

TÄTIGKEITSBERICHT

gem. § 3 Abs. (2) der Finanzierungsvereinbarung (Anlage 2) zum Vertrag über die Umsetzung
der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen
vom 2. Oktober 2019

zum Geschäftsjahr 2019

erstellt von der Landesgeschäftsstelle einrichtungs- und sektorenübergreifende
Qualitätssicherung

Stand: 31. März 2020

1 Inhaltsverzeichnis

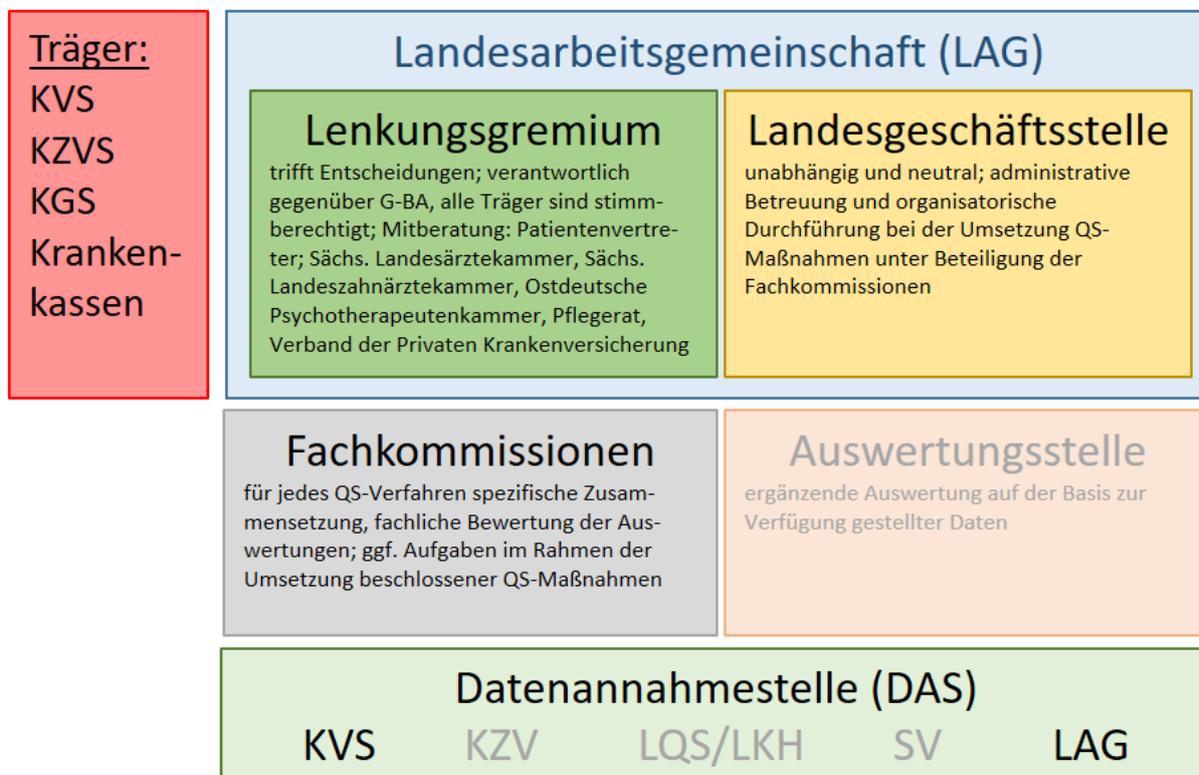
1	Inhaltsverzeichnis	2
2	Gesetzliche und vertragliche Grundlagen	3
3	Administrative Betreuung und organisatorische Durchführung bei der Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß DeQS-Richtlinie	5
3.1	Lenkungs-gremium	5
3.2	Landesgeschäftsstelle (LGS) für einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung	5
3.3	Fachkommissionen (FK)	6
3.3.1	Fachkommission für „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)“	6
3.3.2	Fachkommission für „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)“	7
3.4	Leistungserbringer (LE)	8
3.5	Berichte	8
3.5.1	Rückmeldeberichte an Leistungserbringer (§ 18 Teil 1 DeQS-RL; § 10 und 17 in den themenspezifischen Bestimmungen)	8
3.5.2	Landesberichte an die LAG	8
3.5.3	Qualitätssicherungsergebnisbericht (QSEB) an das Institut nach § 137a SGB V (§ 19 DeQS-RL)	8
3.5.4	Tätigkeitsbericht der Landesgeschäftsstelle für das Geschäftsjahr 2018 an Lenkungs-gremium	9
3.6	Zusammenarbeit mit den Gremien und Institutionen der Bundesebene	9
4	Datenannahme	10
4.1	Sollstatistik	10
5	Datenauswertung	11
5.1	Verfahren 1: „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)“	11
5.2	Verfahren 2: „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)“	11
5.3	Verfahren 3: „Cholezystektomie (QS CHE)“	12
6	Nachweis der Finanzmittel	13
7	Veranstaltungen	14
7.1	Ergebniskonferenz Kardiologie am 19. Juni 2019	14
8	Publikationen	15
8.1	Vorträge	15
9	Glossar	16
10	Abkürzungsverzeichnis	18

