

Ergänzende Erläuterungen zu den Ergebnisdarstellungen des Berichts nach § 17 plan. QI-RL zum Erfassungsjahr 2017

13.05.2019, Version 4, Ansprechpartnerin: Britta Zander-Jentsch

Inhalt

1	Zusammenfassung.....	3
2	Einleitung.....	4
3	Kurzbeschreibung des Verfahrens.....	4
4	Ergebnisse des Verfahrens nach plan. QI-RL des Erfassungsjahrs 2017.....	6
4.1	Auffälligkeiten insgesamt.....	6
4.2	Auffälligkeiten pro planungsrelevantem Qualitätsindikator.....	8
4.2.1	QI 10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund (Gynäkologische Operationen).....	8
4.2.2	QI 12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung (Gynäkologische Operationen)	8
4.2.3	QI 51906: Organverletzungen bei laparoskopischer Operation (Gynäkologische Operationen)	8
4.2.4	QI 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten (Geburtshilfe)	8
4.2.5	QI 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten (Geburtshilfe).....	9
4.2.6	QI 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten (Geburtshilfe) ...	9
4.2.7	QI 50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung (Geburtshilfe)	9
4.2.8	QI 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen (Geburtshilfe).....	9
4.2.9	QI 2163: Primäre Axilladisektion bei DCIS (Mammachirurgie).....	9
4.2.10	QI 52279 und QI 52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer oder mammografischer Drahtmarkierung (Mammachirurgie).....	9
4.3	Auffälligkeiten nach Kategorien	10

4.4	Auffälligkeiten pro Bundesland	10
4.5	Auffälligkeiten nach Zusicherung	11
4.6	Auffälligkeiten nach Datenvalidierung.....	12
4.7	Auffälligkeiten ohne Stellungnahme	13
4.8	Verbesserungen der Patientenversorgung	14
5	Ausblick.....	14
	Anhang: Öffnen und Bearbeiten der Excel-Dateien des § 17-Berichts	14

1 Zusammenfassung

Im Jahr 2017 wurde erstmals das Verfahren planungsrelevanter Qualitätsindikatoren (PlanQI) bundesweit durchgeführt, das auf § 136c Abs. 1 und 2 SGB V sowie auf der plan. QI-RL des G-BA vom 15.12.2016 beruht. Hierzu wurden die Qualitätssicherungsdaten von 1.084 Krankenhausstandorten in den Leistungsbereichen Gynäkologie, Geburtshilfe und Mammachirurgie ausgewertet. Die Messung und Bewertung der Standorte und ihrer Abteilungen erfolgte anhand von elf Qualitätsindikatoren, die seit längerem bereits in der externen Qualitätssicherung angewandt werden.

Es fanden sich bei den teilnehmenden Einrichtungen insgesamt 258 statistisch auffällige Ergebnisse, von denen nach dem Datenvalidierungsverfahren noch 163 Bestand hatten und somit einem Stellungnahmeverfahren unterzogen wurden. 73 statistische Auffälligkeiten an insgesamt 71 Standorten wurden im Stellungnahmeverfahren von Fachkommissionen und dem IQTIG mit „unzureichend“ eingestuft. In 90 Fällen wurden dagegen die von Krankenhausstandorten vorgebrachten Gründe für die Auffälligkeiten als Ausnahmetatbestand anerkannt. Bei ihnen weist das auffällige Ergebnis nicht auf ein Qualitätsproblem hin, sondern auf eine besondere Versorgungssituation, die im Stellungnahmeverfahren gewürdigt wurde.

Bei den 73 als „unzureichend“ eingestuften Auffälligkeiten

- wurde bei 40 Fällen die vorgebrachte medizinisch-organisatorische Erläuterung nicht als Ausnahmetatbestand anerkannt
- hatten 14 Standorte ihre zuvor gegebene Zusicherung zur Datenvalidität im Stellungnahmeverfahren widerrufen, was regelkonform nicht berücksichtigt werden konnte, so dass weiterhin von einer „unzureichenden“ Qualität im jeweiligen Indikator ausgegangen wird.
- hatten 11 Standorte die durch Datenvalidierung bestätigten Dokumentationsdaten im Stellungnahmeverfahren dann doch als inkorrekt bezeichnet. Dies konnte regelkonform nicht berücksichtigt werden, so dass weiterhin von einer „unzureichenden“ Qualität im jeweiligen Indikator ausgegangen wird.
- hatten 8 Standorte keine Stellungnahme abgegeben, so dass die Auffälligkeit des Ergebnisses automatisch mit „unzureichend“ eingestuft wurde.

