

GESCHÄFTSBERICHT

der Landesgeschäftsstelle

LAG DeQS Berlin e. V. –
Qualitätsbüro Berlin (QBB)

2024

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	4
2	Arbeit des Lenkungsgremiums.....	5
3	Bericht der Geschäftsstelle.....	6
4	Ergebnisse für das Verfahrensjahr 2024.....	8
4.1	Verfahren Perkutane Koronarintervention - und Koronarangiographie (QS PCI).....	11
4.2	Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI).....	17
4.3	Verfahren Cholezystektomie (QS CHE).....	22
4.4	Verfahren Nierenersatz- therapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET).....	25
4.5	Verfahren Karotis- Revaskularisation (QS KAROTIS).....	30
4.6	Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP).....	35
4.7	Verfahren Mammachirurgie (QS MC).....	42
4.8	Verfahren Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP).....	47
4.9	Verfahren Dekubitusprophylaxe (QS DEK).....	53
4.10	Verfahren Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF).....	58
4.11	Verfahren Perinatalmedizin (QS PM).....	66
4.12	Verfahren Hüftgelenkversorgung (QS HGV).....	73
4.13	Verfahren Knieendoprothesenversorgung (QS KEP).....	78
5	Maßnahmenstufe 1 und 2 gemäß § 17 der DeQS-RL Teil 1.....	79
6	Richtlinie Früh- und Reifgeborener (QFR-RL).....	80
7	Datenvalidierung im Verfahrensjahr 2024.....	81
8	Plan. QI-RL.....	81
9	Datenannahmestelle.....	82
10	Veranstaltungen.....	84
11	Fazit.....	84
12	Abkürzungsverzeichnis.....	86
13	Bildquellen.....	87
	Impressum.....	90

3 Sitzungen Lenkungsgremium

33 Sitzungen Fachkommission

243 Stellungnahmen wurden durchgeführt
davon **163** stationäre und
80 ambulante

5 bestehende Zielvereinbarungen weitergeführt

3 Zielvereinbarungen beendet

4 kollegiale Dialoge wurden geführt

2 Begehungen durchgeführt

Die Fachkommission hat sich bei **199** *
Fällen dazu entschieden kein
Stellungnahmeverfahren zu empfehlen

444 rechnerische Auffälligkeiten

* Die Fachkommission hat kein Stellungnahmeverfahren empfohlen, da das IQTIG für Verfahren QS PCI aufgrund der laufenden Erprobung sowie für das Verfahren QS NET wegen unzureichender Datengrundlage empfohlen hat, nicht alle Fälle einzuleiten.

1 Einleitung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entwickelt Verfahren zur Messung, Darstellung und Vergleichbarkeit der Qualität der medizinischen Versorgung. In der Bundesrepublik Deutschland sind alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet, an der externen stationären Qualitätssicherung (QS) gemäß § 136 SGB V teilzunehmen. Auch ambulante Einrichtungen sind zur Teilnahme verpflichtet. Die Leistungserbringer*innen (LE) müssen ihre medizinischen und pflegerischen Daten nach einem bundeseinheitlichen Verfahren dokumentieren und übermitteln. Die Ergebnisse unterstützen LE dabei, ihre Behandlungsqualität im Vergleich zu anderen Leistungserbringenden Einrichtungen einzuschätzen und zu verbessern.

Das Ziel der QS besteht darin, Krankenhäuser und Arztpraxen dabei zu helfen, ihre Behandlungsqualität kontinuierlich zu verbessern, um bessere Behandlungsergebnisse und mehr Sicherheit für die Patient*innen zu gewährleisten. Die Veröffentlichung der analysierten Daten dient auch dazu, Patient*innen über die Qualität der Behandlung zu informieren.

Im Jahr 2019 hat der G-BA die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) beschlossen. Unter dieser Qualitätsrichtlinie werden die bestehenden datengestützten Verfahren zur sektorspezifischen und sektorenübergreifenden QS der medizinischen Versorgung gebündelt. Ab dem Erfassungsjahr (EJ) 2021 wurden die bestehenden QS-Verfahren der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) in die DeQS-RL überführt. Hierzu werden ausgewählte Behandlungsdaten erhoben und statistisch ausgewertet. Zur Umsetzung der DeQS-RL haben die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KV Berlin), die Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin (KZV Berlin) und die Berliner Krankenhausgesellschaft (BKG) gemeinsam die Landesarbeitsgemeinschaft DeQS Berlin e. V. (LAG) gegründet. Die LAG ist dafür verantwortlich, dass die verpflichtenden Maßnahmen der QS nach § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sektorenübergreifend durch die LE ordnungsgemäß durchgeführt und umgesetzt werden.

