

Ergebnisse und Perspektiven zu den Verfahren der DeQS-RL

Claudia Herrler

Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH)

Informationsveranstaltung am 28.01.2021

Übersicht

- QS PCI - Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
- QS WI - Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen
- QS CHE - Cholezystektomie
- QS NET - Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen

QS PCI Ergebnisse QI EJ2019

Indikatoren			Ihr Ergebnis				Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich			Ergebnis	Vertrauensbereich
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	≥ 27,84 % (5. Perzentil)	62,42 % N = 15.418	61,65 % - 63,18 %	-	→	60,26 % N = 217.200	60,06 % - 60,47 %
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	≤ 57,36 % (95. Perzentil)	34,74 % N = 15.446	33,99 % - 35,49 %	-	→	31,43 % N = 226.600	31,24 % - 31,63 %
56002	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	≥ 95,24 % (5. Perzentil)	98,78 % N = 35.639	98,66 % - 98,89 %	-	→	98,56 % N = 507.341	98,53 % - 98,60 %
Indikatorengruppe: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt								
56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt	≥ 44,01 % (5. Perzentil)	78,92 % N = 2.623	77,31 % - 80,44 %	-	↗	70,70 % N = 36.242	70,23 % - 71,17 %
56004	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt	≤ 20,93 % (95. Perzentil)	3,00 % N = 2.704	2,42 % - 3,71 %	-	→	5,09 % N = 38.185	4,87 % - 5,31 %
Indikatorengruppe: Dosis-Flächen-Produkt								
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²	≤ 2,30 (95. Perzentil)	0,76	0,73 - 0,78	-	-	1,02	1,01 - 1,02
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²	≤ 2,24 (95. Perzentil)	0,94	0,86 - 1,03	-	-	1,01	0,99 - 1,03
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²	≤ 2,18 (95. Perzentil)	0,94	0,91 - 0,97	-	-	1,01	1,01 - 1,02
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	≤ 0,81 % (90. Perzentil)	0,16 % N = 58.545	0,13 % - 0,19 %	-	→	0,35 % N = 836.202	0,34 % - 0,36 %

↗↘ → = Tendenz im Vergleich zum Vorjahr verbessert, verschlechtert, unverändert

✗ / ✓ = Rechnerisch auffällig / Rechnerisch nicht auffällig

QS PCI Ergebnisse QI EJ2019

Indikatoren			Ihr Ergebnis				Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich		Ergebnis	Vertrauensbereich	
Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge								
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	≤ 12,75 % (95. Perzentil)	3,81 % N = 35.760	3,62 % - 4,02 %	-	→	5,43 % N = 510.078	5,37 % - 5,49 %
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	≤ 43,76 % (95. Perzentil)	15,45 % N = 1.922	13,91 % - 17,14 %	-	→	19,47 % N = 28.399	19,01 % - 19,93 %
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	≤ 28,96 % (95. Perzentil)	10,88 % N = 20.863	10,47 % - 11,31 %	-	→	12,37 % N = 297.725	12,25 % - 12,49 %
Indikatorengruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI								
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	≥ 84,21 % (5. Perzentil)	92,19 % N = 3.187	91,20 % - 93,07 %	-	→	92,03 % N = 45.735	91,78 % - 92,27 %
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	≥ 89,01 % (5. Perzentil)	94,49 % N = 22.785	94,19 % - 94,78 %	-	→	94,45 % N = 326.124	94,37 % - 94,53 %
Indikatorengruppe: Sterblichkeit bei PCI								
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI	Nicht definiert	4,60 % N = 16.085	4,29 % - 4,94 %	-	-	4,61 % N = 246.050	4,52 % - 4,69 %
56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI	Nicht definiert	5,05 % N = 16.085	4,73 % - 5,40 %	-	-	5,21 % N = 246.050	5,12 % - 5,30 %

