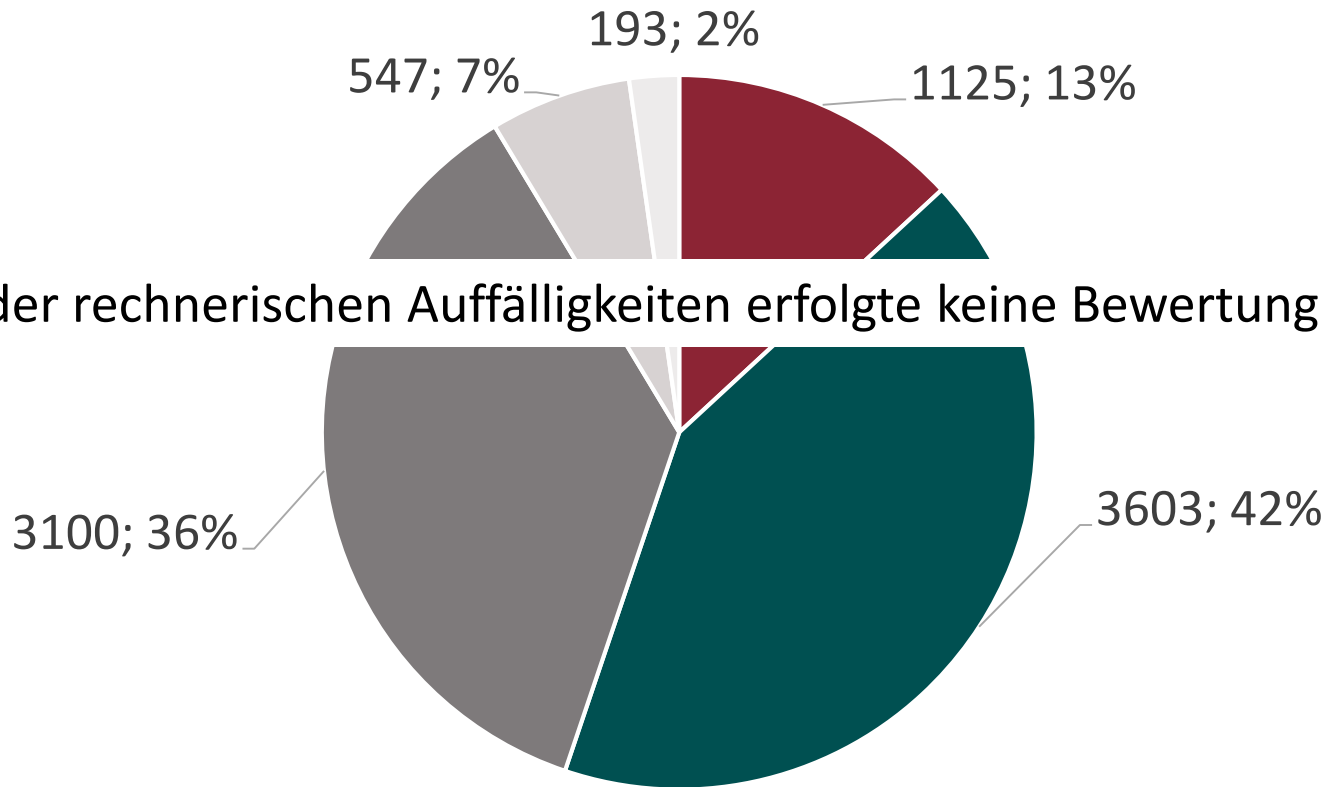


Qualitätsindikatoren mit wenigen rechnerischen und wenigen qualitativen Auffälligkeiten (Beispiele)



Qualitativ auffällige und rechnerisch auffällige QI-Ergebnisse*

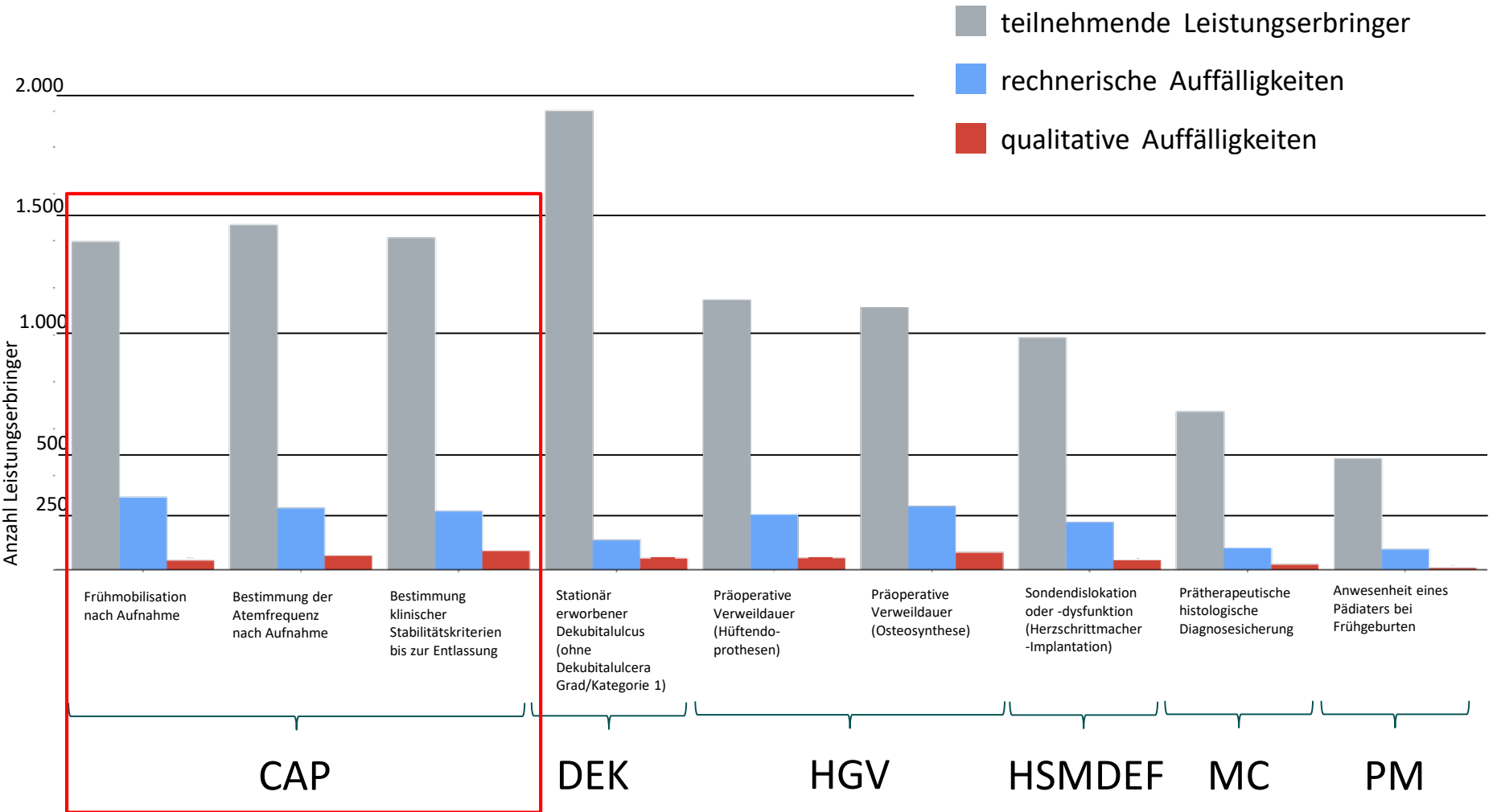




Für 45% der rechnerischen Auffälligkeiten erfolgte keine Bewertung der Qualität

- Qualitativ auffällig
- Qualitativ unaffällig
- Hinweise
- Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation
- Sonstiges

Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf



- 5 Qualitätsindikatoren
- 4 Transparenzkennzahlen
- 5 Auffälligkeitskriterien

Indikatoren mit besonderem Handlungsbedarf:

- QI 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme
- QI 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
- QI 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

CAP – Ergebnisse der Indikatoren mit besonderem Handlungsbedarf im Zeitverlauf

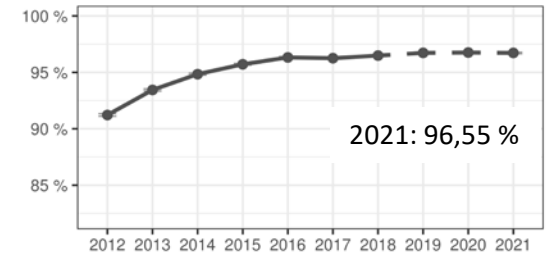
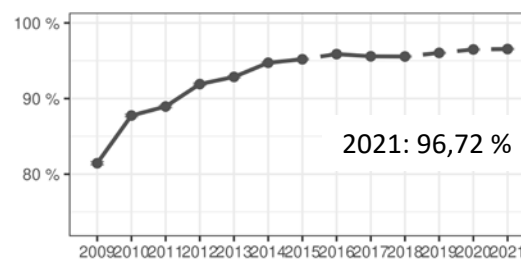
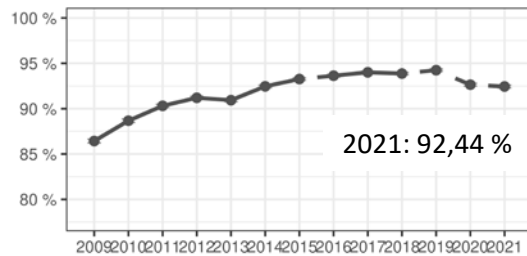
Leitkriterium

Frühmobilisation nach Aufnahme (ID 13)

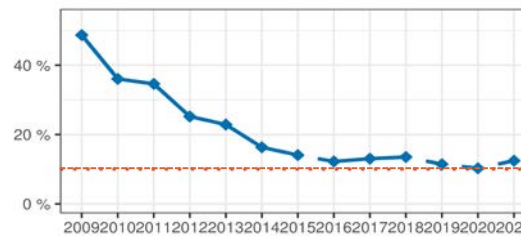
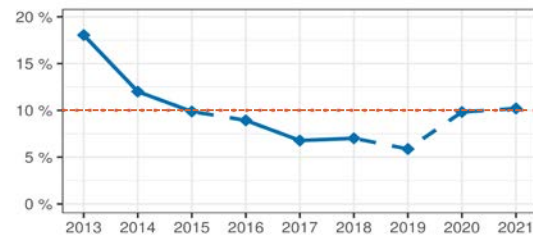
Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ID 50722)

Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ID 2028)

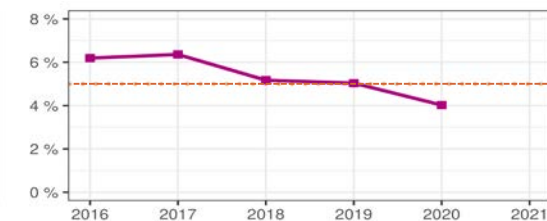
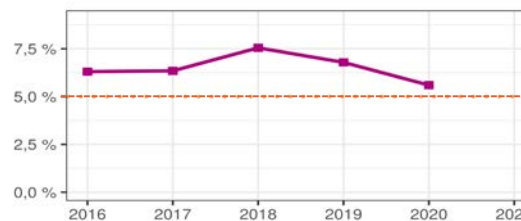
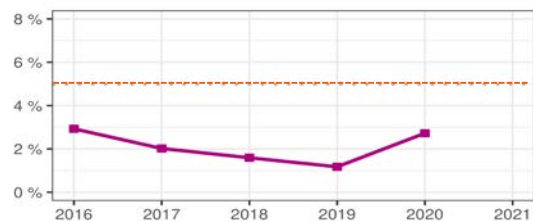
Bundeswert (rohe Rate)



Anteil der als „statistisch auffällig“ bewerteten Ergebnisse



Anteil der als „qualitativ auffällig“ bewerteten Leistungserbringer



- Keine systematische Erfassung im Rahmen der QSKH-RL

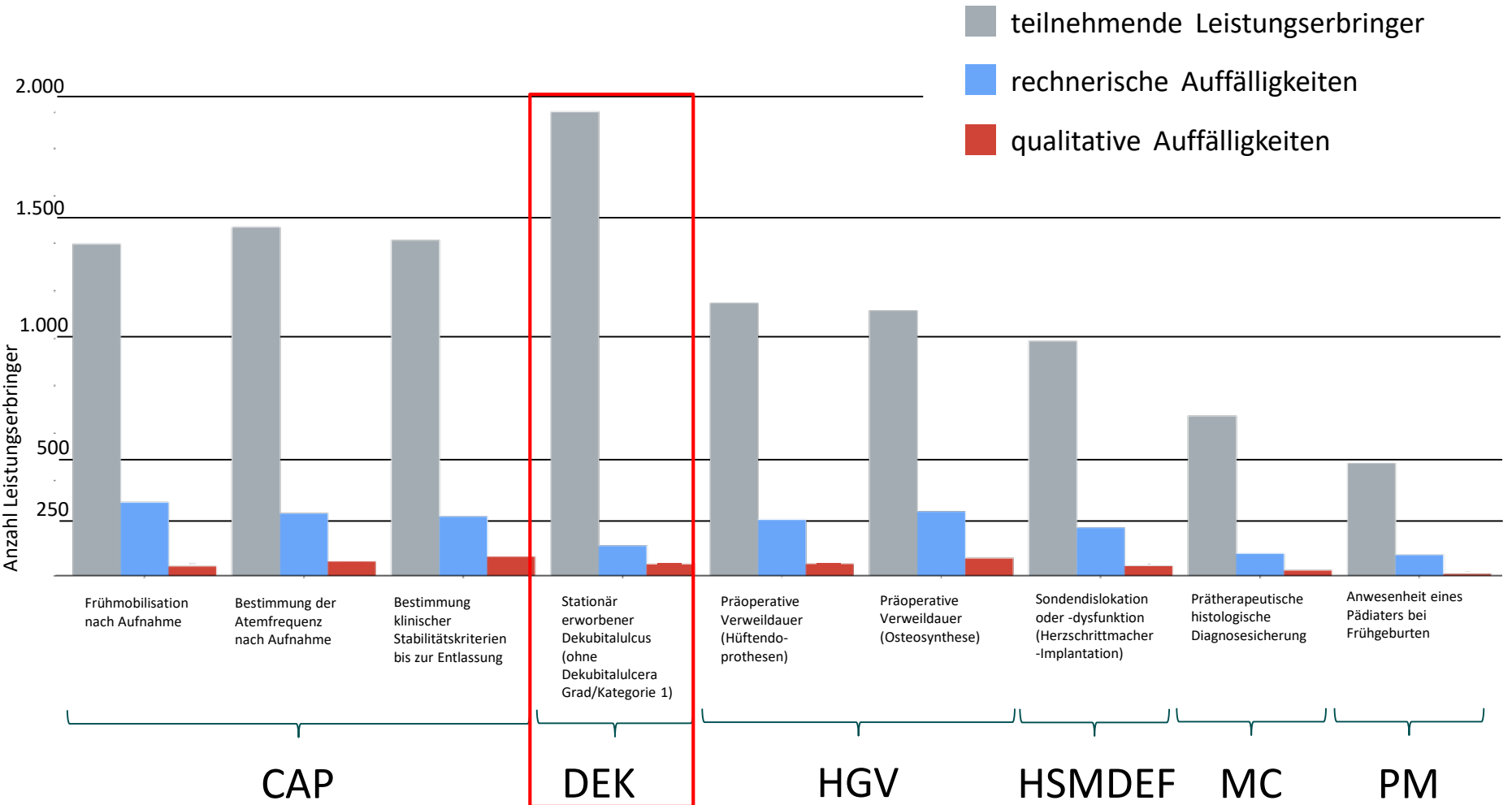
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	40	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		41	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

- Zukünftig muss gemäß der Spezifikation für die Qualitätssicherungsergebnisberichte für qualitative Auffälligkeiten ein Kommentarfeld ausgefüllt werden.