Die LAG verantwortet die Bewertung von Auffälligkeiten und leitet die Durchführung notwendiger, qualitätsverbessernder Maßnahmen ein. Die LAG trifft ihre Entscheidungen auf der Landesebene durch ein Lenkungsgremium (LG).

Zur Erfüllung ihrer Aufgaben hat die LAG eine unabhängige neutrale Geschäftsstelle (GS) errichtet, die Landesarbeitsgemeinschaft DeQS Berlin e. V. – Qualitätsbüro Berlin (QBB) und Fachkommissionen (FK) gebildet.

Der vorliegende Geschäftsbericht gibt einen Überblick über die Ergebnisse des EJ 2023 in der sektorenübergreifenden QS und über die breit gefächerte themenspezifische Arbeit der GS in Kooperation mit den FK.

Im Fokus stehen das Stellungnahmeverfahren sowie die Maßnahmenplanung in den verschiedenen QS-Verfahren. Ebenso wird die Arbeit des LG als Beschlussgremium der LAG dargestellt und bildet in der Zusammenarbeit auf der Landesebene mit der Expertise der Fachkommissionsmitglieder die QS ab.

In den einzelnen Verfahrenskapiteln werden die Ergebnisse zu den QS-Verfahren sowie zu Indikatoren mit hoher Bedeutung und Handlungsbedarf dargestellt. Für alle im Zeitverlauf dargestellten Ergebnisse gelten in allen Diagrammen die Referenzbereiche aus dem EJ 2023.

2 Arbeit des Lenkungsgremiums

In Berlin bilden die KV Berlin, KZV Berlin, BKG und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen (GKV), die LAG. Die LAG trifft ihre Entscheidungen auf der Landesebene durch ein LG. Das LG ist mit 12 stimmberechtigten Mitgliedern aus den genannten Institutionen besetzt. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patient*innen und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene erhalten im LG ein Mitberatungsrecht. Im LG werden Entscheidungen über alle Grundsatzfragen zu den routinemäßigen QS-Maßnahmen nach § 136 SGB V auf Landesebene getroffen. Die bundesbezogenen Verfahren werden für das Land Berlin durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) durchgeführt. Das LG trägt die Verantwortung für die Umsetzung der bundesweit verbindlich vorgegebenen QS und den daraus resultierenden Maßnahmen auf Landesebene für das Land Berlin. Des Weiteren ist das LG zuständig für die Einrichtung und Implementierung fachgebietsspezifischer Kommissionen. Die FK sind für die Beratung und Durchführung und somit Beurteilung der Qualität sektorenübergreifender Gesundheitsdaten der LE zuständig und empfehlen und beraten das LG zur weiteren Beurteilung und Bewertung in ihrer fachlichen Expertise.

Das LG tagte im Jahr 2024 insgesamt in drei Sitzungen. In der Jahresabschlussitzung im Oktober 2024 einigten sich die Mitglieder des LG über den Abschluss der durchgeführten Stellungnahmeverfahren in den jeweiligen QS-Verfahren nach den Empfehlungen der FK.

Rückfragen der Mitglieder des LG zu einzelnen Bewertungsempfehlungen wurden an die jeweilige FK zurückgespiegelt und in die erneute Prüfung aufgenommen. Die FK stellen den Verlauf und die Entwicklung der fachspezifischen Stellungnahmen und der Qualitätsindikatoren (QI) in Form von vorbereiteten Präsentationen dem LG vor und übermitteln somit die im Konsens verabschiedete Bewertungsempfehlung an das LG der LAG.

Aufgrund noch ausstehender Rückfragen oder kollegialer Dialoge konnten in der Sitzung im Oktober 2024 noch nicht alle Stellungnahmen abgeschlossen werden. Diese wurde in der Sitzung des LG im Februar 2025 abgeschlossen.

3 Bericht der Geschäftsstelle

Zu den Aufgaben der GS zählen unter anderem die administrative Unterstützung der LAG und der FK, die Koordination der Zusammenarbeit mit allen beteiligten Gremien und Institutionen, die Information und Beratung der stationären und ambulanten LE, die Unterstützung und Beratung der Krankenhäuser im Rahmen der Datenannahme für die LE und Weiterleitung an die datenannahmende Stelle, die Erstellung von Landes- und Krankenhausauswertungen und die Umsetzung des Datenvalidierungsverfahrens. Des Weiteren werden die statistischen Ergebnisse vorbereitend analysiert und bewertet sowie qualitätsrelevante Probleme identifiziert.

Die GS der LAG DeQS Berlin ist die Datenannahmestelle für Leistungserbringer sowohl für die Landesverfahren als auch für alle Verfahren der DeQS-RL.