↗↘→ = Tendenz im Vergleich zum Vorjahr verbessert, verschlechtert, unverändert

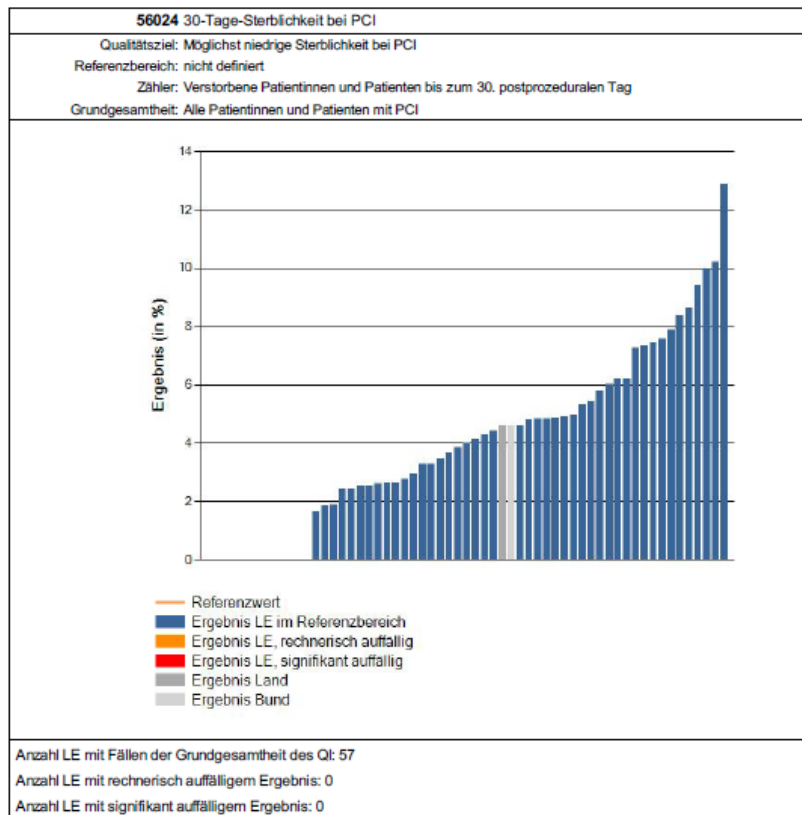
✗ / ✓ = Rechnerisch auffällig / Rechnerisch nicht auffällig

2020 erstmals für EJ2017 ausgewertet

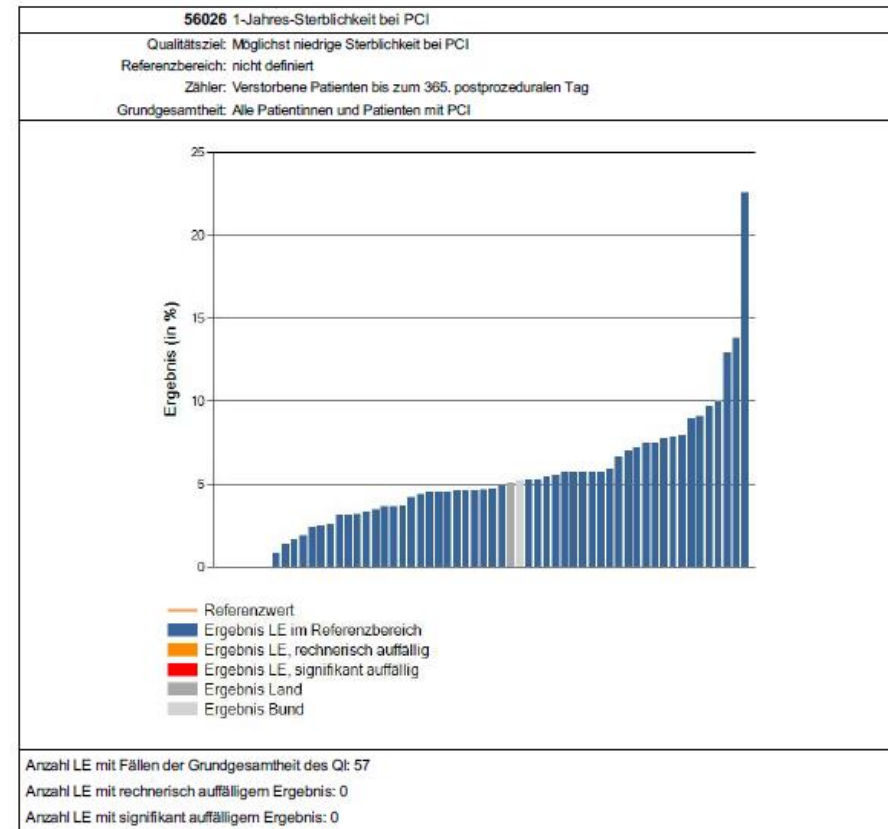
QI 56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI

QI 56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI

Landesauswertung 2019 - PCI
Datenquelle: IQTIG - Ergebnisdaten für HE



Landesauswertung 2019 - PCI
Datenquelle: IQTIG - Ergebnisdaten für HE



Bisher ohne Referenzbereich sowie keine Risikoadjustierung

QS PCI Ergebnisse SV EJ2019

Verteilung QI und Maßnahmen nach LE

	QI	LE
Rechnerisch auffällig	64	48
Stellungnahmen	24	20
Hinweise	13	11
Kollegiale Fachgespräche	6	3
Keine Maßnahme	21	14

QS PCI Ergebnisse SV EJ2019

Vollzähligkeit <95%

6 LE angefragt, Rückmeldungen u.a.

- Interne Verlegung der Patienten zur PCI, die betroffenen QS-Bögen wurden korrekt von den Belegärzten dokumentiert, an die KV geliefert und gegenüber KV ebenfalls abgerechnet. Falsche Auslösung in der Soll-PCI_LGK 2019, SWA informiert.
- Fallzusammenführung nach Lieferung der QS-Bögen und Meldung der Sollstatistik 2019. Die betroffenen QS-Bögen wurden dem Standort 01 zugewiesen (Überdokumentation im Standort 01). Eine systemseitige Prüfung der korrekten Standortzuweisung erfolgt nicht.
- Patienten hatten eine ungültige KK-Mitgliedsnummer, somit wurden die Patienten nicht als GKV-Patienten identifiziert und die QS-Bögen wurden nicht korrekt ausgelöst.

Patientenbefragung PCI (PPCI)

- 19 Qualitätsindikatoren zur Einschätzung der Behandlungsqualität der jeweiligen LE aus Sicht der Patientinnen und Patienten
- Fragebogen für Patientinnen und Patienten mit Stenteinlage bzw. Ballonerweiterung der Gefäße am Herzen (64 Fragen)
- Fragebogen für Patientinnen und Patienten mit Herzkatheteruntersuchung (57 Fragen)
- Fragebogen für Patientinnen und Patienten mit Herzkatheteruntersuchung, Stenteinlage bzw. Ballonerweiterung der Gefäße am Herzen (48 Fragen)

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikator
Indikationsstellung	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI
	Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie
	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur
Prozessbegleitende Kontinuität und Koordination der Versorgung	Prozessbegleitende Koordination der Versorgung
Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals
Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte
Patienteninformation und Aufklärung vor elektiver Prozedur	Patienteninformation vor der elektiven Prozedur
	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur
Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten	Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten
Wartezeiten für Patientinnen und Patienten	Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur
Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur
Patienteninformation nach der Prozedur	Patienteninformation nach der Prozedur
	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI
	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI
Körperliches Wohlbefinden und Sicherheit	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI

PPCI: Qualitäts- indikatoren

QS PCI Update EJ2021

G-BA setzt die Spezifikation 2021 für die PPCI aus

- Für Juli 2021 geplanter Start verschoben
- Start vermutlich in 2022

NWIF: fallbezogene Erfassung, nur stationäre Fälle – mutmaßlich postoperativ nosokomiale Wundinfektion, Qualitätsindikatoren unter Nutzung von Sozialdaten

NWIEA/NWIES: einrichtungsbezogene Befragung (ambulante/stationäre Versorgung), Indikatoren zum Hygiene- und Informationsmanagement

QS WI – NWIES/NWIEA

Stationär (NWIES)

QI 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement (Index: 9 Kennzahlen)

~~QI 2001: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen (kein Referenzbereich)~~

~~QI 2002: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen (kein Referenzbereich)~~

Transparenzkennzahl

Ambulant (NWIEA)

QI 1000: Hygiene- und Infektionsmanagement (Index: 9 Kennzahlen)

~~QI 1001: Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/ MVZ (kein Referenzbereich)~~

QS WI – NWIES/NWIEA

bisher kein Soll-Ist-Abgleich möglich

Nr.	QI Beschreibung	
1	Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	
2	Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	
3	Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	
4	Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	
5	Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	
6	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	
7	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	
8	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	
9	Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	
10	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement	
11	Durchführung von Compliance-Überprüfungen	Transparenzkennzahl
12	Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene	

NWIES HE EJ2018 & EJ2019

QI Beschreibung	2019	2018
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	83,9	78,3
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	84,6	80,5
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	86,1	82,8
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	95,9	97,1
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	97,6	97,5
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	90,1	91,0
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	32,5	16,4
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	96,9	95,3
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement	82,6	82,5
Hygiene- und Infektionsmanagement ambulante Versorgung (Referenzwert $\geq 41,41$)	83,4 / 100	80,1/100