2 Gesetzliche und vertragliche Grundlagen

In Sachsen ist die Umsetzung der bundesweit verpflichtenden Verfahren und Maßnahmen der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Qesü-Richtlinie vom 19. April 2010, geändert 15. Juni 2017 bzw. DeQS-Richtlinie vom 19. Juli 2018) im „Vertrag zur Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen“ vom 29. September 2017 bzw. in einer an die DeQS-Richtlinie angepassten redaktionell überarbeiteten Fassung vom 2. Oktober 2019 geregelt. Der Vertrag wurde zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS), der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen (KZVS), der Krankenhausgesellschaft Sachsen e. V. (KGS), der AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen, den Ersatzkassen (über Verband der Ersatzkassen e. V.), dem BKK Landesverband Mitte, der IKK classic, dem BKK Landesverband Mitte, der Knappschaft Regionaldirektion Chemnitz sowie der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als landwirtschaftliche Krankenkasse geschlossen.

Diese o. g. Vertragspartner bilden eine Landesarbeitsgemeinschaft (LAG), die ihrerseits ein Lenkungsgremium als Entscheidungsgremium mit eigener Geschäftsordnung, eine Landesgeschäftsstelle (LGS) für die administrative Betreuung und organisatorische Durchführung, Fachkommissionen (FK) für die fachlich-inhaltliche Durchführung der Qualitätssicherungs-(QS)-Verfahren und themenbezogenen Arbeitsgruppen (AG), insbesondere eine AG Haushalt etabliert hat (*Abbildung 1*).

Abbildung 1: Landesarbeitsgemeinschaft Sachsen



Der Verband der Privaten Krankenversicherung, die Sächsische Landesärztekammer und die Organisationen der Pflegeberufe im Freistaat Sachsen werden beratend im Lenkungsgremium

gremium beteiligt. Ein Mitberatungsrecht erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene. Die Sächsische Landes Zahnärztekammer und die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer werden zusätzlich beteiligt, soweit deren Belange in der Qualitätssicherung thematisch berührt sind.

Die Aufgaben der Landesgeschäftsstelle sind zusätzlich in einer gesonderten „Vereinbarung über die Einrichtung und den Betrieb der Landesgeschäftsstelle in Umsetzung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Qesü-RL)“ bzw. DeQS-RL zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und der LAG Sachsen vom 29. September 2017 bzw. in der novellierten Fassung vom 2. Oktober 2019 fixiert.

Im Jahr 2019 fielen unter diese DeQS-RL folgende Qualitätssicherungs-(QS)-Verfahren (Tabelle 1):

Tabelle 1: Qualitätssicherungsverfahren nach DeQS-Richtlinie (Stand 2019):

Verfahrens-Nr.	Verfahrensbezeichnung (Lang- und Kurzform)	Beginn des Verfahrens
1	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	01.01.2016
2	Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)	01.01.2017
3	Cholezystektomie (QS CHE)	01.01.2019

Die ersten beiden QS-Verfahren wurden per G-BA-Beschluss vom 22. November 2018 in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der Fassung vom 19. Juli 2018 überführt. Die DeQS-RL trat an die Stelle der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL), die mit Inkrafttreten der DeQS-RL ab dem 1. Januar 2019 aufgehoben wurde.

3 Administrative Betreuung und organisatorische Durchführung bei der Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß DeQS-Richtlinie

3.1 Lenkungs-gremium

Das Lenkungs-gremium in der in *Tabelle 2* zusammengestellten Zusammensetzung traf sich im Berichtszeitraum unter Leitung seines turnusmäßig für ein Jahr gewählten Vorsitzenden, Herrn Dr. oec. Stephan Helm (Krankenhausgesellschaft Sachsen e. V. - KGS), am 29. April 2019 und 2. Oktober 2019. Die Arbeitsgruppe Haushalt tagte am 3. September 2019. Die Ergebnisvorstellung der Fachkommissionen durch deren Vorsitzende erfolgten anlässlich der Frühjahrssitzung zum Erfassungsjahr 2017 für QS PCI und anlässlich der Herbstsitzung für die Ergebnisse aus QS PCI und QS WI des Erfassungsjahres 2018. Darüber hinaus wurde am 2. Oktober 2019 eine Überprüfung des Erfüllungsstandes der Maßnahmenstufe 1 bei den Einrichtungen vorgenommen, für die in dem Verfahren QS PCI im Erfassungsjahr 2017 eine solche ausgesprochen worden war. Zusätzlich wurde der Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2018 einstimmig angenommen und der Wirtschaftsplan für das Geschäftsjahr 2020 beschlossen. Es erfolgte zudem für das Geschäftsjahr 2020 die Wahl des Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden gem. Landesvertrag. Als Vorsitzender wurde Herr Dr. Marcus Gumpert (KVS) und als stellvertretende Vorsitzende Frau Inge Sauer (KZVS) einstimmig für die einjährige Legislaturperiode 2020 gewählt.

