



Auftraggeber:



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

# Qualitätsreport 2020

## Zusammenfassung

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

## Qualitätsreport 2020

Der Qualitätsreport 2020 fasst die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung (QS) für das Erfassungsjahr 2019 zusammen. Er liefert detaillierte Informationen zu 24 Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) in verschiedenen Versorgungsbereichen wie z. B. Gefäßchirurgie, Gynäkologie und Transplantationsmedizin. Dazu gehören auch eine Zusammenfassung der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs bzw. Stellungnahmeverfahrens für das Erfassungsjahr 2018 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.

Wie bereits im Vorjahr wird im Titel des Qualitätsreports das Jahr genannt, in dem der Qualitätsreport erscheint (2020), und nicht mehr das zurückliegende Erfassungsjahr (2019). Dies ist darin begründet, dass im Qualitätsreport zunehmend über mehrere Erfassungsjahre berichtet wird: zusätzlich zu Ergebnissen des Strukturierten Dialogs bzw. Stellungnahmeverfahrens zum Erfassungsjahr 2018 werden inzwischen auch Ergebnisse von Follow-up-Indikatoren berichtet. Dabei beziehen sich in diesem Jahr beispielsweise im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu diesen Follow-up-Indikatoren auf das Erfassungsjahr 2017.

Die jeweiligen QS-Verfahren werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) und der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) definiert. Zum Januar 2019 wurde die DeQS-RL um ein drittes QS-Verfahren ergänzt. Neben den zwei bestehenden Verfahren *Perkutane Koronarintervention (PCI)* und *Koronarangiographie (QS PCI)* und *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)* wurde das QS-Verfahren *Cholezystektomie (QS CHE)* in die DeQS-RL aufgenommen.

## Die wichtigsten Zahlen



### Leistungserbringer

- für die QS-Verfahren nach QSKH-RL: 1.472 Krankenhäuser, 1.798 Krankenhausstandorte
- *QS PCI*: 255 vertragsärztliche Praxen / Medizinische Versorgungszentren (MVZ), 961 Krankenhausstandorte, 19 selektivvertragliche Leistungserbringer
- *QS WI* einrichtungsbezogene Dokumentation: 2.087 ambulant operierende vertragsärztliche Leistungserbringer, 612 ambulant operierende Krankenhausstandorte, 940 stationär operierende Krankenhausstandorte; *QS WI* fallbezogene Dokumentation: 1.386 Krankenhausstandorte



### Datensätze

- für die QS-Verfahren nach QSKH-RL: ca. 2,4 Mio. gelieferte QS-Datensätze
- *QS PCI*: 800.986 gelieferte Datensätze
- *QS WI* einrichtungsbezogene Dokumentation: 2.699 gelieferte Datensätze im ambulanten Bereich, 940 im stationären Bereich; *QS WI* fallbezogene Dokumentation: 305.680 gelieferte Datensätze
- 24 QS-Verfahren (21 nach QSKH-RL, 3 nach DeQS-RL)
- 221 Qualitätsindikatoren (203 nach QSKH-RL, 18 nach DeQS-RL)

## Datengrundlage

Im Rahmen der stationären Qualitätssicherung haben für das Erfassungsjahr 2018 bundesweit 1.472 Krankenhäuser an insgesamt 1.798 Standorten rund 2,4 Mio. Datensätze dokumentiert. In 21 QS-Verfahren sind Krankenhäuser verpflichtet, Daten für die stationäre Qualitätssicherung zu dokumentieren.

Die Auswertungen für die QS-Verfahren nach DeQS-RL liegen bisher noch nicht vollständig vor. Für das Verfahren *QS PCI* wurden zum Erfassungsjahr 2019 797.547 Datensätze übermittelt, die Auswertungsgrundlage umfasst nach Ein- und Ausschluss sogenannter Überlieger insgesamt 800.986 Datensätze. Von diesen wurden 69.958 durch 255 vertragsärztliche Praxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sowie 728.143 von 961 Krankenhausstandorten geliefert. Für selektivvertraglich erbrachte Leistungen haben in diesem Erfassungsjahr außerdem 19 Vertragsärztinnen und -ärzte insgesamt 2.885 Datensätze für den Bundesdatenpool übermittelt. Die Nutzung von

Sozialdaten bei den Krankenkassen befindet sich weiterhin in der Startphase. Die Anfangsprobleme der Datenübermittlung sowie -qualität wurden soweit behoben, dass erstmalig für das Erfassungsjahr 2017 eine Auswertung der sozialdatenbasierten Indikatoren zur Sterblichkeit auf Einrichtungsebene erfolgen konnte. Für das Verfahren QS WI werden nach derzeitiger Einschätzung die Ergebnisse der fallbezogenen Dokumentation von postoperativen Wundinfektionen auf der Basis von Sozialdaten erstmals Ende 2020 zur Verfügung stehen. Im vorliegenden Qualitätsreport werden ausschließlich die Ergebnisse der einrichtungsbezogenen QS-Daten dargestellt und bewertet. Im Erfassungsjahr 2019 wurden 2.699 einrichtungsbezogene Datensätze für den ambulanten Bereich eingereicht: 612 von Krankenhäusern, 2.087 von vertragsärztlichen Leistungserbringern. Im stationären Bereich wurden einrichtungsbezogene Datensätze insgesamt von 940 Krankenhäusern eingereicht.