Der Bericht zu diesen Ergebnissen nach § 17 plan. QI-RL wurde am 31.10.2018 vom G-BA veröffentlicht. In dessen Folge gab es zahlreiche Rückmeldungen von den Krankenhausstandorten, den Landesbehörden und Landesgeschäftsstellen. Nach sorgfältiger Sichtung der Rückmeldungen fand sich Korrekturbedarf bei einigen wenigen Angaben zur Datenvalidierung. Keine der 73 Bewertungen als „unzureichend“ musste korrigiert werden.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens sowie im weiteren Verlauf zeigten sich bereits erste Folgen des Verfahrens: so erklärten sechs Krankenhausstandorte, bei denen ein Indikatorergebnis als „unzureichend“ eingestuft worden war, dass sie die betroffene Abteilung entweder schon geschlossen hätten oder noch schließen werden. Andere teilten mit, dass sie z. B. von der Durchführung von Brustoperationen bei Mammakarzinom künftig absehen würden. Mit der 2019 anstehenden Auswertung der Daten zum Erfassungsjahr 2018 wird sich

dann erstmals zeigen, ob schon eine Verbesserung der Indikatorergebnisse als Reaktion auf das Verfahren zu erkennen ist. Eine begleitende Evaluation des Verfahrens PlanQI ist bereits beauftragt.

2 Einleitung

Am 03.09.2018 wurden die einrichtungsbezogenen Ergebnisse der Auswertungen der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach Datenvalidierung und Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2017 den Planungsbehörden der Länder sowie den Krankenkassen und deren Verbände und dem G-BA erstmals zugänglich gemacht. Zum 31.10.2018 wurden die Ergebnisse dann im Bericht nach § 17 plan. QI-RL durch den G-BA im Internet veröffentlicht.

Vorliegender Abschlussbericht enthält eine Zusammenstellung verschiedener Informationen zum Verfahren sowie zu den Ergebnissen der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren.

3 Kurzbeschreibung des Verfahrens

Die Bewertung von Krankenhäusern im Ersterhebungsjahr 2017 des Verfahrens planungsrelevanter Qualitätsindikatoren (PlanQI) beruht auf § 136c Abs. 1 und 2 SGB V sowie auf der plan. QI-RL des G-BA vom 15.12.2016. Für diese erste Verfahrensstufe wurden elf Qualitätsindikatoren aus den Bereichen Gynäkologie, Geburtshilfe und Mammachirurgie ausgewählt. Diese Indikatoren sind seit Jahren in der externen Qualitätssicherung etabliert und haben bereits während der laufenden Qualitätssicherung auf deutliche Qualitätsmängel einzelner Krankenhäuser hingewiesen. Zweck des Verfahrens ist es, solche Mängel zu messen, zu bewerten und die entsprechenden Informationen zunächst den Planungsbehörden sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, dann aber auch der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Die Bewertung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bezieht sich dabei nicht auf die Versorgungsqualität einer Abteilung oder eines Krankenhausstandorts insgesamt, sondern spezifisch auf die Aspekte, die durch die elf ausgewählten Qualitätsindikatoren adressiert werden. Das durch die Richtlinie des G-BA festgelegte Verfahren verlief in folgenden Schritten:

- Ende 2016 wurden die Krankenhäuser informiert, dass das PlanQI-Verfahren 2017 starten werde und dass die Abteilungen anhand ihrer Ergebnisse in den ausgewählten Qualitätsindikatoren bewertet werden.
- Bis Ende Februar 2018 sandten die Krankenhausstandorte die erforderlichen Daten des Jahres 2017 ein. Die Daten wurden ausgewertet und die Ergebnisse zurückgespiegelt.
- Eine Auffälligkeit eines Krankenhausstandorts wurde nur dann als gegeben angesehen, wenn dessen Ergebnis signifikant vom Referenzbereich abwich (statistische Auffälligkeit), um Zufallseffekte auszuschließen.
- Bei Auffälligkeiten wurden die Erfassungsdaten vor Ort validiert oder durch Zusicherungserklärung der Einrichtungen abgesichert.