NWIEA HE EJ2018 & EJ2019

QI Beschreibung	2019	2018
Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	62,8	61,9
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	67,9	62,7
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	70,3	64,7
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	91,5	90,7
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	91,0	90,9
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	84,2	85,5
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	48,7	48,1
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	88,3	87,6
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement	77,3	76,5
Hygiene- und Infektionsmanagement ambulante Versorgung (Referenzwert $\geq 41,41$)	75,8/100	74,4/100

QS WI Ergebnisse SV EJ2019

	LE
Rechnerisch auffällig	20
Stellungnahmen	5
Hinweise	15
Kollegiale Fachgespräche	-
Keine Maßnahme	-

QS WI Ergebnisse SV EJ2019

Vollzähligkeit <95%

4 LE angefragt, Rückmeldungen:

- Aus dem Klinikbericht geht hervor, dass alle 31 Fälle dokumentiert und an die LAGQH exportiert wurden. Bei der LAGQH wurde die Lieferung jedoch abgewiesen. Die Klinik bzw. der SWA hat es nicht geschafft, die korrekten Schlüssel im System zu hinterlegen.
- 10 Datensätze (Überlieger aus 2018) wurden dokumentiert und zum Export freigegeben, jedoch nicht exportiert - inkorrekte Einstellungen im KIS. Export wurde nicht mehr geprüft.
- Längerfristige Erkrankung des zuständigen Mitarbeiters. Die internen Strukturen und Prozesse wurden bereits neu definiert.
- QS-Bögen zu spät bearbeitet, somit später Export, der leider durch später Einspielung der Updates nicht mehr fristgerecht möglich war. Im EJ 2020 ist hierfür direkt das Medizincontrolling verantwortlich.

QS WI Update EJ2020/2021

Aussetzen von

- Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (NWIES/NWIEA) für EJ2020
- QS-bezogene Dokumentation (NWIF) für EJ2021

Probetrieb (5 Jahre) um ein Jahr verlängert, in diesem Zeitraum keine Vergütungsabschläge

QS CHE – Übersicht der QI Regelbetrieb seit 01.01.2019

Indikator	Indikatorbeschreibung	Indikator- typ
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie	Ergebnisindikator
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie	
58002	Eingriffsspezifische Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie	
58003	Interventionsbedürftige Blutungen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie	
58004	Weitere postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie	
58005	Weitere postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb 365 Tagen nach Cholezystektomie	
58006	Sterblichkeit bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie	

QS CHE

Zeitplan IQTIG

		Jahr der Auswertung					
		2020	2021	2022	2023	2024	...
Jahr des Indexeingriffs	2019		2019 (EJ+2)	2019 (EJ+3)			
	2020			2020 (EJ+2)	2020 (EJ+3)		
	2021				2021 (EJ+2)	2021 (EJ+3)	
	2022					2022 (EJ+2)	...

- Qualitätsindikatoren 58000, 58001, 58002, 58003, 58004, 58006: 30 bzw. 90 Tage Follow-up
- Qualitätsindikator 58005: 365 Tage Follow-up

QS NET

Regelbetrieb seit 01.01.2020

- Dialyse: NET-DIAL
- Nierentransplantation: NET-NTX
- Pankreas- und Pankreas-
Nierentransplantationen: NET-PNTX

Datensätze (Testjahr 2020): DIAL_LKG: 252

Erste Auswertungen werden zum 30.06.2021
erwartet

EJ2020 und EJ2021 keine Vergütungsabschlüsse

QS NET – DIAL

Übersicht der QI

QI	Indikatoren Dialyse	Indikatortyp
1	Aufklärung über Behandlungsoptionen	Prozessindikatoren
2	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt	
3	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung	
4	Katheterzugang bei Hämodialyse	
5	Dialysefrequenz pro Woche	
6	Dialysedauer pro Woche	
7	Ernährungsstatus*	Ergebnisindikatoren
8	Anämiemanagement*	
9	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse	
10	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	
11	1-Jahres-Überleben*	
12	2-Jahres- Überleben*	
13	3- Jahres-Überleben*	
14	5-Jahres-Überleben*	
15	10-Jahres-Überleben*	

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

LAGQH GbR
Frankfurter Straße 10-14
65760 Eschborn

Tel.: 06196 204 85 66
Fax.: 06196 204 85 68
Web: www.lagqh.de
Mail: info@lagqh.de