## Qualitätsindikatoren

In den 24 QS-Verfahren wird das Erreichen von Qualitätszielen anhand von insgesamt 221 Indikatoren gemessen. 203 davon gehören zu den QS-Verfahren nach QSKH-RL, 18 zu den QS-Verfahren nach DeQS-RL. Im Ergebnis weisen auf Bundesebene im Vergleich zum Vorjahr 33 der 221 Qualitätsindikatoren eine Verbesserung auf (15%). Im Erfassungsjahr 2018 waren es 20% (44 von 221 Indikatoren). 3 Indikatoren haben sich verschlechtert (1%). Im Erfassungsjahr 2018 waren es 3% (7 von 221 Indikatoren). 169 Indikatoren blieben verglichen mit dem Vorjahresergebnis unverändert (76%). Im Erfassungsjahr 2018 waren es 72% (159 von 221 Indikatoren). Bei 14 Indikatoren ist keine Aussage über eine Veränderung möglich (6%), da sie zum Beispiel neu eingeführt oder verändert wurden. Im Erfassungsjahr 2018 betraf dies 5% (11 von 221 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, die spezifische Qualitätsdefizite in der Versorgung anzeigen, deren Ausmaß über ein Qualitätsdefizit einzelner Einrichtungen hinausgeht.

Das IQTIG unterscheidet zwischen zwei möglichen Kategorien: „besonderer Handlungsbedarf“ und „kein besonderer Handlungsbedarf“. Einbezogen in die Bewertung werden insbesondere die rechnerischen Ergebnisse der Indikatoren und die Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog. 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 G-BA in einem Bericht zur Verfügung.

Für das Erfassungsjahr 2019 wurden folgende Bewertungen vorgenommen:

- Bei 183 der 221 Indikatoren (83 %) wurde kein besonderer Handlungsbedarf festgestellt.
- Bei 12 der 221 Indikatoren (5 %) liegt ein besonderer Handlungsbedarf vor (siehe Tabelle 1).
- Für die Ergebnisse von 26 Indikatoren (12 %) wurde keine Einstufung vorgenommen, da sie (noch) keine eindeutige Aussage zur Versorgungsqualität erlauben.

**Tabelle 1:** Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf im Erfassungsjahr 2019

QS-Verfahren	ID	Bezeichnung des Indikators
Ambulant erworbene Pneumonie	50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
	2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Implantierbare Defibrillatoren	50055	Leitlinienkonforme Indikation
Mammachirurgie	51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation
	51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung
	52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung
Geburtshilfe	318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten
	52249	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kaiserschnittgeburten
Neonatologie	50069	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an sehr kleinen Frühgeborenen mit einer Aufnahme-temperatur unter 36,0 °C
	50074	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Risiko-Lebendgeborenen mit einer Aufnahme-temperatur unter 36,0 °C
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	54030	Präoperative Verweildauer
Hüftendoprothesenversorgung	54003	Präoperative Verweildauer

## 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 werden, ebenfalls jährlich, in ausgewählten Leistungsbereichen 5% der Krankenhäuser anhand von 20 zufällig gezogenen Prüffällen validiert. Dabei wird die Übereinstimmung der übermittelten QS-Daten mit der Originaldokumentation in der Patientenakte überprüft. Zum Erfassungsjahr 2018 wurden die Auswertungsmodule *Neonatologie* und *Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen* für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich ausgewählt.

Wenn bei diesem Verfahren besonders häufige – und zukünftig auch relevante – Dokumentationsfehler festgestellt werden, erfolgt eine erneute Überprüfung im Folgejahr. Dieser sogenannte gezielte Datenabgleich erfolgte erstmals 2019 (EJ 2018) auch für Krankenhäuser, die im Vorjahr im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich waren und die Kriterien für eine erneute Überprüfung erfüllten. Es wurden 10 Krankenhausstandorte im Auswertungsmodul *Herzschrillmacher-Aggregatwechsel*, 32 Krankenhausstandorte im Auswertungsmodul *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* und 2 Krankenhausstandorte im Auswertungsmodul *Koronarchirurgie, isoliert* erneut überprüft.

Aktuell wird das Datenvalidierungsverfahren nach QSKH-RL vom G-BA in die DeQS-RL überführt und um einrichtungs- und sektorenübergreifende Elemente erweitert.