- Die Standorte hatten ausführlich Gelegenheit zur Stellungnahme, um Gründe angeben zu können, falls auffällige Ergebnisse nicht durch schlechte Qualität verursacht waren, sondern durch andere Einflüsse, die durch die Krankenhausstandorte nicht zu vertreten sind, z.B. besondere Patientenrisiken.
- Standorte, die noch keine Stellungnahme geschickt hatten, wurden per Email mehrfach an die Abgabefrist erinnert.
- Zusammen mit Fachkommissionen aus den Bundesländern wurden die Antworten der Krankenhausstandorte bewertet. In ca. 2/3 der Fälle wurden die von den Krankenhäusern vorgebrachten Argumente als Ausnahmetatbestände akzeptiert und die Einrichtungen in den genannten Qualitätsindikatoren als unauffällig eingestuft („zureichend“). In einem Drittel der Fälle wurden die Argumente nicht entschuldigend akzeptiert, so dass das Ergebnis dieses Qualitätsindikators als „unzureichend“ eingestuft wurde. Dies geschah auch bei Standorten, die von der Möglichkeit der Stellungnahme keinen Gebrauch machten oder die sich nicht an bestimmte, klar kommunizierte Formerfordernisse hielten.
- Da es sich um Indikatoren handelt, bei denen es um Mindestqualitätsanforderungen geht, wurde die Bewertung als „unzureichend“ im entsprechenden Qualitätsindikator vergeben, auch wenn es sich nur um einen Fall handelte, der zu einer statistischen Auffälligkeit führte. Auch bei diesen Einzelfällen wurden besondere Versorgungssituationen im Stellungnahmeverfahren wie beschrieben berücksichtigt, so dass die Bewertung bei allen Standorten nach transparenten, fairen Regeln verlief.
- Die Ergebnisse und Bewertungen des Verfahrens planungsrelevanter Qualitätsindikatoren sind gemäß § 17 der plan. QI-RL bis zum 31.10. des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres durch den G-BA zu veröffentlichen. Grundlage dieser Veröffentlichungspflicht stellt § 137b Abs. 6 SGB V dar.
- Bei den veröffentlichten Ergebnissen handelt es sich um durch das IQTIG vorgenommene, sorgfältig geprüfte Bewertungen relevanter Aspekte der Versorgungsqualität eines Krankenhausstandorts. Das IQTIG wurde dabei von Expertinnen und Experten oben genannter Fachkommissionen beraten. Das IQTIG ist dabei in keinem Fall von den Empfehlungen der Fachkommissionen abgewichen.
- Bei Standorten, die entweder in der gegebenen Frist trotz Erinnerung keine Stellungnahme abgegeben hatten oder die die Möglichkeiten der Datenkorrektur bei Dokumentationsfehlern im Rahmen der Datenvalidierung z. B. durch frühzeitige Zusicherung nicht nutzten, erfolgte die Bewertung anhand der primär abgegebenen Daten. Die erst nach Ablauf der Fristen vorgebrachten Argumente, dass die Versorgung doch anders gewesen sei, konnten regelungskonform nicht berücksichtigt werden.

4 Ergebnisse des Verfahrens nach plan. QI-RL des Erfassungsjahrs 2017

Nach Berücksichtigung der Korrespondenzen, Prüfungen und punktuellen Korrekturen, die sich nach der Erstveröffentlichung des § 17-Bericht ergeben haben, ergibt sich folgendes Ergebnis zum PlanQI-Verfahren 2017.

4.1 Auffälligkeiten insgesamt

In den Auswertungen für die teilnehmenden 1.084 Standorte gab es bundesweit für die elf Indikatoren der Leistungsbereiche Gynäkologie, Geburtshilfe und Mammachirurgie insgesamt 481 rechnerische Auffälligkeiten. Davon waren 258 vor der Datenvalidierung statistisch auffällig (54 %), nach Datenvalidierung waren es noch 163 von 481 (34 %). Von allen statistischen Auffälligkeiten nach Datenvalidierung wurden im Stellungnahmeverfahren 73 als „unzureichend“ eingestuft, also 45 % aller Auffälligkeiten nach Datenvalidierung (73 / 163) bzw. 15 % aller primären rechnerischen Auffälligkeiten (73 / 481) (siehe letzte Zeilen in Tabelle 1). Zwei Standorte von Krankenhäusern hatten je zwei Auffälligkeiten: die 73 Auffälligkeiten mit „unzureichender“ Qualität stammten von 71 Standorten.

Die Bewertung der Stellungnahmen wurde vom IQTIG zusammen mit vier Fachkommissionen durchgeführt, wobei den Fachkommissionen die Stellungnahmen als auch Zusammenfassungen der vorgebrachten Ausnahmetatbestände zur Verfügung gestellt wurden. Wegen Zeitmangel bei der Sitzung der Fachkommissionen erfolgten fünf fachliche Entscheidungen zum Qualitätsindex zum Outcome bei Reifgeborenen ausschließlich durch das IQTIG. Davon wurde dreimal der vorgebrachte Ausnahmetatbestand anerkannt, zweimal wurde er nicht anerkannt: nämlich bei mangelnder Wartung von Point-of-Care-Laborgeräten sowie bei zu langem Liegenlassen von Blutproben.