Dokumentationspflichtige Datensätze sowie die erforderlichen Soll- und Risikostatistiken müssen fristgerecht von den Leistungserbringern an die zuständigen Datenannahmestellen (DAS) übermittelt werden. Die Leistungserbringer erhalten für die erfolgten Datenübermittlungen jeweils entsprechende Rückprotokolle der zuständigen DAS, die ggf. Meldungen der Vertrauensstelle und der Bundesauswertungsstelle enthalten.

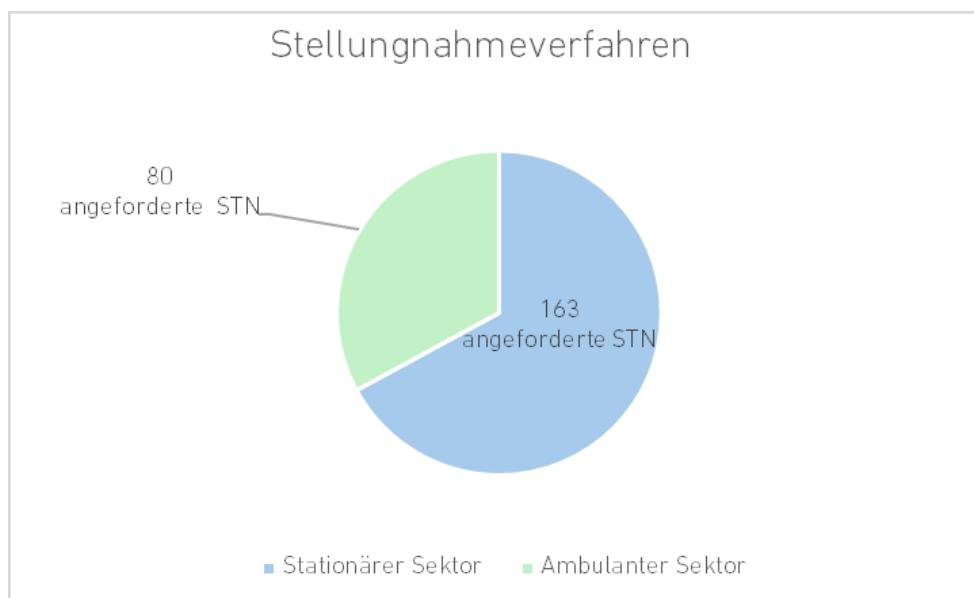
Von den Datenannahmestellen werden die Datensätze an die Bundesauswertungsstelle (IQTIG) weitergeleitet. Die Übermittlung erfolgt über die Vertrauensstelle, falls patientenidentifizierende Daten (PID) vor der Weiterleitung an das IQTIG aus Datenschutzgründen pseudonymisiert werden müssen. Um die Angaben in der QS-Dokumentation mit den im Rahmen der Verfahren verwendeten Sozialdaten zusammenzuführen, werden die erforderlichen Sozialdaten von den

Krankenkassen über die Datenannahmestelle für Krankenkassen (DAS-KK) an die Bundesauswertungsstelle übermittelt. Wenn mit den Sozialdaten PID-Angaben übermittelt werden, so erfolgt die Übermittlung zur Pseudonymisierung über die Vertrauensstelle, um die QS-Daten und die Sozialdaten zusammenführen zu können.

Die GS stellt den Informationsfluss zwischen Bundes- und Landesebene sicher. Einer der Aufgabenschwerpunkte der LAG im Rahmen der DeQS-RL liegt in der Durchführung des Stellungnahmeverfahrens.

Im Verfahrensjahr (VJ) 2024 wurde das stationäre Stellungnahmeverfahren gemäß DeQS-RL über das QS-Portal der unitrend GmbH abgebildet. Die LE erhielten die Anfragen der Auffälligkeiten und die Aufforderung zur Abgabe einer Stellungnahme dabei über das genannte QS-Portal. Die KV erstellt für kollektivvertraglich erbrachte Leistungen durch Vertragsärzt*innen die zugehörige Sollstatistik und stellt diese der Datenannahmestelle der KV zur Verfügung. Die Anfragen wurden den Vertragsärzt*innen per E-Mail von der KV übermittelt, welche zuvor von der LAG im Portal der unitrend GmbH erstellt worden sind.

Im VJ 2024 wurden 243 Stellungnahmeverfahren durch die GS über das oben genannte Portal eingeleitet, 163 für den stationären Sektor und 80 Stellungnahmen im ambulanten Bereich. Es wurden die von den LE übermittelten Stellungnahmen in mehr als 33 einzelnen Sitzungen mit den jeweiligen FK aus den unterschiedlichen Verfahren beraten und anschließend einer Empfehlung für das LG zugeführt.