Tabelle 2: Zusammensetzung des Lenkungs-gremiums (Stand 2019)

	Vertreter von	Mitglied/Beteiligte	Stimmrecht
Mitglieder	AOK Plus	1 Mitglied, 2 Stellv.	x
	IKK Classic	1 Mitglied, 1 Stellv.	x
	BKK	1 Mitglied, 1 Stellv.	x
	Knappschaft	1 Mitglied, 2 Stellv.	x
	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau Landwirtschaftliche Krankenkasse (SVLFG)	1 Mitglied, 2 Stellv.	x
	Verband der Ersatzkassen	1 Mitglied, 2 Stellv.	x
	Krankenhausgesellschaft Sachsen e.V.	2 Mitglieder, 2 Stellv.	x
	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen	2 Mitglieder, 2 Stellv.	x
	Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen	2 Mitglieder, 2 Stellv.	x
	Beteiligte	Patientenvertretung	1 Vertreter, 1 Stellv.
Sächsischer Pflegerat		1 Vertreter, 1 Stellv.	
Sächs. Landesärztekammer		1 Vertreter, 1 Stellv.	
Sächs. Zahnärztekammer		1 Vertreter.	
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer		1 Vertreter, 1 Stellv.	
Verband der Privaten Krankenversicherung		1 Vertreter	

3.2 Landesgeschäftsstelle (LGS) für einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Die LGS mit Sitz in den Räumlichkeiten der Sächsischen Landesärztekammer Dresden und stand unter ärztlicher Leitung von Frau Dr. med. Beate Trausch. Die Aufgaben der Geschäftsstelle sind durch die DeQS-Richtlinie und die Bestimmungen im Landesvertrag Teil III fixiert.

3.3 Fachkommissionen (FK)

3.3.1 Fachkommission für „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)“

Die Fachkommission QS PCI, die sich richtlinienkonform am 25. April 2018 konstituierte hatte und aus 5 stimmberechtigten Internisten/Kardiologen sowie mitberatungsberechtigt einer Assistentin aus einem Herzkatheterlabor und zwei Patientenvertretern besteht, stand unter dem Vorsitz von Prof. Dr. med. S. G. Spitzer (Tabelle 3).

Tabelle 3: Zusammensetzung der Fachkommission QS PCI (Stand 2019)

benennende Organisation	Fachkommissions-Mitglieder	Stimmrecht	Mitberatungsrecht
zugelassene Krankenhäuser	2 Ärzte mit Facharztbezeichnung: Facharzt Innere Medizin, Subspezialisierung: Kardiologie	x x	
Krankenkassen	1 Ärztin mit Facharztbezeichnung: Fachärztin Innere Medizin, Subspezialisierung: Kardiologie	x	
KVS (Vertragsärzte)	2 Ärzte mit Facharztbezeichnung: Facharzt Innere Medizin, Subspezialisierung: Kardiologie	x x	
Assistenz Herzkatheterlabor	1 Person		x
Patientenvertreter	1 Vertreter, 1 Stellvertreter		x

Die Fachkommission QS PCI tagte am 14. Februar 2019, um die Stellungnahmeverfahren (STNV) zum Erfassungsjahr 2017 abzuschließen. Dabei war initial bei 28 ambulanten und stationären dokumentierenden LE von insgesamt 54 dokumentierenden Leistungserbringern 40 Mal in Bezug auf die 14 ausgewerteten Qualitätsindikatoren (QI) ein STNV im Geschäftsjahr 2018 eingeleitet worden. Bei 5 LE davon wurde wegen qualitativer bzw. Struktur- und Prozess-Mängel letztendlich eine Maßnahmenstufe 1 als erforderlich angesehen, was durch das Lenkungsgremium anlässlich seiner Sitzung am 29. März 2019 nach Darlegung der Ergebnisse durch den stellv. Vorsitzenden der Fachkommission bestätigt wurde. Alle anderen LE waren als qualitativ unauffällig zu bewerten gewesen bzw. hatten die bestehende qualitative Auffälligkeit durch eingeleitete Maßnahmen bereits beseitigen können. (Tabelle 5, S. 11)

Die Überprüfung der Maßnahmenstufe 1 zum EJ 2017 erfolgte anlässlich der Lenkungsgremiumssitzung am 29. März 2019. Mit einem Leistungserbringer wurde ein **Kollegiales Gespräch** durchgeführt.

Anlässlich der **Ergebniskonferenz Kardiologie am 19. Juni 2019** in Dresden wurden die Ergebnisse aus dem Erfassungsjahr 2017 unter dem Titel: „Ergebnisse der Erhebung 2016 und 2017 im Leistungsbereich Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) – Welche Konsequenzen ergeben sich?“ vorgestellt und durch weitere drei vertiefende Vorträge zu spezifischen Teilthemen ergänzt. (57 Teilnehmer, Veranstaltungsprogramm unter Kapitel 7.1.).