In der Tabelle 1 auf der folgenden Seite sind pro Indikator folgende Anzahlen angegeben:

- rechnerische Auffälligkeiten nach Datenvalidierung
- statistische Auffälligkeiten vor Datenvalidierung
- statistische Auffälligkeiten nach Datenvalidierung
- statistische Auffälligkeiten nach Datenvalidierung, die als „unzureichend“ eingestuft wurden.

Tabelle 1: Auffälligkeiten pro Qualitätsindikator

	Auffälligkeiten (Anzahl)			
	rechnerisch nach DVal*	statistisch vor DVal*	statistisch nach DVal*	unzureichend
Gynäkologie				
QI 10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	87	9	4	3
QI 12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	47	26	11	9
QI 51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	29	2	1	1
Geburtshilfe				
QI 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	118	93	69	9
QI 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	39	24	10	3
QI 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	12	24	12	12
QI 50045: Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung	2	2	0	0
QI 51803: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) im Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	25	7	6	4
Mammachirurgie				
QI 2163: Primäre Axilladisektion bei DCIS	2	4	2	0
QI 52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	90	55	39	28
QI 52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	30	12	9	4
Gesamt				
Summe	481	258	163	73
Anteil bezogen auf alle rechnerischen Auffälligkeiten	100%		34%	15%
Anteil bezogen auf die jeweilige Vorstufe	100%		63%	45%
*DVal = Datenvalidierung				

4.2 Auffälligkeiten pro planungsrelevantem Qualitätsindikator

Die Ergebnisse der einzelnen Indikatoren finden sich in Tabelle 1. Zu den einzelnen Indikatoren werden folgende kurze Hinweise gegeben.

4.2.1 QI 10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund (Gynäkologische Operationen)

87 Standorte waren nach Datenvalidierung rechnerisch auffällig, davon 4 statistisch auffällig und 3 wurden in diesem Indikator als „unzureichend“ eingestuft.

Als Ausnahmetatbestand wurde die vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei präoperativ unklarer Dignität eines auffälligen Befundes aufgrund von belegtem Patientinnenwunsch anerkannt. Es muss dafür eine aussagekräftige Dokumentation des ausdrücklichen Patientinnenwunsches für eine geplante vollständige Ovar-/Adnexentfernung sowie der Risikoaufklärung in der Patientenakte vorliegen.

Außerdem kann eine vollständige Ovarentfernung bei Befunden mit bildmorphologischen Merkmalen, deren Malignität präoperativ nicht mit notwendiger Sicherheit eingeschätzt werden kann, bei Patientinnen mit abgeschlossener Familienplanung, oder bei perimenopausalem oder postmenopausalem Status indiziert sein.

4.2.2 QI 12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung (Gynäkologische Operationen)

47 Standorte waren nach Datenvalidierung rechnerisch auffällig, davon 11 statistisch auffällig und 9 wurden in diesem Indikator als „unzureichend“ eingestuft.

Als Ausnahmetatbestand wurden klinische Situationen anerkannt, bei denen keine Indikation zur Gewebeentnahme bestand. Eine histologische Untersuchung von entnommenem Gewebematerials sollte – unabhängig von Haupt- oder Nebenbefund – immer erfolgen.

4.2.3 QI 51906: Organverletzungen bei laparoskopischer Operation (Gynäkologische Operationen)

29 Standorte waren nach Datenvalidierung rechnerisch auffällig. Nur ein Standort davon war nach Datenvalidierung statistisch auffällig und wurde mangels Angaben zum medizinischen Sachverhalt in diesem Indikator als „unzureichend“ eingestuft.

4.2.4 QI 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten (Geburtshilfe)

Insgesamt waren 118 Standorte nach Datenvalidierung rechnerisch auffällig. Es gab 69 Standorte mit statistischer Auffälligkeit nach Datenvalidierung (vor Datenvalidierung waren es noch 93 Standorte mit statistischer Auffälligkeit). Bei 60 von ihnen wurden die vom Standort vorgebrachten medizinisch-fachlichen Gründe von der Fachkommission und dem IQTIG anerkannt. Es handelt sich dabei meist um die Indikation zur sofortigen Entbindung zur Abwendung von Schäden für Mutter und Kind in Geburtskliniken der Versorgungsstufe 4. Neun Standorte wurden in diesem Indikator als „unzureichend“ eingestuft.

4.2.5 QI 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten (Geburtshilfe)

39 Standorte waren rechnerisch auffällig, davon 10 nach Datenvalidierung statistisch auffällig und 3 wurden in diesem Indikator als „unzureichend“ eingestuft. Als Ausnahmetatbestand wurden Situationen anerkannt, in denen entweder kein Risiko für eine Frühgeburt zu erkennen war oder in denen ein intrauteriner Fruchttod eingetreten war, so dass die Kortikosteroidgabe nicht indiziert war.