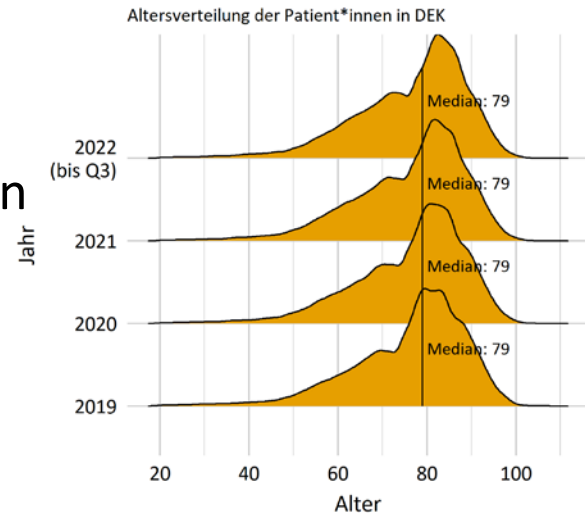
Beispiele für Angaben zu Gründe für qualitative Auffälligkeiten aus den Berichten zum Strukturierten Dialog 2019 und 2020

<p>2013 – Frühmobilisation nach Aufnahme</p>	<ul style="list-style-type: none">• Nicht nachvollziehbare Argumentationen in den Stellungnahmen• Keine Versorgung von Notfällen aufgrund eines Zusammenschlusses mit einem Maximalversorger• Pandemiebedingte Verzögerungen
<p>2028 – Vollständige Best. klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</p>	<ul style="list-style-type: none">• Mangelnde Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern• Häufige Prozessrestrukturierungen• Pandemiebedingte Prozessmängel
<p>50722 – Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme</p>	<ul style="list-style-type: none">• Mangelnde Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern• Prozessüberarbeitungen, die sich noch nicht ausreichend in Ergebnissen niederschlagen konnten.• Pandemiebedingte Besonderheiten

Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf



- QS-Daten, Routinedaten (Risikostatistik)
- Alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren
- 2 Qualitätsindikatoren
- 3 Kennzahlen
- **52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad*/Kategorie 1)**
 - Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad*/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad*/ bezeichneter Kategorie bei vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand



* ab 2023 „Stadium“

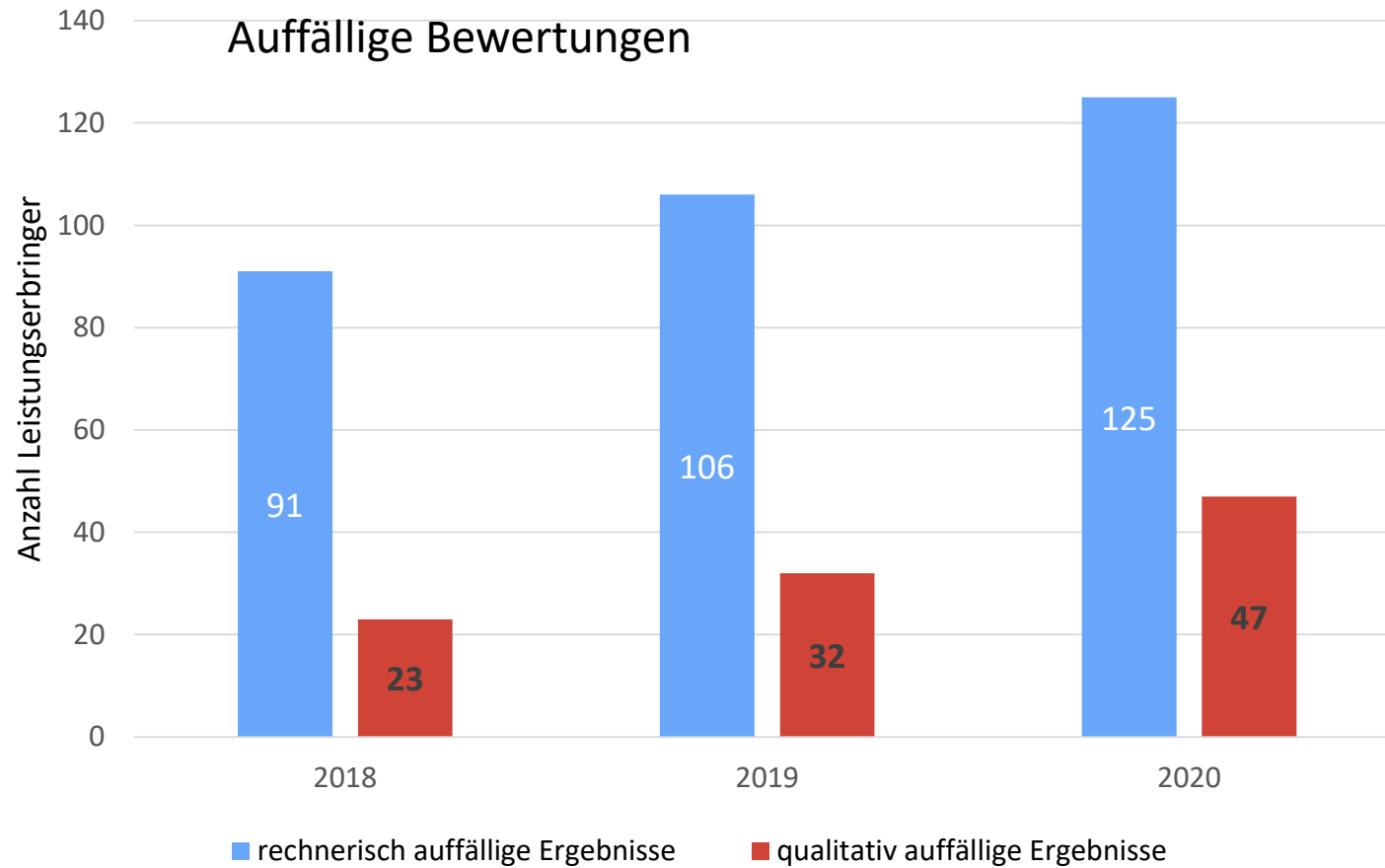
52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad*/Kategorie 1)