Die Prüfung der Stellungnahmen und der statistischen Ergebnisse obliegt ausschließlich den FK (gemäß DeQS-RL). Bei der Bewertung einer Stellungnahme berücksichtigen die FK die Ergebnisse

und Stellungnahmen der Vorjahre in der entsprechenden Qualitätskennzahl. Dadurch wird gewährleistet, dass wiederholt auftretende Auffälligkeiten in den QI erkannt werden und so in die aktuelle Bewertung mit einfließen. Der Erfolg der geforderten Maßnahmen wird von den FK anhand der Ergebnisentwicklung in den Folgejahren und durch eine „Wiedervorlage-Systematik“ einem regelhaften Monitoring unterzogen.

Damit stellt sich das Aufgabenportfolio für die GS im Berichtszeitraum wie folgt dar:

- Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß der DeQS-RL
- administrative Unterstützung des LG und der FK
- Information und Beratung der stationären und ambulanten LE in Berlin bei der Umsetzung der gesetzlichen Verpflichtungen zur datengestützten einrichtungsübergreifenden QS gemäß DeQS-RL
- Koordination und Organisation der Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Landesebene
- Datenannahme und Weiterleitung an die Datenannahmestelle für LE
- Erstellung von Landesauswertungen
- Analyse und Bewertung der statistischen Ergebnisse
- Identifizierung von qualitätsrelevanten Problemen
- Durchführung des Stellungnahme Verfahrens gemäß DeQS-RL
- Implementierung des Datenvalidierungsverfahrens
- Sicherstellung des Informationsflusses zwischen Bundes- und Landesebene
- Bearbeitung und Übermittlung von Informationen, Anfragen und Beschlüsse des G-BA
- Koordination der Zusammenarbeit mit allen beteiligten Gremien und Institutionen
- Planung und Durchführung von Veranstaltungen
- Umsetzung der Vorgaben gemäß QFR-RL

4 Ergebnisse für das Verfahrensjahr 2024

Im VJ 2024 wurden über das Portal der unitrend GmbH insgesamt 243 Stellungnahmen von 12 FK in über 33 Sitzungen besprochen und Bewertungsempfehlungen zugeführt. Die jeweilige Anzahl an Sitzungen war dabei davon abhängig, zu wie vielen Stellungnahmen Rückfragen durch die FK formuliert wurden.

Die Ergebnisse der einzelnen QS-Verfahren werden im Folgenden dargestellt.

QS-Verfahren	Rechnerisch auffällige Anzahl	Keine Stellungnahme durchgeführt	Stellungnahme eingeleitet
PCI	107	85	22
WI	50	4	46
CHE	14	5	9
CAP	47	14	33
KAROTIS	22	5	17
MC	9	1	8
Gyn-OP	25	1	24
DEK	17	0	17
HSMDEF	33	13	20
NET	45	35	10
PM	40	11	29
HGV	35	27	8
KEP	0	0	0
Gesamtanzahl	444	201*	243

* Die Fachkommission hat kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet, da das IQTIG für Verfahren QS PCI aufgrund der laufenden Erprobung sowie für das Verfahren QS NET wegen unzureichender Datengrundlage empfohlen hat, nicht alle Fälle einzuleiten.

Bewertungskategorien Stellungnahmeverfahren nach DeQS-RL			
	Kode	Typ	Bezeichnung
Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig	U 60	AK	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ unauffällig) - DATENVALIDIERUNG
	U 61	QI	Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)
	U 62	QI	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
	U 63	QI	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
	U 99	AK/QI	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig	A 70	AK	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ auffällig) - DATENVALIDIERUNG
	A 71	QI	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)
	A 72	QI	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
	A 99	AK/QI	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Sonstiges	D 80	QI	Unvollständige oder falsche Dokumentation
	D 81	QI	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
Sonstiges	S 92	AK/QI	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
	S 99	AK/QI	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
	N99	QI	Zum AJ 2023 erfolgt kein Stellungnahmeverfahren

Zur systematischen Einschätzung von Qualitätsergebnissen wird ein strukturiertes Bewertungsschema eingesetzt, das auf der Grundlage verschiedener Codes eine einheitliche Beurteilung ermöglicht. Diese Codes bestehen in der Regel aus einem Buchstaben-Ziffern-Kombinationssystem und dienen dazu, sowohl die Art der Bewertung als auch deren Hintergründe transparent und nachvollziehbar darzustellen.