4.2.6 QI 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten (Geburtshilfe)

12 Standorte waren nach Datenvalidierung statistisch auffällig und alle 12 wurden in diesem Indikator als „unzureichend“ eingestuft. Keiner der von den Standorten vorgebrachten medizinisch/organisatorischen Sachverhalte wurde als Ausnahmetatbestand anerkannt.

4.2.7 QI 50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung (Geburtshilfe)

Zwei Standorte waren rechnerisch bzw. statistisch auffällig, davon keiner nach Datenvalidierung statistisch auffällig und daher wurde keiner in diesem Indikator als „unzureichend“ eingestuft.

4.2.8 QI 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen (Geburtshilfe)

25 Standorte waren rechnerisch auffällig, davon 6 nach Datenvalidierung statistisch auffällig und 4 wurden in diesem Indikator als „unzureichend“ eingestuft. Nicht-risikoadjustierte Notfälle wie Schulterdystokie wurden als Ausnahmetatbestand anerkannt. Diese Notfälle gehen aufgrund ihrer großen Seltenheit aus statistischen Gründen nicht in die Risikoadjustierung ein, sollen aber aus der QI-Berechnung herausgenommen werden, da sie inhaltlich einen patientenbezogenen Risikofaktor darstellen. Ferner wurden bei Verwendung unterschiedlicher Formeln zur Berechnung des Base-Excess-Wertes im Laborgerät die günstigeren Werte nach der Henderson-Hasselbalch-Formel als Ausnahmetatbestand anerkannt, da eine Festlegung der angemessensten Berechnungsformel noch aussteht.

4.2.9 QI 2163: Primäre Axilladisektion bei DCIS (Mammachirurgie)

2 Standorte waren rechnerisch auffällig, beide auch nach Datenvalidierung statistisch auffällig, aber kein Standort wurde in diesem Indikator als „unzureichend“ eingestuft, da in beiden Fällen eine nachvollziehbare Indikation zur Axilladisektion von den Standorten beschrieben wurde.

4.2.10 QI 52279 und QI 52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer oder mammografischer Drahtmarkierung (Mammachirurgie)

90 Standorte waren im QI 52279 rechnerisch auffällig, davon 39 nach Datenvalidierung statistisch auffällig und 28 wurden in diesem Indikator als „unzureichend“ eingestuft.

30 Standorte waren im QI 52330 rechnerisch auffällig, davon 9 nach Datenvalidierung statistisch auffällig und 4 wurden in diesem Indikator als „unzureichend“ eingestuft.

Als Ausnahmetatbestände wurden die Durchführung einer Mastektomie anerkannt sowie ein Fall, in dem kurzfristig das Mammographiegerät ausgefallen war. Ausdrücklich nicht anerkannt wurde die Argumentation, dass wegen der Durchführung eines Schnellschnitts intraoperativ auf ein bildgebendes Verfahren verzichtet wurde. Auch die aktuelle S3-Leitlinie empfiehlt in jedem Fall („soll“-Empfehlung, starker Expertenkonsens) nach Drahtmarkierung ein bildgebendes Verfahren zur Absicherung der vollständigen Entfernung des Tumors und ggf. des Drahtmaterials.

4.3 Auffälligkeiten nach Kategorien

Im Stellungnahmeverfahren wurden alle betroffenen Standorte bezüglich der 163 statistischen Auffälligkeiten angeschrieben, um ihnen die Möglichkeit zu geben, Gründe zu nennen, weshalb ggf. die Auffälligkeit bei ihnen nicht auf einen Qualitätsmangel zurückzuführen ist, sondern dass es andere Ursachen des auffälligen Ergebnisses gab, die das Krankenhaus nicht zu verantworten hatte. Solche entschuldigenden Gründe werden – nach Anerkennung durch die Fachkommission und das IQTIG – *Ausnahmetatbestand* (ATB) genannt.

Bei den 73 als „unzureichend“ eingestuften Auffälligkeiten argumentierten die Standorte

- in 40 Fällen mit Gründen, die die Fachkommissionen und das IQTIG nicht als entschuldigenden medizinisch und fachlich relevanten ATB anerkannten.
- in 14 Fällen, dass sie zwar eine Zusicherung zur Datenvalidität abgegeben hätten, dass dennoch ihre Daten nicht korrekt seien (siehe Abschnitt 4.5),
- in 11 Fällen, dass die durch die externe Datenvalidierung bestätigten Daten dennoch nicht stimmen würden (siehe Abschnitt 4.6).
- In 8 Fällen gaben die Standorte keine Stellungnahme ab, so dass mangels entschuldigendem Grund die Auffälligkeit des Ergebnisses mit „unzureichend“ eingestuft wurde (siehe Abschnitt 4.7).