Aus dem Erfassungsjahr 2018 führten die Ergebnisse bei 20 ambulanten und stationären dokumentierenden LE von insgesamt 52 dokumentierenden Leistungserbringern in Bezug auf 27 Mal rechnerisch auffällige QI zur Einleitung eines STNV im Geschäftsjahr 2019 (Tabelle 5,

S. 11). Die Fachkommission beriet am 5. September 2019 über die von den LE übermittelten Stellungnahmen. Bei 4 LE mit jeweils einem qualitativ auffälligen QI davon wurde wegen Struktur- und Prozess-Mängeln letztendlich eine Maßnahmenstufe 1 als erforderlich angesehen, die durch das Lenkungsgremium anlässlich seiner Sitzung am 2. Oktober 2019 nach Darlegung der Ergebnisse durch den Vorsitzenden der Fachkommission bestätigt wurde. Alle anderen LE waren als qualitativ unauffällig zu bewerten gewesen bzw. hatten die bestehende qualitative Auffälligkeit durch eingeleitete Maßnahmen bereits beseitigen können.

Die Erfahrungen aus den Stellungnahmeverfahren zu den Erfassungsjahren 2017 und 2018 in Sachsen wurden in einem **Vortrag** unter dem Titel „Erste Erfahrungen aus dem Stellungnahmeverfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie – QS PCI“ in der **Bund-Land-Konferenz in Frankfurt/Main am 5. November 2019** von Prof. Dr. S. G. Spitzer vorgestellt.

<https://www.gqhnet.de/geschaeftsstelle/veroeffentlichungen/vortraege-der-bund-land-konferenz-kardiologie-2019>)

3.3.2 Fachkommission für „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)“

Die Mitglieder einer Fachkommission für Vermeidung nosokomialer Infektionen postoperative Wundinfektionen (QS WI) wurden anlässlich der Lenkungsgremiumssitzung am 29. März 2019 unter Berücksichtigung der themenspezifischen Vorgaben der DeQS-RL berufen (Tabelle 4). Die konstituierende Sitzung der Fachkommission erfolgte am 14. Mai 2019.

Tabelle 4: Zusammensetzung der Fachkommission QS WI (Stand 2019)

benennende Organisation	Fachkommissions-Mitglieder	Stimmrecht	Mitbera- tungsrecht
zugelassene Krankenhäuser	2 Ärzte (Mitglied); 2 Ärzte (Stellvertreter) mit Facharztbezeichnung Gynäkologie/Geburtshilfe; Chirurgie/Viszeralchirurgie/Gefäßchirurgie 1 Hygieniker 1 Kodierexperte für operative Fachgebiet Arzt mit Facharztbezeichnung Chirurgie/spezielle Unfallchirurgie 1 Hygienefachkraft 1 Pflegekraft aus OP-Bereich	x x x x x x	
Krankenkassen	1 Arzt mit Facharztbezeichnung Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie	x	
KV (Vertragsärzte)	3 Ärzte (Mitglieder), 3 Ärzte (Stellvertreter) mit Facharztbezeichnung Gynäkologie/Geburtshilfe; Chirurgie/Unfallchirurgie/Gefäßchirurgie; Orthopädie; Urologie	x x x	
Patientenvertreter	1 Vertreter, 1 Stellvertreter		x

Anlässlich der 2. Sitzung am 18. September 2019 erfolgten die Wahl des Vorsitzenden, Prof. Dr. rer. nat. et rer. medic. habil. L. Jatzwauk, und seines Stellvertreters, Dr. med. N. von Dercks, darüber hinaus die Bearbeitung der Stellungnahmen von 7 stationären bzw. ambulanten LE mit rechnerisch auffälligem Qualitätsindikator hinsichtlich der einrichtungsbezogenen Befragung EJ 2018. Letztendlich mussten 2 LE mit jeweils einem QI als qualitativ auffällig bewertet und eine Maßnahmenstufe 1 vorgeschlagen werden, die das Lenkungsgremium anlässlich seiner Sitzung am 2. Oktober 2019 bestätigte. Eine fallbezogene Auswertung zur postoperativen Wundinfektionsrate auf der Basis von Sozialdaten zum EJ 2017 war vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) nicht bereitgestellt worden auf Grund von Schwierigkeiten bei der Verarbeitung dieser Sozialdaten. (Tabelle 6, S. 11).

3.4 Leistungserbringer (LE)

Bei den Leistungserbringern handelt es sich themenspezifisch um Krankenhäuser, Ambulanzen an Krankenhäusern, Belegärzte in Krankenhäusern und Vertragsärzte im ambulanten Bereich (Praxen, MVZ) sowie selektivvertragliche Leistungserbringer.

Die zahlreichen Anfragen der ambulanten und stationären LE zu verschiedenen Themen der externen Qualitätssicherung, die über die Landesgeschäftsstelle eingingen (2019: 56 Anfragen), wurden bearbeitet und schriftlich, per E-Mail oder telefonisch beantwortet. Dabei war zur Beantwortung der Anfragen teilweise zusätzlich die Kontaktaufnahme mit dem IQTIG bzw. mit dem externen Dienstleister erforderlich.

3.5 Berichte

3.5.1 Rückmeldeberichte an Leistungserbringer (§ 18 Teil 1 DeQS-RL; § 10 und 17 in den themenspezifischen Bestimmungen)

Nach DeQS-Richtlinie erhielten die Leistungserbringer Rückmeldeberichte zu den von ihnen übermittelten Daten. Die Bundesauswertestelle (IQTIG = Institut nach § 137a SGB V) erstellte diese Berichte nach einheitlichen Vorgaben und leitet diese an die Datenannahmestellen (DAS) auf Landesebene weiter (ambulante LE über DAS der KVS, stationäre LE über LAG), die diese wiederum an die LE sendete. Diese Rückmeldeberichte wurden quartalsweise zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus wurde ein Jahresbericht bis zum 30. Juni 2019 des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres (EJ+1) bereitgestellt. Die Fristen für diese Rückmeldeberichte werden jeweils in den themenspezifischen Teilen der DeQS-RL geregelt.