Die Buchstaben vor den Ziffern haben dabei eine besondere Bedeutung:

- Sie zeigen an, ob eine Bewertung als qualitativ auffällig oder nicht auffällig eingestuft wurde.
- Zudem kann durch bestimmte Buchstabencodes kenntlich gemacht werden, wenn eine Bewertung nicht vorgenommen werden konnte, beispielsweise aufgrund unvollständiger oder fehlerhafter Dokumentation.



4.1

Verfahren Perkutane Koronarintervention - und Koronarangiographie (QS PCI)

Gegenstand des Verfahrens Perkutane Koronarintervention - und Koronarangiographie (QS PCI) sind alle perkutanen Koronarintervention und Koronarangiographie bei Patient*innen ab 18 Jahren, die ambulant oder stationär durchgeführt wurden und in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Im Rahmen des Verfahrens sollen qualitätsrelevante Aspekte ambulanter und stationärer Eingriffe gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden. Ziele des Verfahrens sind u.a. die Verbesserung der Indikationsstellung und die Förderung der Leitlinienadhärenz sowie die Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen.

Das Verfahren umfasst insgesamt 28 QI. Von diesen basieren 8 ausschließlich auf der QS-Dokumentation der LE, während sechs weitere Indikatoren zusätzliche Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen heranziehen. Die restlichen 20 Indikatoren stammen aus der Patientenbefragung QS PCI (vgl. IQTIG 2024a; DeQS-RL).

Stellungnahmeverfahren

Im Verfahrensjahr 2024 wurden in Berlin insgesamt zwei Sitzungen der Fachkommission durchgeführt. Insgesamt wurden 22 Stellungnahmen von insgesamt 107 auffälligen Ergebnissen eingeleitet, davon wurden im stationären Bereich 14 und im ambulanten Bereich 8 Stellungnahmeverfahren durchgeführt.

Übersicht der gelieferten Datensätze

Gelieferte Datensätze 2023	Erwartet	Geliefert	Vollständigkeit
stationär	34.562	34.775	100,62 %
ambulant	477	332	69,60 %

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Bewertungen des Stellungnahmeverfahrens im stationären und ambulanten Bereich:

Bezeichnung	Bewertungscode	Anzahl	
		stationär	ambulant
Korrekte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ unauffällig)	U 60	0	1
Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	U 61	5	0
Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	U 62	2	0
Sonstiges (im Kommentar erläutert)	U 99	10	1
Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ auffällig)	A 70	1	1
Unvollständige oder falsche Dokumentation	D 80	4	0
Sonstiges (im Kommentar erläutert)	A99	0	1
Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	D 81	2	3
Sonstiges (im Kommentar erläutert)	S 99	0	1
Gesamtanzahl		24	8

Insgesamt wurden 29 Stellungnahmen eingeleitet. Bei den Indikatoren 56007 (Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm²) und 56006 (Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm²) ist aufgefallen, dass einige Patienten in den Vorgangsnummern nicht als rechnerisch auffällig in die Stellungnahme hätten einfließen dürfen. Die GS hat diesbezüglich die Ein- und Ausschlusskriterien beim IQTIG angefragt, da die Vermutung besteht, dass die Grundgesamtheit der Auswertung fehlerhaft ist. Somit stellt sich die Frage, ob die LE dann noch rechnerisch auffällig sind.

In einem Fall mit dem Indikator 56006 (Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm²) hatte die FK noch eine Rückfrage an das IQTIG, da laut Rechenregel nicht alle dargestellten Fälle auffällig wären und innerhalb der Strahlendosis liegen. Das IQTIG hat die neue Auswertungsmethodik dargestellt, wonach dies der Fall ist, da das Indikatorergebnis nur den Mittelwert darstellt.

Der Fall wurde einzeln noch einmal betrachtet und als unauffällig in der Darstellung eingestuft.

Die FK hatte in einem weiteren Fall die Rückfrage an das IQTIG gestellt, da der LE kein MACCE-Ereignis identifizieren konnte. Es handelte sich hier um den Indikator - MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt.

Hier konnte gemeinsam mit dem IQTIG zu jedem Vorgang mindestens ein MACCE-Ereignis aus der Mandantenfähigen Datenbank identifiziert werden. Im Nachgang konnte die FK in Rückfrage an den LE dann diese Fälle bewerten.