Hier ist zu berücksichtigen, dass selbst innerhalb eines Indikators Standorte für verschiedene Behandlungsfälle unterschiedliche Ursachen als Erklärungen vorgebracht haben, von denen ein Teil als Ausnahmetatbestand anerkannt wurde und ein Teil nicht. Daher wurde in obiger Zusammenstellung nur auf die 73 Auffälligkeiten Bezug genommen, bei denen insgesamt die Bewertung als „unzureichend“ erfolgte.

4.4 Auffälligkeiten pro Bundesland

Die Anzahl der Standorte mit QI-Ergebnissen mit der Bewertung „unzureichend“ (Auffälligkeiten) pro Bundesland variiert zwischen 0 % und 12,5 %. Bundesweit liegt der relative Anteil an Standorten mit QI-Ergebnissen mit der Bewertung „unzureichend“ bei 6,5 % (71 / 1.084) (siehe Tabelle 2 auf der folgenden Seite).

Die Darstellung dieser Ergebnisse ist etwas komplex, da Auffälligkeiten eines Standorts gleichzeitig in mehreren Indikatoren auftreten können in einer oder mehreren Leistungsbereichen des PlanQI-Verfahrens. So ist die Summe der Anzahl der Auffälligkeiten mit zureichender und der Anzahl der Auffälligkeiten mit unzureichender Qualität größer als die

Anzahl der Standorte mit mindestens einer statistischen Auffälligkeit (kurz: *statistisch auffällige Standorte*). In Baden-Württemberg und in Bayern gab es je einen Standort, in dem je zwei Auffälligkeiten als „unzureichend“ eingestuft wurden. Der Anteil der Standorte mit mindestens einer Bewertung als „unzureichend“ an allen Standorten des Bundeslandes beträgt daher für Baden-Württemberg 6,0 % (7 / 116) bei 8 Auffälligkeiten mit unzureichender Qualität und für Bayern 12,4 % (22 / 177) bei 23 Auffälligkeiten mit unzureichender Qualität.

Tabelle 2: Auffälligkeiten und Standorte mit mindestens einer Bewertung „unzureichend“ bezogen auf die Anzahl Standorte nach Bundesland

Bundesland	Standorte	Standorte mit statistisch auffälligen QI-Ergebnissen	Auffälligkeiten mit zureichender Qualität	Auffälligkeiten mit unzureichender Qualität	Standorte mit QI-Ergebnissen mit Bewertung „unzureichend“ (n)
Baden-Württemberg	116	18	11	8	6,0 % (7)
Bayern	177	36	18	23	12,4 % (22)
Berlin	36	3	2	1	2,8 % (1)
Brandenburg	36	3	2	1	2,8 % (1)
Bremen	8	1	1	1	12,5 % (1)
Hamburg	22	4	3	2	9,1 % (2)
Hessen	78	9	5	4	5,1 % (4)
Mecklenburg-Vorpommern	25	4	2	2	8,0 % (2)
Niedersachsen	101	16	11	6	5,9 % (6)
Nordrhein-Westfalen	255	39	24	17	6,7 % (17)
Rheinland-Pfalz	63	4	3	1	1,6 % (1)
Saarland	15	3	2	1	6,7 % (1)
Sachsen	55	1	1	0	0 % (0)
Sachsen-Anhalt	33	5	2	3	9,1 % (3)
Schleswig-Holstein	34	3	2	1	2,9 % (1)
Thüringen	30	3	1	2	6,7 % (2)
Bund	1.084	151	90	73	6,5 % (71)

4.5 Auffälligkeiten nach Zusicherung

Standorte mit statistisch auffälligen QI-Ergebnissen erhielten die Möglichkeit, durch Zusicherung die Validität ihrer Daten zu bestätigen, so dass keine gesonderte Datenvalidierung bei ihnen vor Ort durchgeführt wurde. Dazu erhielten sie ein Formular, in der auf die statistische Auffälligkeit

hingewiesen wurde, auf dem die Liste der auffälligen Vorgangsnummern aufgelistet war und auf dem zwei Repräsentanten des Krankenhauses oder der Abteilung durch Unterschrift bestätigten, dass die vom Standort dokumentierten Daten den Patientenakten entsprechen (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Formular zur Zusicherung der Korrektheit der Dokumentation