Leitkriterium	EJ 2020	EJ 2021	Zeitverlauf (mind. 3 Jahre)														
Bundeswert (rohe Rate; ohne Risikoadjustierung)	0,40 % (n = 59.661**)	0,40 % (n = 60.553**)	<table border="1"> <caption>Bundeswert (rohe Rate) Zeitverlauf</caption> <thead> <tr> <th>Jahr</th> <th>Rate</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2017</td><td>0,40 %</td></tr> <tr><td>2018</td><td>0,40 %</td></tr> <tr><td>2019</td><td>0,40 %</td></tr> <tr><td>2020</td><td>0,40 %</td></tr> <tr><td>2021</td><td>0,40 %</td></tr> </tbody> </table>	Jahr	Rate	2017	0,40 %	2018	0,40 %	2019	0,40 %	2020	0,40 %	2021	0,40 %		
Jahr	Rate																
2017	0,40 %																
2018	0,40 %																
2019	0,40 %																
2020	0,40 %																
2021	0,40 %																
Anteil der als „qualitativ auffällig“ bewerteten Leistungserbringer	2,41 % (n = 47)		<table border="1"> <caption>Anteil qualitativ auffälliger Leistungserbringer Zeitverlauf</caption> <thead> <tr> <th>Jahr</th> <th>Anteil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2016</td><td>2,41 %</td></tr> <tr><td>2017</td><td>1,20 %</td></tr> <tr><td>2018</td><td>1,70 %</td></tr> <tr><td>2019</td><td>1,70 %</td></tr> <tr><td>2020</td><td>2,41 %</td></tr> <tr><td>2021</td><td>2,41 %</td></tr> </tbody> </table>	Jahr	Anteil	2016	2,41 %	2017	1,20 %	2018	1,70 %	2019	1,70 %	2020	2,41 %	2021	2,41 %
Jahr	Anteil																
2016	2,41 %																
2017	1,20 %																
2018	1,70 %																
2019	1,70 %																
2020	2,41 %																
2021	2,41 %																

* ab 2023 „Stadium“

** Ohne Überlieger/ observed QS-Daten

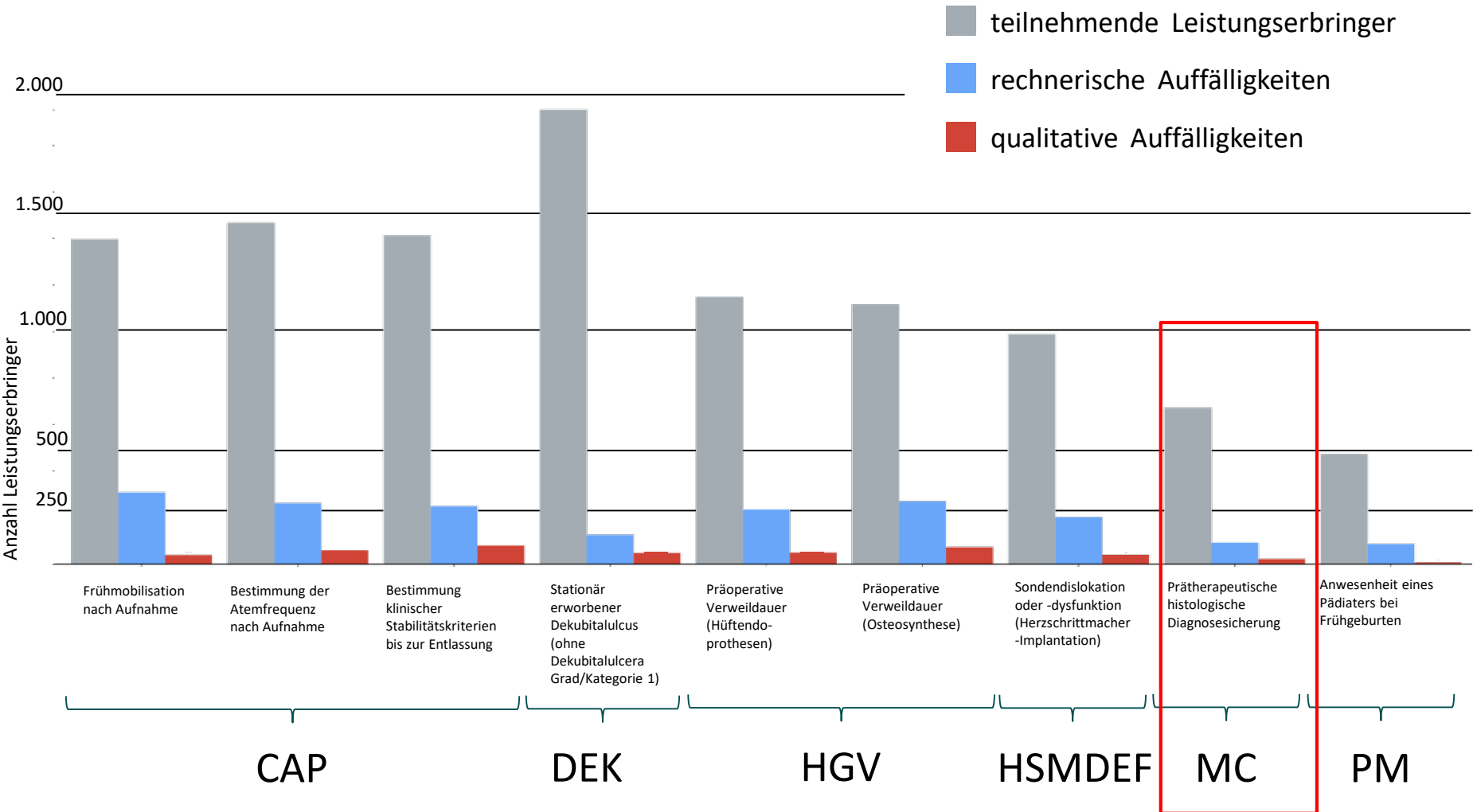
52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad*/Kategorie 1)



* ab 2023 „Stadium“

- Risikoeinschätzung/ Pflegeanamnese
- prophylaktische Maßnahmen werden nicht, zu spät oder unzureichend durchgeführt
- Fehlinterpretation/Fehlerfassung
- hohe Personalfuktuation (die aktuellen Rahmenbedingungen für die Pflege problembehaftet)
- **Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege nicht hinreichend umgesetzt**

Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf

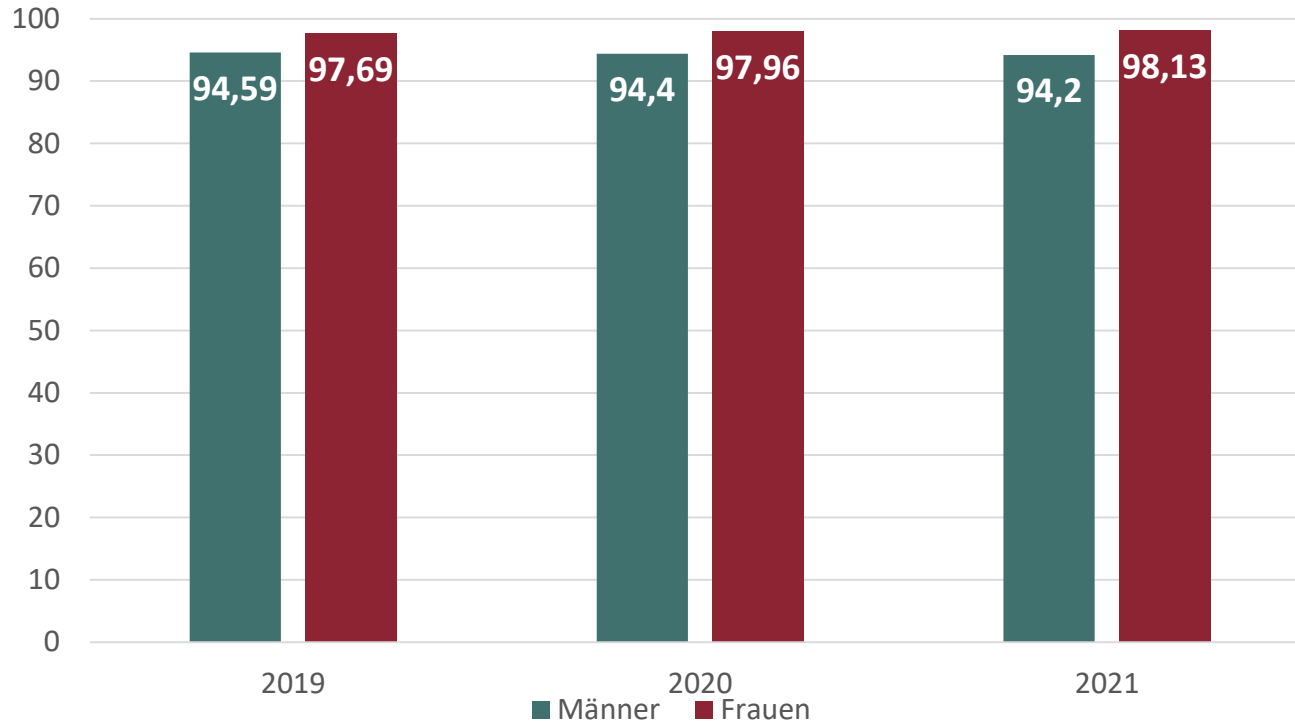


- Alle offenen Biopsien der Brust, die wegen gutartiger wie bösartiger Tumore und Präkanzerosen oder bei Tumorverdacht durchgeführt werden
- Ca. 1 % der betrachteten Fälle sind männlich
- 13 Qualitätsindikatoren

- **51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung**
 - Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS und Ersteingriff

Leitkriterium	EJ 2020	EJ 2021	Zeitverlauf (mind. 3 Jahre)																				
Bundeswert (rohe Rate)	97,93 %	98,10 %	<table border="1"> <caption>Raw Rate (Bundeswert) - 2013-2021</caption> <thead> <tr><th>Jahr</th><th>Rate (%)</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>2013</td><td>96,0</td></tr> <tr><td>2014</td><td>96,5</td></tr> <tr><td>2015</td><td>97,0</td></tr> <tr><td>2016</td><td>96,5</td></tr> <tr><td>2017</td><td>97,5</td></tr> <tr><td>2018</td><td>97,8</td></tr> <tr><td>2019</td><td>98,0</td></tr> <tr><td>2020</td><td>98,0</td></tr> <tr><td>2021</td><td>98,1</td></tr> </tbody> </table>	Jahr	Rate (%)	2013	96,0	2014	96,5	2015	97,0	2016	96,5	2017	97,5	2018	97,8	2019	98,0	2020	98,0	2021	98,1
Jahr	Rate (%)																						
2013	96,0																						
2014	96,5																						
2015	97,0																						
2016	96,5																						
2017	97,5																						
2018	97,8																						
2019	98,0																						
2020	98,0																						
2021	98,1																						
Anteil der als „statistisch auffällig“ bewerteten Ergebnisse	4,77 %	5,34 %	<table border="1"> <caption>Statistically Significant Results - 2013-2021</caption> <thead> <tr><th>Jahr</th><th>Anteil (%)</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>2013</td><td>11,0</td></tr> <tr><td>2014</td><td>11,5</td></tr> <tr><td>2015</td><td>8,0</td></tr> <tr><td>2016</td><td>9,5</td></tr> <tr><td>2017</td><td>5,5</td></tr> <tr><td>2018</td><td>5,5</td></tr> <tr><td>2019</td><td>6,0</td></tr> <tr><td>2020</td><td>5,0</td></tr> <tr><td>2021</td><td>5,5</td></tr> </tbody> </table>	Jahr	Anteil (%)	2013	11,0	2014	11,5	2015	8,0	2016	9,5	2017	5,5	2018	5,5	2019	6,0	2020	5,0	2021	5,5
Jahr	Anteil (%)																						
2013	11,0																						
2014	11,5																						
2015	8,0																						
2016	9,5																						
2017	5,5																						
2018	5,5																						
2019	6,0																						
2020	5,0																						
2021	5,5																						
Anteil der als „qualitativ auffällig“ bewerteten Leistungserbringer	3,13 %		<table border="1"> <caption>Qualitatively Significant Providers - 2016-2021</caption> <thead> <tr><th>Jahr</th><th>Anteil (%)</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>2016</td><td>3,0</td></tr> <tr><td>2017</td><td>2,5</td></tr> <tr><td>2018</td><td>1,8</td></tr> <tr><td>2019</td><td>3,0</td></tr> <tr><td>2020</td><td>3,0</td></tr> <tr><td>2021</td><td>3,1</td></tr> </tbody> </table>	Jahr	Anteil (%)	2016	3,0	2017	2,5	2018	1,8	2019	3,0	2020	3,0	2021	3,1						
Jahr	Anteil (%)																						
2016	3,0																						
2017	2,5																						
2018	1,8																						
2019	3,0																						
2020	3,0																						
2021	3,1																						

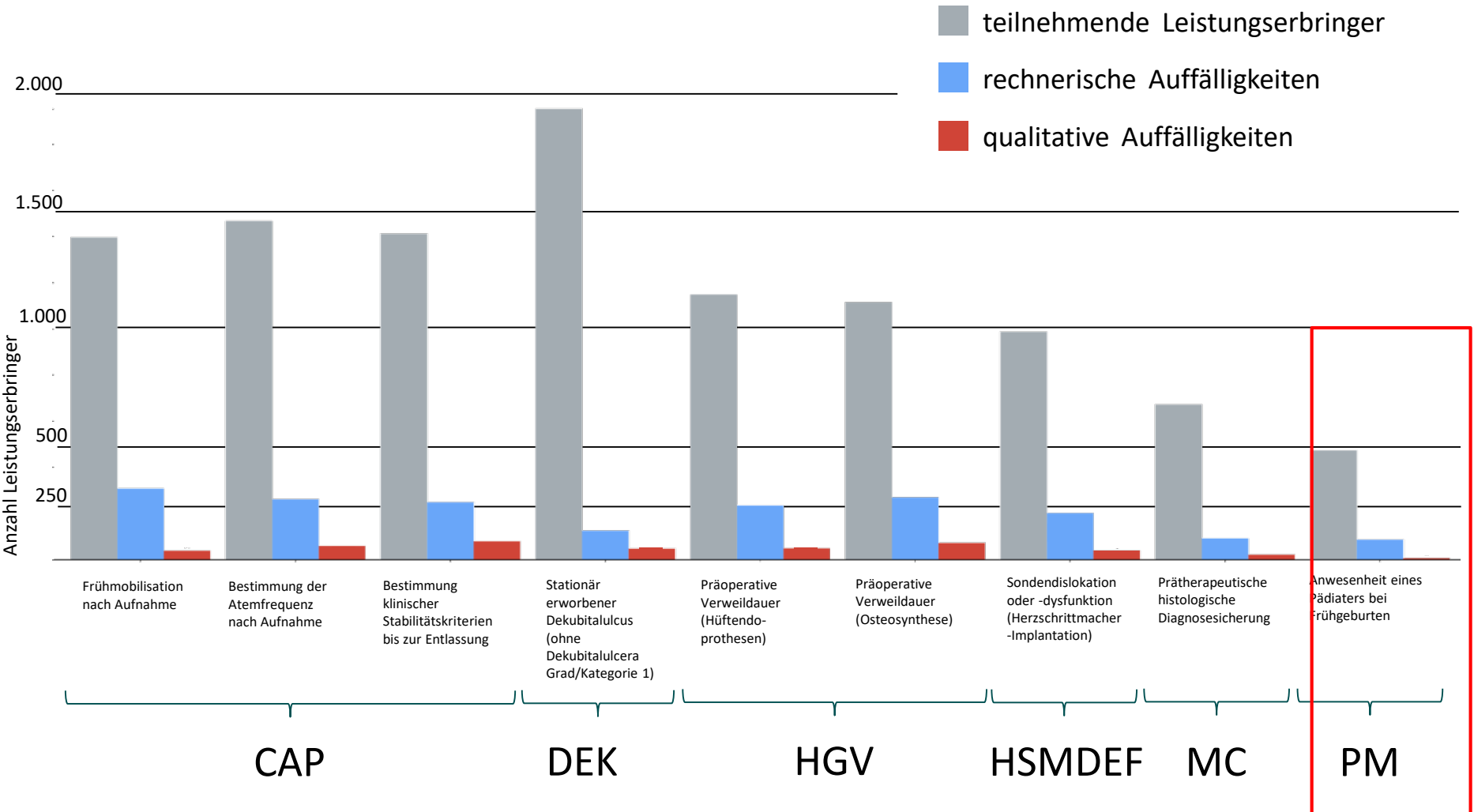
Bundesergebnis nach Geschlecht in (%)