Vorgehen im Erprobungsverfahren PPCI:

Bezeichnung	Bewertungscode	Anzahl
Zum EJ 2023 erfolgt kein Stellungnahmeverfahren	N 99	75
Gesamtanzahl		75

Die PPCI ist bis 2026 vom Normgeber als Erprobung deklariert worden. Die FK folgt hier der Empfehlung des IQITG, im Jahr 2024 noch kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten und den Hinweis an die LE zu geben, sich inhaltliche Prozesse und Strukturen zur Auffälligkeit in ihrer Datenlage der Patientenbefragung anzusehen. Die FK hat die Bewertungseinstufung mit einer U99 vorgenommen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung (QS) des G-BA bittet eine einheitliche Bewertung mit der Kategorie N99 vorzunehmen. Dieses Vorgehen soll einer Ungleichbehandlung von Leistungserbringern (nicht reguläres Stellungnahmeverfahren) vorbeugen, sowie sicherstellen, dass Angaben zum Referenzbereich und der qualitativen Bewertung in der Veröffentlichung stimmig sind.

Die Geschäftsstellen der Bundesländer haben an den G-BA gemeinsam ein Schreiben zur inhaltlichen Weiterentwicklung aufgesetzt, da weiterhin viele Unstimmigkeiten bei der Datengrundlage vorliegen und es zu Akzeptanzproblemen der FK und der LE kommt.

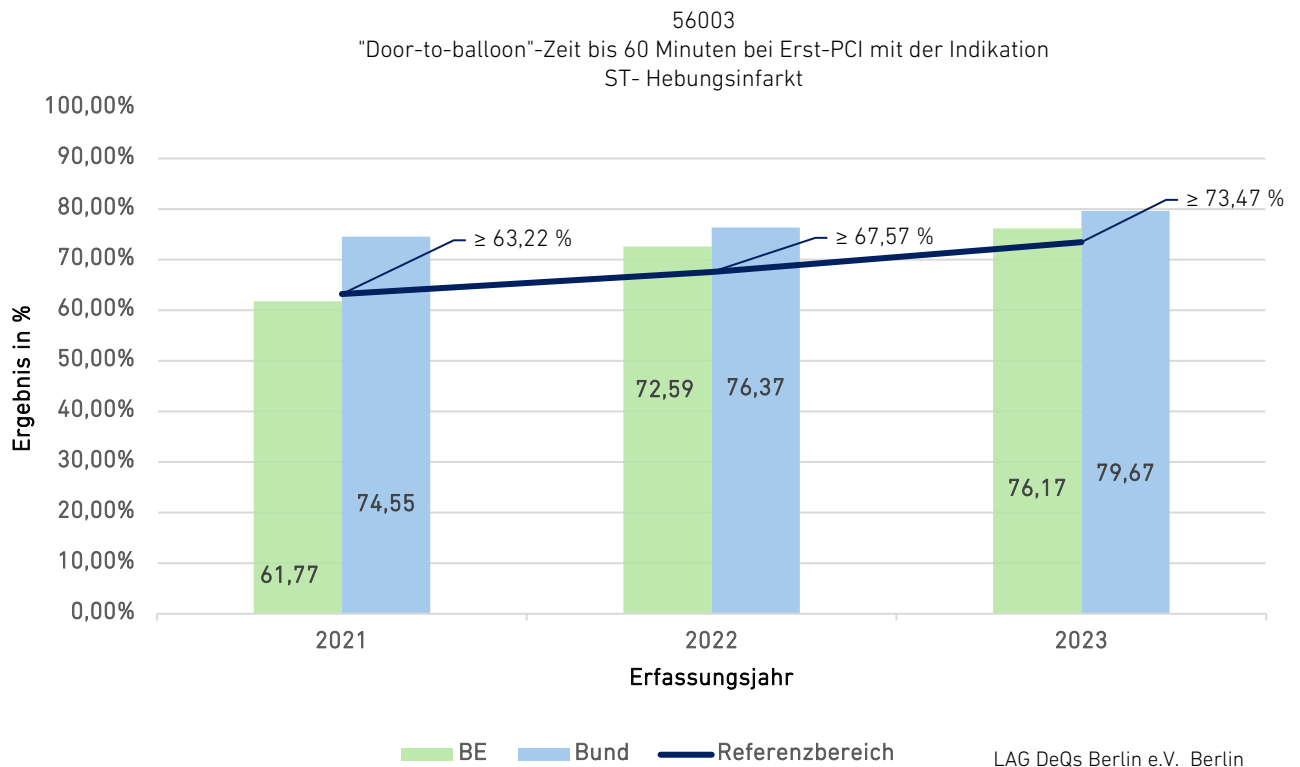
Ergebnisse im Zeitverlauf

Door-to-balloon - Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt

Das Qualitätsziel bei dem Indikator 56003 ist eine möglichst niedrige Door-to-balloon-Zeit unter 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt zu erreichen. D. h., dass Patient*innen mit ST-Hebungsinfarkt schnellstmöglich und unter Umgehung von zeitintensiven Zwischenstationen eine PCI erhalten sollten (vgl. IQITG: Endgültige Rechenregeln).