Datum der Prüfung: 30.04.2018	
Prüfungszeitraum: 08:00 bis 09:00	
VORGANGSNR	
Die interne Überprüfung der Patientendokumentation wurde durchgeführt von:	
<u>Prüfer 1</u>	<u>Prüfer 2</u>
Name: []	[]
Funktion: Qs-Beauftragter	QMB
Hiermit sichern wir zu, dass alle erfassten und übermittelten Datensätze korrekt sind. Fehler oder Unstimmigkeiten der QS-Dokumentation gegenüber der Patientenakte konnten in keinem indikatorrelevanten Datenfeld bzw. bei keiner Vorgangsnummer ermittelt werden.	
[]	[]
Unterschrift Prüfer 1	Unterschrift Prüfer 2

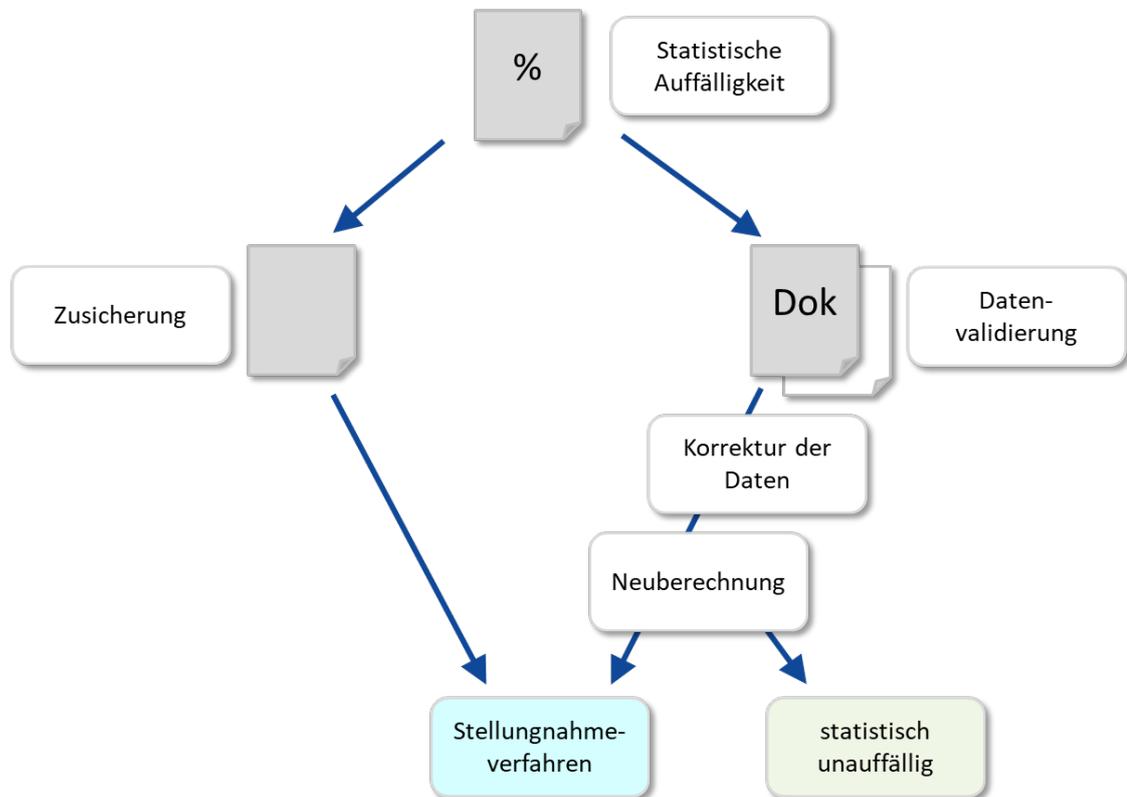
4.6 Auffälligkeiten nach Datenvalidierung

Bei fast allen Standorten mit statistisch auffälligen QI-Ergebnissen wurde eine Datenvalidierung durch die auf Landesebene zuständige Stelle (LQS) oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mittels eines Abgleichs der Dokumentation in der Patientenakte mit der QS-Dokumentation vor Ort durchgeführt. Die ggf. dadurch korrigierten Datensätze wurden in den Datenpool zurückgeführt und auf dieser korrigierten Grundlage eine Neuberechnung durchgeführt. Dadurch wurden etliche Krankenhäuser, die ursprünglich statistisch auffällig waren, unauffällig, wie sich aus Tabelle 1 ergibt. Der Ablauf wird in Abbildung 2 im rechten Verlaufsstrang dargestellt. Es gab auch einige wenige Standorte, die aufgrund der Zufallsstichprobe datenvalidiert wurden und die durch die Datenkorrekturen erstmalig statistisch auffällig wurden.