3.5.2 Landesberichte an die LAG

Derartige Landesberichte werden einmal jährlich durch das IQTIG der LAG zur Verfügung gestellt – 2019 für QS PCI und QS WI, allerdings in einem verkürzten Umfang ohne Basisauswertung. Diese enthalten die Landesauswertung. Zum Vergleich sind ebenfalls die Bundesergebnisse bzw. die nach den aktuell geltenden Rechenregeln neu berechneten Vorjahresergebnisse mit enthalten.

3.5.3 Qualitätssicherungsergebnisbericht (QSEB) an das Institut nach § 137a SGB V (§ 19 DeQS-RL)

Im Geschäftsjahr 2019 wurde ein maschinenlesbarer und –verwertbarer Qualitätssicherungsergebnisbericht von der LAG Sachsen an das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und den G-BA zum Erfassungsjahr 2017 erstellt und fristgerecht inklusive Evaluierungsfragebögen zu QS PCI und QS WI übermittelt.

3.5.4 Tätigkeitsbericht der Landesgeschäftsstelle für das Geschäftsjahr 2018 an Lenkungs-gremium

Dieser Tätigkeitsbericht für das Geschäftsjahr 2018 wurde am 14. Mai 2019 fristgerecht fertiggestellt und zusammen mit dem Jahresabschluss 2018 – Teilhaushalt „Landesgeschäftsstelle einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung“ der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Deloitte am 20. Mai 2019 dem Lenkungs-gremium übermittelt.

3.6 Zusammenarbeit mit den Gremien und Institutionen der Bundesebene

Es erfolgte eine kontinuierliche Zusammenarbeit für die Klärung von Fragen zu den QS-Verfahren mit dem Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG = Institut nach § 137a SGB V) und mit dem G-BA. Dazu standen verschiedene Formate zur Verfügung:

- LAG-IQTIG-Treffen (in der Regel zweimal pro Jahr; 17. Juni 2019 und am 14. November 2019; LAG vertreten durch die Leiterin der Geschäftsstelle)
- Workshops im Zusammenhang zu QS-Verfahrensweiterentwicklungen („Mandantenfähige Datenbank (MDB)“ - 11. Februar 2019; „Strukturierter Dialog“ – 27. Mai 2019; LAG vertreten durch die Leiterin der Geschäftsstelle)
- Mitarbeit in Expertengremien des IQTIG (Bewerbungsverfahren; Frau Dr. B. Trausch in das Expertengremium zum Verfahren QS WI berufen)
- Bereitstellung von Protokollen der Bundesfachgruppen nach § 18 QSKH-RL und Protokolle der Expertengruppen auf Bundesebene nach § 26 DeQS-RL

4 Datenannahme

Die Landesgeschäftsstelle war mit der Datenannahme für alle Daten der Krankenhäuser, inklusive der Daten aus ambulanter Versorgung von Patienten am Krankenhaus nach § 9 Abs. 1 in Verbindung mit § 15 Abs. 1 DeQS-Richtlinie bzw. Qesü-RL beauftragt. Die Lieferfristen sind in der DeQS-Richtlinie geregelt. Als Servicestelle war externer Dienstleister tätig. Für die ambulanten LE erfolgte die Datenannahme über die Datenannahmestelle der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen.

4.1 Sollstatistik

Hinsichtlich der Sollstatistik war für die Verfahren nach DeQS-RL bzw. für Überlieger noch nach Qesü-RL aus dem EJ 2018 eine Sollstatistik zu erstellen. Diese war bis zum 15. März 2019 in elektronischer und schriftlicher Form zusammen mit der Konformitätserklärung an die zuständige Landesstelle zu übermitteln. Es waren die dokumentationspflichtigen Leistungen aus stationären als auch ambulanten Fällen des Krankenhauses einzubeziehen. Die Sollstatistik wurde richtlinienkonform einrichtungsbezogen erhoben. Es besteht eine Dokumentationspflicht nach DeQS-RL, aber es werden derzeit noch keine Maßnahmen i. S. von Vergütungsabschlägen oder des Entzugs der Abrechnungsmöglichkeit eingeleitet (geregelt im verfahrensspezifischen Teil II der DeQS-RL in der jeweils aktuellen Fassung, i. d. R. § 18). Für das Verfahren QS PCI gilt dies für die Erfassungsjahre 2016, 2017, 2018 und 2019, für das Verfahren QS WI während der gesamten Erprobungsphase 2017 bis 2021 sowie für das Verfahren QS CHE für das Erfassungsjahr 2019.

Die Leistungserbringer erhielten von der Geschäftsstelle den Hinweis auf ein Unterstützungsangebot bei der Ursachenfindung von Über- oder Unterdokumentationen.