In Berlin wurde der Indikator vier Mal als auffällig bewertet. Das Ergebnis stellt sich nahezu identisch mit dem Bundesergebnis dar.

QS_PCI EJ 2021 - 2023 nach DeQs-RL Ergebnisse im Zeitverlauf



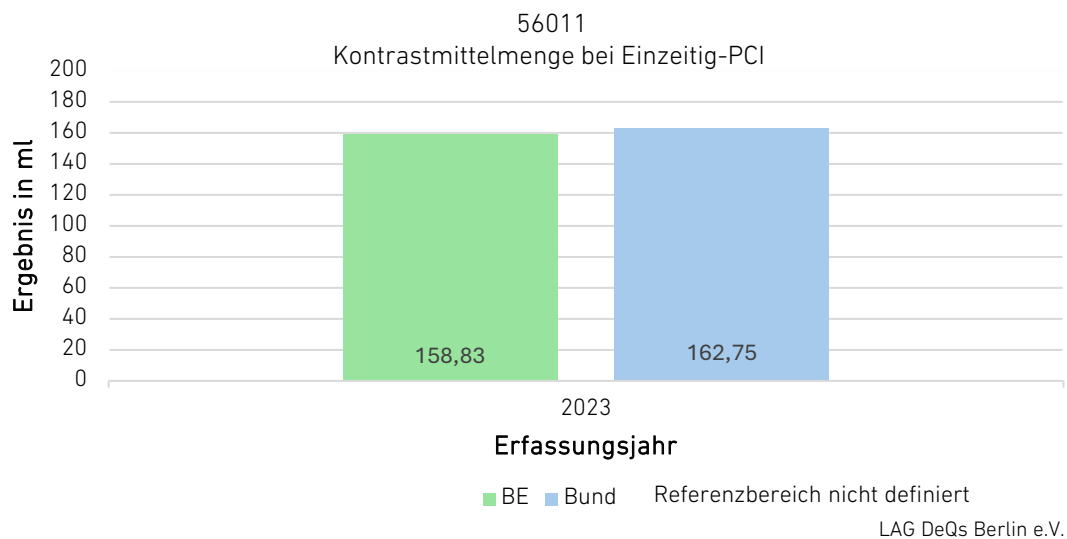
Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Einzeitige-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml

Das folgende Diagramm stellt den Indikator *Einzeitige-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml* da. Bei der Verabreichung von Kontrastmittelgabe sollten im Sinne der Patientensicherheit unerwünschte Nebenwirkungen vermieden werden. Die Gabe von Röntgenkontrastmittel kann in seltenen Fällen zu einer akuten Verschlechterung der Nierenfunktion führen, die allgemein als kontrastmittelinduzierte Nephropathie bezeichnet wird. Qualitätsziel des Indikators 56011 ist eine möglichst geringe und indikationsgerechtfertigte Kontrastmittelgabe (vgl. IQITG: Endgültige Rechenregeln).

Im Vergleich zur bundesweiten Auswertung zeigt Berlin nur einen geringen Unterschied. Im Jahr 2023 wurden in Berlin im Durchschnitt etwa vier Milliliter weniger Kontrastmittel pro Untersuchung verabreicht als im Bundesdurchschnitt.

QS_PCI EJ 2023 nach DeQs-RL Ergebnisse



Dosis-Flächen-Produkt unbekannt

Der folgende Indikator 56008 *Dosis-Flächen-Produkt unbekannt* ist für den Patientenschutz von zentraler Bedeutung. Anhand des Indikators wird überprüft, wie häufig LE kein Dosis-Flächen-Produkt dokumentiert haben. Patient*innen, für die kein Dosis-Flächen-Produkt dokumentiert wurde, werden aus der Berechnung des Indikators ausgeschlossen. Qualitätsziel ist es, einen möglichst niedrigen Indikator „Dosis-Flächen-Produkt unbekannt“ zu erreichen (vgl. IQiTG: Endgültige Rechenregeln).