Konfidenzintervall (KI %)

Männer	0,00 - 0,43
Frauen	0,04 - 0,05

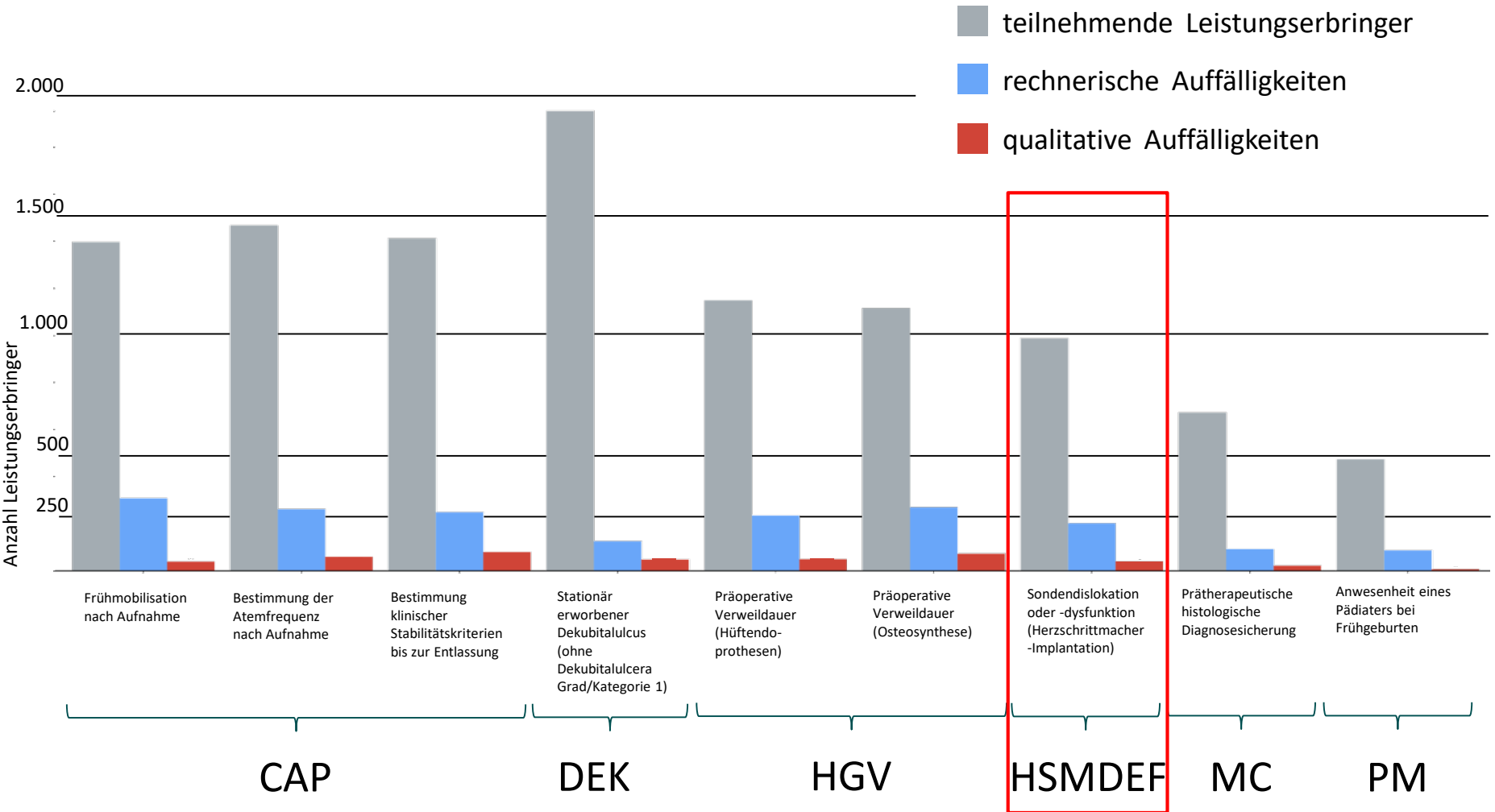
Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf



- umfasst die geburtshilfliche Versorgung von Mutter und Kind im Zeitraum kurz vor bis kurz nach der Geburt sowie die Versorgung und Behandlung von Neu- bzw. Frühgeborenen
- 8 Qualitätsindikatoren
- 6 Kennzahlen
- plan. QI-RL, DeQS-RL
- **318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten**
 - Häufige Anwesenheit eines Pädiaters bei Geburt von lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen

Leitkriterium	EJ 2020	EJ 2021	Zeitverlauf (mind. 3 Jahre)																												
Bundeswert (rohe Rate)	96,9 %	97,17 %	<table border="1"> <caption>Zeitverlauf Bundeswert (rohe Rate)</caption> <thead> <tr><th>Jahr</th><th>Rate (%)</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>2009</td><td>92,5</td></tr> <tr><td>2010</td><td>94,5</td></tr> <tr><td>2011</td><td>95,2</td></tr> <tr><td>2012</td><td>95,5</td></tr> <tr><td>2013</td><td>95,5</td></tr> <tr><td>2014</td><td>95,8</td></tr> <tr><td>2015</td><td>96,0</td></tr> <tr><td>2016</td><td>96,2</td></tr> <tr><td>2017</td><td>97,0</td></tr> <tr><td>2018</td><td>97,2</td></tr> <tr><td>2019</td><td>97,2</td></tr> <tr><td>2020</td><td>96,8</td></tr> <tr><td>2021</td><td>97,2</td></tr> </tbody> </table>	Jahr	Rate (%)	2009	92,5	2010	94,5	2011	95,2	2012	95,5	2013	95,5	2014	95,8	2015	96,0	2016	96,2	2017	97,0	2018	97,2	2019	97,2	2020	96,8	2021	97,2
Jahr	Rate (%)																														
2009	92,5																														
2010	94,5																														
2011	95,2																														
2012	95,5																														
2013	95,5																														
2014	95,8																														
2015	96,0																														
2016	96,2																														
2017	97,0																														
2018	97,2																														
2019	97,2																														
2020	96,8																														
2021	97,2																														
Anteil der als „statistisch auffällig“ bewerteten Ergebnisse	13,74%	14,56 %	<table border="1"> <caption>Zeitverlauf Anteil statistisch auffällig</caption> <thead> <tr><th>Jahr</th><th>Anteil (%)</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>2009</td><td>30</td></tr> <tr><td>2010</td><td>27</td></tr> <tr><td>2011</td><td>23</td></tr> <tr><td>2012</td><td>21</td></tr> <tr><td>2013</td><td>22</td></tr> <tr><td>2014</td><td>22</td></tr> <tr><td>2015</td><td>21</td></tr> <tr><td>2016</td><td>19</td></tr> <tr><td>2017</td><td>18</td></tr> <tr><td>2018</td><td>15</td></tr> <tr><td>2019</td><td>13</td></tr> <tr><td>2020</td><td>14</td></tr> <tr><td>2021</td><td>15</td></tr> </tbody> </table>	Jahr	Anteil (%)	2009	30	2010	27	2011	23	2012	21	2013	22	2014	22	2015	21	2016	19	2017	18	2018	15	2019	13	2020	14	2021	15
Jahr	Anteil (%)																														
2009	30																														
2010	27																														
2011	23																														
2012	21																														
2013	22																														
2014	22																														
2015	21																														
2016	19																														
2017	18																														
2018	15																														
2019	13																														
2020	14																														
2021	15																														
Anteil der als „qualitativ auffällig“ bewerteten Leistungserbringer	1,27 %		<table border="1"> <caption>Zeitverlauf Anteil qualitativ auffällig</caption> <thead> <tr><th>Jahr</th><th>Anteil (%)</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>2016</td><td>1,3</td></tr> <tr><td>2017</td><td>2,5</td></tr> <tr><td>2018</td><td>4,5</td></tr> <tr><td>2019</td><td>1,3</td></tr> <tr><td>2020</td><td>1,3</td></tr> <tr><td>2021</td><td>1,3</td></tr> </tbody> </table>	Jahr	Anteil (%)	2016	1,3	2017	2,5	2018	4,5	2019	1,3	2020	1,3	2021	1,3														
Jahr	Anteil (%)																														
2016	1,3																														
2017	2,5																														
2018	4,5																														
2019	1,3																														
2020	1,3																														
2021	1,3																														

Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf



■ Herzschrittmacherversorgung

- 19 Qualitätsindikatoren
- 1 Transparenzkennzahl
- 13 Auffälligkeitskriterien

■ Versorgung mit implantierbaren Defibrillatoren

- 17 Qualitätsindikatoren
- 1 Transparenzkennzahl
- 12 Auffälligkeitskriterien

Indikator mit besonderem Handlungsbedarf:

- QI 52311 Sondendislokation oder -dysfunktion (HSM-IMPL)

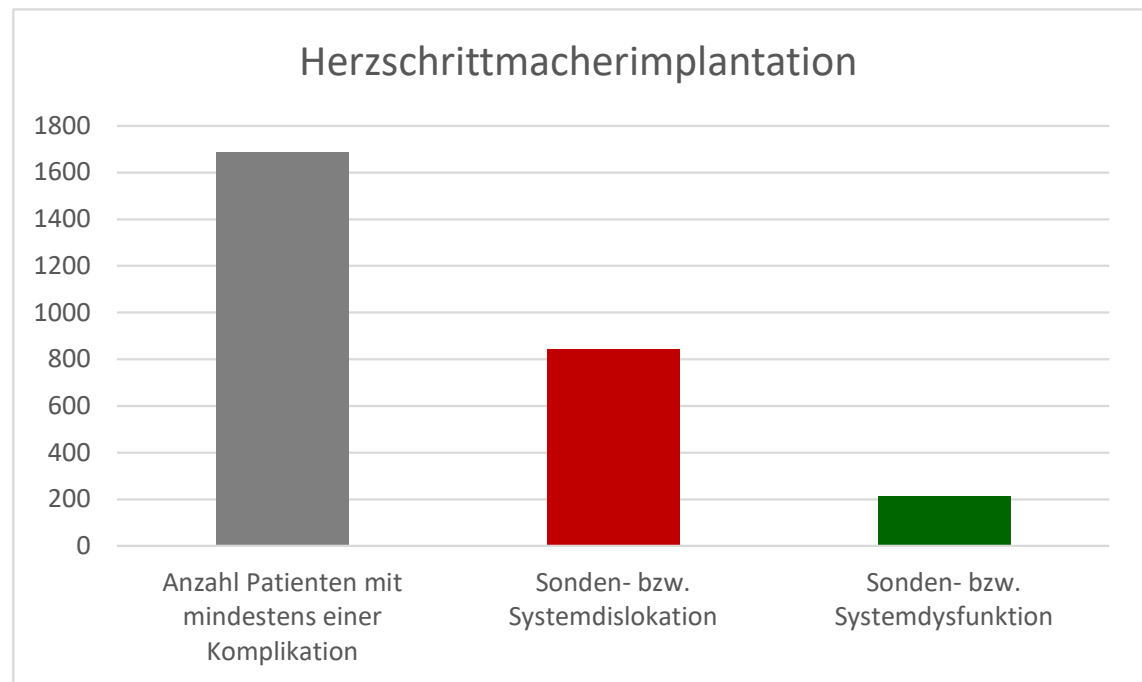
■ Sondendislokationen

- häufiger bei Vorhofsonden als bei Ventrikelsonden
- häufiger bei Implantation von Zweikammersystemen als bei Einkammersystemen

■ Sondendysfunktionen häufiger bei Ventrikelsonden als bei Vorhofsonden

■ Vermeidung durch:

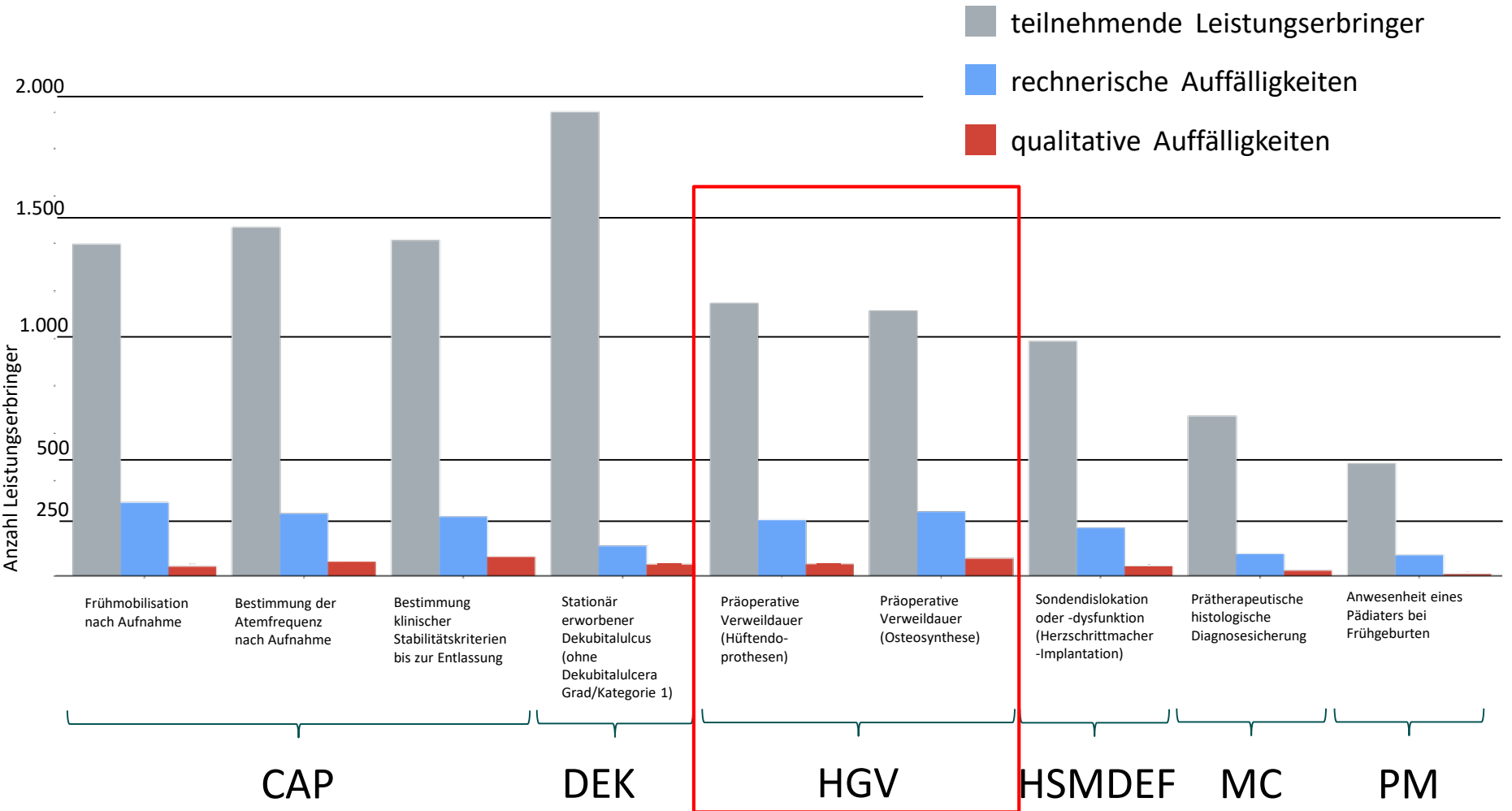
- möglichst optimale Positionierung
- Fixation der Sonden