5 Datenauswertung

5.1 Verfahren 1: „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)“

Gegenstand des länderbezogenen Verfahrens sind Koronarangiographien und perkutane Koronarinterventionen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Für das Verfahren werden Daten erhoben, verarbeitet und genutzt von den Leistungserbringern, den Krankenkassen und (zu einem späteren Zeitpunkt) Patientenbefragungen. Es wurden für das Verfahren 20 Qualitätsindikatoren definiert, wovon 14 bisher für das Erfassungsjahr 2018 berechnet wurden. Sechs Indikatoren im Zusammenhang mit Sozialdaten (Komplikationen, Sterblichkeit) wurden bisher entgegen vorheriger Ankündigungen auf Grund von Problemen bei der Verarbeitung dieser Sozialdaten durch das IQTIG noch nicht berechnet und bereitgestellt.

Tabelle 5: Verfahren QS PCI – Übersicht – EJ 2018 im Vergleich mit Vorjahr

	Erfassungsjahr	Vertragsärzte	Krankenhäuser
Anzahl ausgewerteter Datensätze	2018	34.796 (102,97 %)*	
	2017	33.341 (94,84 %)*	
Anzahl der Leistungserbringer	2018	8	45
	2017	9	44
STNV eingeleitet bei Leistungserbringern	2018	3	17
	2017	5	23
Maßnahmenstufe 1 bei LE	2018	1	3
	2017	1	4

Legende: STNV – Stellungsnehmerverfahren, * - Vollzähligkeit

5.2 Verfahren 2: „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)“

Ziele dieses länderbezogenen Verfahrens, welches sich zwischen 2017 und 2021 in einer Erprobungsphase befindet, sind die Reduktion nosokomialer postoperativer Wundinfektionen, die Verbesserung des Hygiene- und Infektionsmanagements und die Vermeidung nosokomialer Infektionen. Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet. Es gibt 9 Qualitätsindikatoren stationär und 6 QI ambulant bezogen auf Hygiene- und Infektionsmanagement sowie Händedesinfektionsmittelverbrauch (auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen bzw. auf Allgemeinstationen) bzw. fallbezogene Ereignisse. Der Qualitätsindikator zum Desinfektionsmittelverbrauch wurde in eine Transparenzkennzahl umgewandelt. Sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren werden ab 2019 ausgewertet.

Tabelle 6: Verfahren QS WI – Übersicht – EJ 2018 im Vergleich mit Vorjahr

QS-Verfahren		Erfassungsjahr	Vertragsärzte	Krankenhäuser
QS WI einrichtungsbezogen	Anzahl beteiligter LE	2018	163	53
		2017	178	71***
	Anzahl ausgewerteter Datensätze	2018	163	53
		2017	178	71***

	STNV eingeleitet bei LE	2018	5	2
		2017	keine STNV eingeleitet	
	Maßnahmenstufe 1 bei LE	2018	1	1
		2017	entfällt, da kein STNV erfolgte	
QS WI fallbezogen	Anzahl beteiligter LE	2018	- **	53
		2017	- **	71***
	Anzahl ausgewerteter Datensätze	2018	- **	23.448 (k. A.)*
		2017	- **	24.059 (97,82%)*
	STNV eingeleitet bei LE	2018	keine Auswertungen vorliegend	
		2017	keine Auswertungen vorliegend	

Legende: STNV – Stellungnahmeverfahren
* - Vollständigkeit
** - nicht in der Erfassung und Auswertung nach DeQS-RL einbezogen
*** - mit Belegärzten

5.3 Verfahren 3: „Cholezystektomie (QS CHE)“

Verfahren QS CHE nach der QSKH-RL (Start 2009) zeigte ein hohes und stabiles Qualitätsniveau, das eine Aussetzung ab dem Erfassungsjahr 2015 zur Folge hatte. Nach einer Weiterentwicklung erfolgte ab dem 1. Januar 2019 der Neu-Start als Verfahren 3 nach DeQS-RL mit Nutzung von Sozialdaten und Auswertung von Follow-up-Indikatoren nach 30, 90 und 365 Tagen, um Komplikationen, Re-Interventionen und Sterblichkeit zu erfassen, die in 7 Qualitätsindikatoren dargestellt werden. Die Dokumentation erfolgt ausschließlich im stationären Bereich. Zahlen zum Umfang gelieferter Datensätze und Rückmeldeberichte lagen für das Erfassungsjahr 2019 zum Berichtszeitpunkt noch nicht vor. Mit der Bereitstellung erster Ergebnisse ist im Jahr 2021 zu rechnen.

6 Nachweis der Finanzmittel

Die Verwendung der Finanzmittel ist gesondert im „Bericht zum Teilhaushalt Landesgeschäftsstelle zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen“ für den Berichtszeitraum der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Deloitte GmbH ausgewiesen.

7 Veranstaltungen

7.1 Ergebniskonferenz Kardiologie am 19. Juni 2019

Diese Veranstaltung mit 58 Teilnehmern wurde gemeinsam mit der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen durchgeführt.