14 Standorte machten trotz externer Datenvalidierung und daher validierter Daten im Stellungnahmeverfahren geltend, dass bei ihnen kein Qualitätsproblem vorliege, da ihre Dokumentation eben doch nicht korrekt gewesen sei. Abgesehen vom sehr spät vorgebrachten

Einwand lässt § 11 Abs. 8b der plan. QI-RL nicht zu, dass Dokumentationsfehler als Ausnahmebestand anerkannt werden können. Einrichtungen, die nach einer Datenvalidierung durch externe Dritte (LQS oder MDK) weiterhin statistisch auffällig waren und die Dokumentationsfehler im Stellungnahmeverfahren vorbrachten, konnten daher nicht entschuldigt werden, sondern deren QI-Ergebnisse wurden regelkonform als „unzureichend“ eingestuft.

Abbildung 2: Verfahrensoptionen bei der Datenvalidierung nach statistischer Auffälligkeit



Aufgrund von Problemen mit der Software bei der Datenvalidierung konnte diese nicht bei allen Standorten mit statistisch auffälligen QI-Ergebnissen durchgeführt werden. Damit dies nicht zum Nachteil der Einrichtungen wurde, erhielten die betroffene Standorte mit geltend gemachten Dokumentationsfehlern folgende Bewertung: „Im Erfassungsjahr 2017 ist bei diesem Standort aus Gründen, die dieser nicht zu verantworten hat, keine Datenvalidierung nach § 9 plan. QI-RL durchgeführt worden. Daher führen die angeführten Dokumentationsfehler in seiner Stellungnahme für Vorgänge, die zu einer statistischen Auffälligkeit beigetragen haben, ausnahmsweise nicht zu einer Bewertung mit unzureichender Qualität.“

4.7 Auffälligkeiten ohne Stellungnahme

Hatten Standorte trotz mehrfacher Erinnerung bis zur Abgabefrist keine Stellungnahme abgegeben, wurden sie anhand ihrer eigenen Dokumentation mit statistischer Auffälligkeit im jeweiligen Qualitätsindikator als „unzureichend“ eingestuft.

4.8 Verbesserungen der Patientenversorgung

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens teilten einige Krankenhausstandorte dem IQTIG oder der zuständigen LQS bereits teils schriftlich, teils mündlich mit, dass sie ihre Versorgungsprozesse inzwischen verbessert hätten. Andere teilten mit, dass sie z. B. künftig keine Operationen bei Brustkrebs mehr durchführen würden. 6 Standorte berichteten in ihrer Stellungnahme, dass ihre jeweilige Abteilung bzw. ihr Standort, in der bzw. dem ein „unzureichendes“ Indikatorergebnis festgestellt worden ist, bereits geschlossen worden sei oder in Kürze geschlossen werde.

5 Ausblick

Dieser Abschlussbericht stellt eine Zäsur zwischen dem ersten Erfassungsjahr 2017 und der jetzt beginnenden Auswertungsphase des zweiten Erfassungsjahres 2018 des PlanQI-Verfahrens dar. Die bereits beauftragte begleitende Evaluation wird fokussiert die Aktivitäten und Reaktionen der Einrichtungen auf Landesebene (insbesondere Krankenhäuser und deren Standorte, Planungsbehörden und Krankenkassen) sowie die mittelfristigen Auswirkungen von PlanQI auf das Verfahren selbst und auf die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten analysieren.

Bereits für die Auswertungen des Erfassungsjahrs 2018 gibt es Verbesserungsvorschläge und für die weitere Zukunft bereits Überlegungen, wie die Ergebnisse des PlanQI-Verfahrens künftig fortlaufend dargestellt werden können.

Außerdem ist eine Beauftragung des IQTIG mit einer Weiterentwicklung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren durch den G-BA erfolgt.

Anhang: Öffnen und Bearbeiten der Excel-Dateien des § 17-Berichts

Die Excel-Dateien mit den Ergebnissen sind schreibgeschützt, so dass sich beim Öffnen einer Datei ein Dialogfeld öffnet, das zur Eingabe eines Passwortes auffordert. Beim Klicken auf den Button „Schreibschutz“ öffnet sich die Datei ohne Passwort.

Die Datei kann nach Bearbeitung nicht direkt abgespeichert werden, da sie den erwähnten Schreibschutz hat. Somit bleibt sie im Originalzustand erhalten. Es ist aber möglich, die Datei unter einem anderen Namen oder an einem anderen Ort abzuspeichern und dann mit den Inhalten zu flexibel weiter zu arbeiten.