Leitkriterium	Sondendislokation oder -dysfunktion (ID 52311)	Sondendislokation oder -dysfunktion (ID 52325)
Bundeswert (rohe Rate)	<p>1,42 %</p>	
Anteil der als „statistisch auffällig“ bewerteten Ergebnisse		
Anteil der als „qualitativ auffällig“ bewerteten Leistungserbringer	<p>4,06 %</p>	<p>0,27 %</p>

- Gründe für qualitativ auffällig bewertete Ergebnisse:
 - Angabe „Struktur- und Prozessmängel“
wenige Informationen zu Hintergründen übermittelt
 - Einfluss COVID-19-Pandemie
 - SOPs für Eingriffe der Rhythmologie noch nicht implementiert
 - Mitarbeiter nicht ausreichend geschult

Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf



■ OSFRAK

- 5 Qualitätsindikatoren
- 1 Transparenzkennzahl
- 5 Auffälligkeitskriterien

■ HEP

- 12 Qualitätsindikatoren
- 2 Transparenzkennzahlen
- 13 Auffälligkeitskriterien

Indikatoren mit besonderem Handlungsbedarf:

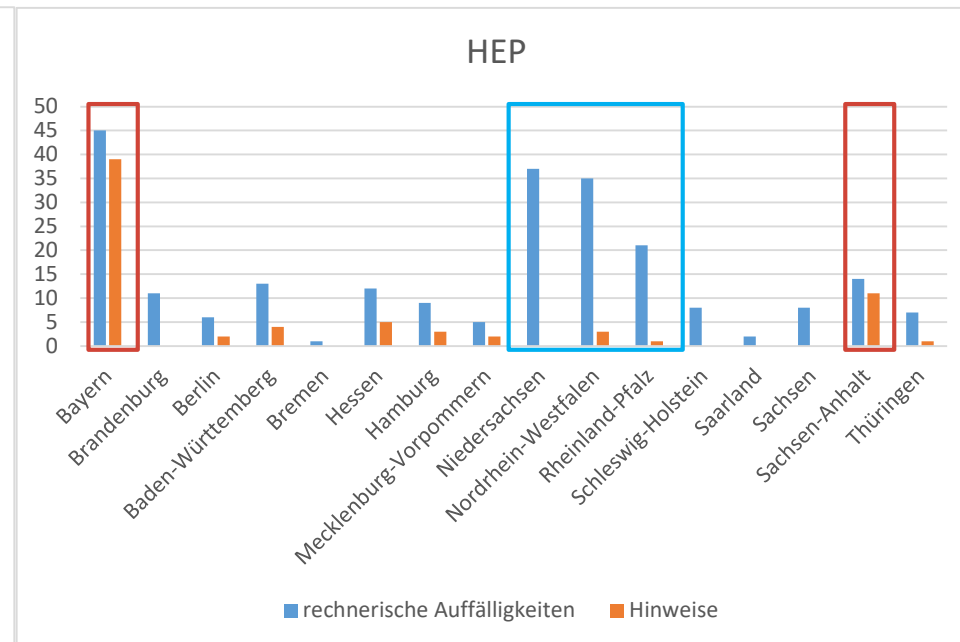
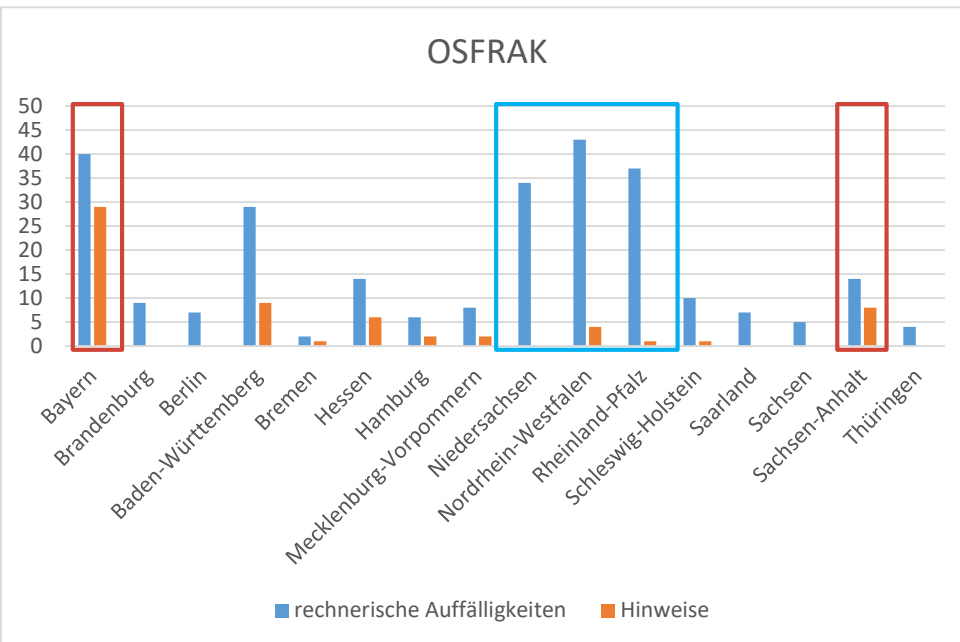
- QI 54030: Präoperative Verweildauer (OSFRAK)
- QI 54003: Präoperative Verweildauer (HEP)

Leitkriterium	Präoperative Verweildauer (ID 54030)	Präoperative Verweildauer (ID 54003)
Bundeswert (rohe Rate)	<p>9,11 %</p>	<p>8,82 %</p>
Anteil der als „statistisch auffällig“ bewerteten Ergebnisse		
Anteil der als „qualitativ auffällig“ bewerteten Leistungserbringer	<p>6,46 %</p>	<p>4,27 %</p>

Präoperative Verweildauer (HGV - OSFRAK und HEP)

Einblick zu Rückmeldungen aus dem SD zum EJ 2020

- Umfang zurückgemeldeter Gründe
- Am Bsp. Präoperative Verweildauer
- Versendete Hinweise



- Gründe für qualitativ auffällig bewertete Ergebnisse:
 - Prozessmängel
 - Einfluss COVID-19-Pandemie

Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit!

www.iqtig.org