Abbildung 2: *Veranstaltungsprogramm*

PROGRAMM

15.00 - 15.05 Uhr
Begrüßung und Moderation
Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer

15.05 - 15.35 Uhr
Ergebnisse der Erhebung 2016 und 2017 im Leistungsbereich Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) – Welche Konsequenzen ergeben sich?
Prof. Dr. med. habil. Axel Linke

15.35 - 15.45 Uhr
Fallstricke in der Dokumentation – Wie lässt sich ihnen begegnen?
Dr. med. Beate Trausch

15.45 - 16.15 Uhr
„CTO“ – Indikationsstellung, technische Durchführung und Abbruchkriterien – Update 2019
Prof. Dr. med. Gerald Werner

Pause (16.15 - 16.30 Uhr)

16.30 - 17.00 Uhr
Ergebnisse Erfassungsjahr 2017 im Leistungsbereich Herzschrittmacher/Implantierbare Defibrillatoren
Prof. Dr. med. habil. Dietrich Pfeiffer

17.00 - 17.30 Uhr
Strahlenschutz bei kardiologischen Interventionen – Was es zu beachten gilt
Prof. Dr. med. habil. Heinrich Platzbecker

17.30 - 17.50 Uhr
Externe Qualitätssicherung in der Kardiologie 2019/2020 und wie weiter?
Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer

17.50 - 18.00 Uhr
Zusammenfassung und Schlusswort
Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer

MODERATOREN & REFERENTEN

Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer
Vorsitzender der Fachkommission PCI, Praxisklinik Herz und Gefäße, Dresden

Prof. Dr. med. habil. Axel Linke
stellvertretender Vorsitzender der Fachkommission PCI, Herzzentrum Dresden GmbH

Dr. med. Beate Trausch
Leiterin der Landesgeschäftsstelle einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, Dresden

Prof. Dr. med. Gerald Werner
Direktor der Medizinischen Klinik I – Kardiologie und internistische Intensivmedizin, Klinikum Darmstadt GmbH

Prof. Dr. med. habil. Dietrich Pfeiffer
Mitglied der Arbeitsgruppe Kardiologie, Medizinisch Klinik IV Kardiologie, Department für Innere Medizin, Neurologie und Dermatologie; Universität Leipzig

Prof. Dr. med. habil. Heinrich Platzbecker,
Facharzt für Radiologie, TG Neuroradiologie, Dresden

8 Publikationen

8.1 Vorträge:

Spitzer S. G., Trausch B., A. Friedrich A., Kaiser A.: Erste Erfahrungen aus dem Stellungnahmeverfahren „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie – QS PCI“.
Bund-Land-Konferenz „Kardiologie“ in Frankfurt/M., 05.11.2019
<https://www.gqhnet.de/geschaeftsstelle/veroeffentlichungen/vortraege-der-bund-land-konferenz-kardiologie-2019>

9 Glossar ¹

Datensatz

Eine festgelegte Menge von Datenfeldern, die einem Fall (z. B. einer Patientin oder einem Patienten) zugeordnet wird. Sie wird anhand eines Dokumentationsbogens im Rahmen der QSDokumentation erhoben.

Dokumentationsrate

Siehe: Vollzähligkeit

Erfassungsinstrument

Spezifizierung der Art und Weise der Erfassung von Daten (für die externe Qualitätssicherung) bzw. der Erschließung/Nutzbarmachung von Datenquellen. Beispiele:

- Dokumentationsbögen zur Datenerhebung durch die Leistungserbringer (QS-Dokumentation)
- Fragebögen zur Datenerhebung bei Patientinnen und Patienten
- Technische Spezifikationen zur Erhebung von Routinedaten (z. B. aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen)

Erfassungsjahr (EJ)

Das Erfassungsjahr bezeichnet das Jahr, in dem die Daten erhoben werden. Hierauf beruhen die Ergebnisse der Indikatoren. Die Kriterien für die Abgrenzung des Erfassungsjahres sind in der Spezifikation zur Sollstatistik definiert.

Follow-up

Nachbeobachtung einer initialen Versorgungsleistung zu weiteren Zeitpunkten. Follow-up-Indikatoren bewerten die Qualität des Behandlungsergebnisses unter Berücksichtigung dieser weiteren Beobachtungen über einen festgelegten Zeitraum (z. B. 1-Jahres-Follow-up).

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Oberstes Beschlussgremium der Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er beschließt unter anderem den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §§ 136 ff. SGB V.

Leistungserbringer

Einrichtungen (z. B. Krankenhäuser, Arztpraxen, Medizinische Versorgungszentren) oder Personen (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte), die Patientinnen und Patienten medizinisch-pflegerisch versorgen.

QS-Dokumentation

Unter QS-Dokumentation versteht man die Erfassung von Behandlungsdaten durch Leistungserbringer zum Zwecke der externen vergleichenden Qualitätsbewertung.