## 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. Der Strukturierte Dialog 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 2019 sowie die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2018 berichtet. Für das Erfassungsjahr 2018 haben bundesweit 1.496 Krankenhäuser an insgesamt 1.811 Standorten 2.479.366 Datensätze dokumentiert. Es ergaben sich daraus 9.998 rechnerisch auffällige Ergebnisse bei 202 Qualitätsindikatoren

mit definiertem Referenzbereich. Von diesen Auffälligkeiten wurden 6.224 (ca. 62 %) im Strukturierten Dialog überprüft. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2018 wurden 1.482 Ergebnisse – d. h. 14,8 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse – als qualitativ auffällig eingestuft und 3.883 Ergebnisse – d. h. 38,8 % der rechnerischen Auffälligkeiten – als qualitativ unauffällig bewertet. Bei 568 Ergebnissen – d. h. bei 5,7 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse – war die Bewertung der Einrichtungen wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich. Bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen, bei denen keine Überprüfung stattfand (ca. 38 %), wurde von den auf Landesebene beauftragten Stellen meist ein Hinweis an die betroffene Einrichtung mit der Aufforderung zur 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 205 Qualitätsindikatoren und 72 veröffentlichungsrelevanten Kennzahlen der QS-Verfahren nach QSKH-RL im Erfassungsjahr 2019 müssen die Ergebnisse von 193 Indikatoren und 61 Kennzahlen (insgesamt 254) verpflichtend in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden. Hingegen sind die Ergebnisse von 12 Indikatoren und 11 Kennzahlen (insgesamt 23) nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung vorgesehen, da die Indikatoren bzw. Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2019 das erste Mal angewendet wurden (3), die Indikatoren bzw. Kennzahlen umfangreich überarbeitet wurden (10) oder erhebliche Bedenken bezüglich der standortbezogenen Veröffentlichung der jeweiligen Ergebnisse bestehen (10). Im Vergleich zum Vorjahr bleibt die Anzahl der Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen mit 277 annähernd gleich. Der Anteil der Indikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse für eine verpflichtende standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden, steigt von 88,3 % für das Erfassungsjahr 2018 auf 91,7 % für das Erfassungsjahr 2019 an. In den Erfassungsjahren 2012 bis 2015 lag der Anteil an Indikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse veröffentlichungspflichtig waren, zwischen 62,3 % und 66,4 %.

## Nosokomiale Infektionen

Nosokomiale Infektionen bezeichnen 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 2019 wurden in 12 der 21 QS-Verfahren nach QSKH-RL Informationen zum Auftreten von nosokomialen Infektionen und zur Antibiotikaphylaxe erhoben. Die in diesen 12 QS-Verfahren dokumentierten nosokomialen Infektionsraten betreffen insbesondere postoperative Pneumonien, postoperative Wundinfektionen und Harnwegsinfektionen. Die verfahrensübergreifende Auswertung leistet einen Beitrag zur Einschätzung der spezifischen Versorgungslage in Deutschland.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Raten der in den QS-Verfahren bisher betrachteten nosokomialen Infektionen in den letzten Jahren insgesamt einen abnehmenden oder gleichbleibenden Trend aufweisen. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der Zunahme an komplizierten medizinischen Eingriffen und des vermehrten Auftretens resistenter Keime muss in Zukunft jedoch mit der Zunahme nosokomialer Infektionen gerechnet werden, wenn die Prophylaxemaßnahmen nicht dem Risiko-profil der Patientinnen und Patienten angepasst werden.

## Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Gemäß § 136c Abs. 1 Satz 1 SGB V hat der G-BA Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu beschließen, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung nach § 8 Abs. 1a und 1b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) geeignet sind. Um den Planungsbehörden der Bundesländer einen möglichst frühzeitigen Einstieg in die Nutzung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zu ermöglichen, war der G-BA gehalten, auf Qualitätsindikatoren zurückzugreifen, die bereits seit mehreren Jahren im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung erhoben werden. Mit Beschluss des G-BA vom 15. Dezember 2016 wurden auf Vorschlag des IQTIG 11 planungsrelevante Qualitätsindikatoren aus den 3 bestehenden QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)*, *Geburtshilfe* und *Mammachirurgie* beschlossen sowie ein Verfahren zu deren Einsatz festgelegt (Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, plan. QI-RL). Das Verfahren nach plan. QI-RL läuft seit dem 1. Januar 2017 im Regelbetrieb. Die einrichtungsbezogenen Ergebnisse wurden im Oktober 2019 durch den G-BA im Bericht gemäß § 17 plan. QI-RL veröffentlicht, der im Mai 2020 durch eine Sonderveröffentlichung auf der Website des IQTIG ersetzt wurde ([www.iqtig.org](http://www.iqtig.org)).

## **[www.iqtig.org](http://www.iqtig.org): Der komplette Qualitätsreport zum Download**

Der Qualitätsreport 2020 ist ebenso wie diese Zusammenfassung als PDF-Dokument auf der Website des IQTIG unter [www.iqtig.org](http://www.iqtig.org) abrufbar.