QS-Verfahren

Vom G-BA in Richtlinien festgelegtes Bündel an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung in einem Versorgungsbereich. Dazu gehören im Wesentlichen die Festlegung der einbezogenen medizinisch-pflegerischen Leistungen oder Leistungsbereiche, Qualitätsindikatoren (mit Qualitätszielen, Mess- und Auswertungsmethoden sowie Regeln zur Bewertung), Spezifikationen (beispielsweise der QS-Dokumentation, des QS-Filters oder der Nutzung von Sozialdaten sowie der zugehörigen Datenflüsse), die Auswertung, die Vorgehensweise zur Bewertung sowie die Regelung qualitätsverbessernder Maßnahmen. Der Begriff

¹ Auszugsweise: IQTIG: Qualitätsreport 2019 <https://iqtig.org/qs-berichte/qualitaetsreport/>

„Leistungsbereich“ wird meist synonym zu QS-Verfahren verwendet. Es wird zwischen direkten und indirekten Verfahren unterschieden:

- Bundesbezogene (direkte) Verfahren werden aufgrund der kleinen Anzahl durchführender Leistungserbringer direkt vom IQTIG betreut. Es handelt sich dabei zurzeit um die Verfahren der Transplantationsmedizin und Herzchirurgie.
- Länderbezogene (indirekte) Verfahren betreffen vergleichsweise viele Leistungserbringer und werden daher auf Landesebene von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) bzw. Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) betreut.

Qualitätsindikator

Konstrukt, das aus Versorgungsdaten nachvollziehbare Bewertungen der Versorgungsqualität ableitet. Jeder Qualitätsindikator hat ein Qualitätsziel (z. B. „die Häufigkeit von Komplikationen soll möglichst gering sein“), ein spezifisches Dokumentations- und Messverfahren (z. B. Spezifikation, Rechenregel) und ein Bewertungskonzept (z. B. Referenzbereich einschließlich Klassifikationsverfahren). Das Indikatoreergebnis für einen Leistungserbringer wird basierend auf dem Referenzbereich als rechnerisch auffällig oder unauffällig bewertet.

Bei Qualitätsindikatoren kann zwischen drei Kategorien unterschieden werden:

- Ergebnisindikatoren, die das Behandlungsergebnis in den Blick nehmen,
- Prozessindikatoren, die sich auf Behandlungsschritte (Prozesse) beziehen, und
- Strukturindikatoren, deren Fokus auf Versorgungsstrukturen, d. h. auf sachlichen Voraussetzungen der Leistungserbringung liegt.

Da die Indikationsstellung ein aktiver Prozess der Versorgenden ist, wird die Indikationsqualität der Prozessqualität zugeordnet, weist aber spezifische methodische Besonderheiten aus.

Sollstatistik

Die Sollstatistik wird am Ende des Erfassungsjahres gemäß der Spezifikation zum QS-Filter von den Krankenhäusern generiert und durch eine Konformitätserklärung schriftlich bestätigt. Sie bildet die Basis für die Berechnung der für das Erfassungsjahr zu erwartenden Summe an Datensätzen sowie für die Vollzähligkeitsprüfung im Rahmen der Datenvalidierung. Aus der Sollstatistik ergeben sich etwaige Unterschiede zwischen der Anzahl der tatsächlich dokumentierten Fälle und der erwarteten zu dokumentierenden (abgerechneten) Fälle eines Krankenhauses pro QS-Verfahren.

Sozialdaten bei den Krankenkassen

Daten, die die Krankenkassen nach § 284 SGB V erheben und speichern. Dazu gehören unter anderem Abrechnungsdaten für medizinische Behandlungen und Versichertenstammdaten. Nach § 299 Abs. 1a SGB V dürfen diese in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung genutzt werden.

Strukturierter Dialog/Stellungnahmeverfahren

Prozess, in dem Ursachen für auffällige Indikatorwerte zwischen der für die Qualitätssicherung zuständigen externen Einrichtung (z. B. Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung, Landesarbeitsgemeinschaft, IQTIG) und den Leistungserbringern nachgegangen und eine abschließende qualitative Bewertung vorgenommen wird. Im Rahmen des Strukturierten Dialogs (QSKH-RL) bzw. des Stellungnahmeverfahrens (Qesü-RL, DeQS-RL) wird untersucht, ob das rechnerisch auffällige Ergebnis eines Qualitätsindikators qualitativ auffällig oder unauffällig ist. Zudem wird der Leistungserbringer bei der kontinuierlichen Verbesserung beispielsweise von Prozessen unterstützt.

Vollzähligkeit und Vollständigkeit

Vollzähligkeit: Wenn alle dokumentationspflichtigen Behandlungsfälle erfasst sind, spricht man von Vollzähligkeit. Der Quotient aus der Zahl der gelieferten und der Zahl der erwarteten dokumentationspflichtigen Behandlungsfälle wird auch als Dokumentationsrate bezeichnet.

Vollständigkeit: Wenn alle zu einem Behandlungsfall erforderlichen Angaben erfasst sind, spricht man von Vollständigkeit.

10 Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Langform
FK	Fachkommission
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KH	Krankenhaus
KVS	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
KZVS	Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LE	Leistungserbringer
KGS	Krankenhausgesellschaft Sachsen e. V.
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherungsverfahren
RL	Richtlinie

Dresden, den 31. März 2020

Für den Bericht:

bestätigt:

gez.
Dr. med. Beate Trausch
Leiterin der Landesgeschäftsstelle für
einrichtungs- und sektorenübergreifende
Qualitätssicherung

gez.
Dr. Marcus Gumpert
Vorsitzender des Lenkungsgremiums