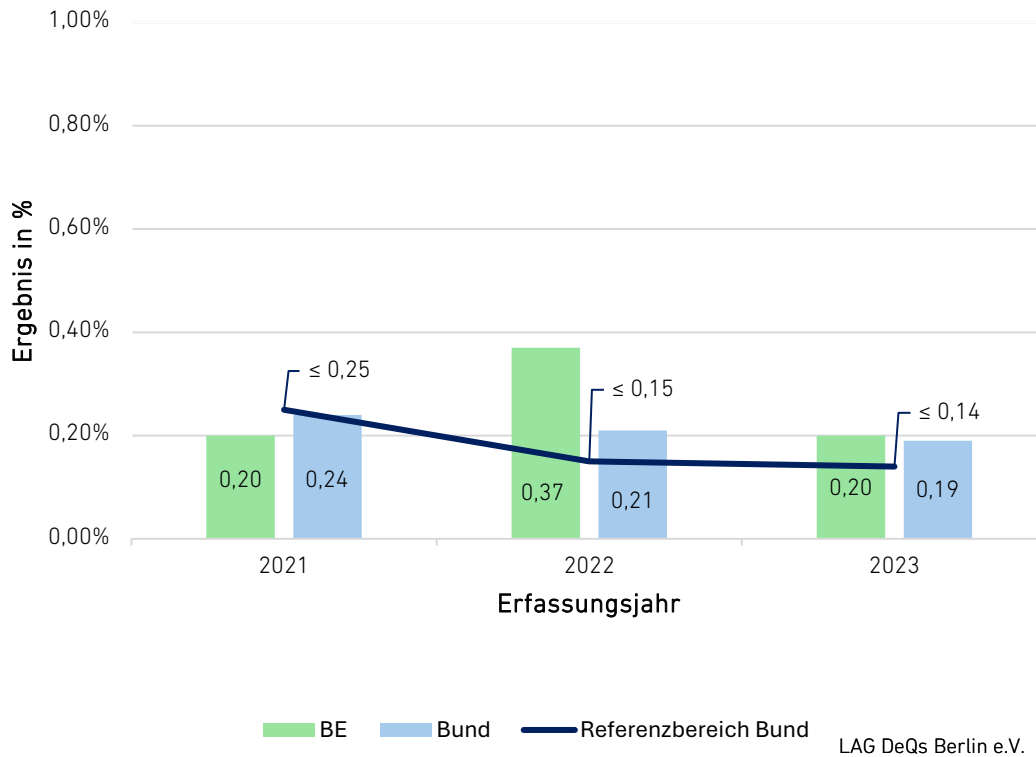
Das Ergebnis des Indikators zeigt, dass in Berlin bei neun LE kein Dosis-Flächen-Produkt dokumentiert wurde. Sowohl in Berlin als auch auf Bundesebene wird der Referenzbereich von $\leq 0,15\%$ überschritten. Der Grund für dieses Ergebnis in Berlin ist, dass die Dokumentation des Dosenflächenprodukts nachweislich vorhanden war, aber aufgrund von Übertragungsfehlern/ Softwareproblemen die Werte nicht in den QS-Bogen übertragen wurden. Die LE haben dieses Problem an ihren Softwareanbieter weitergegeben.

Im Vergleich zu 2022 ist eine deutliche Verbesserung zu erkennen. Auch der Referenzwert ist über die letzten drei Jahre nach unten korrigiert worden.

QS_PCI EJ 2021-2023 nach DeQs-RL Ergebnisse im Zeitverlauf

56008

Dosis-Flächen-Produkt unbekannt



Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Quelle: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQITG) (2023a): Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI). Online abrufbar unter: <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-pci/>

Quelle: G-BA: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>



4.2

Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)

Das Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (QS WI) ist ein sektorübergreifendes Bundesverfahren der datengestützten externen QS. Nach einer Operation können als Komplikationen postoperative Wundinfektionen auftreten, wenn Krankheitserreger, hauptsächlich Bakterien, in die Operationswunde eindringen. Dies kann über die äußere Hautschicht oder die inneren Schleimhäute geschehen. Die Bakterien vermehren sich und können lokale oder systemische Reaktionen hervorrufen.

Das Verfahren soll insbesondere fachgebietsübergreifend die Qualität der Maßnahmen ambulanter und stationärer LE zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen messen, vergleichend darstellen und bewerten.

Das Ziel dieses Verfahrens besteht darin, die Zahl der Wundinfektionen, die vermieden werden können, zu reduzieren. Diese Infektionen können als Folge eines operativen Eingriffs in einer Arztpraxis oder in einem Krankenhaus auftreten. Die Zahl der Wundinfektionen im medizinischen Umfeld kann durch ein gutes Hygiene- und Infektionsmanagement reduziert werden. Die Berechnung von Follow-Up-Indikatoren ist durch die Erhebung von Patient*innen identifizierenden Daten und die Einbeziehung von Sozialdaten bei den Krankenkassen möglich. Bundesweit werden im Rahmen des Verfahrens sogenannte Tracer-Eingriffe (im Voraus festgelegte Eingriffe und Operationen), die an Krankenhäusern (ambulant und stationär) oder durch Vertragsärzt*innen bei gesetzlich krankenversicherten Patient*innen durchgeführt werden, nachbeobachtet, um festzustellen, ob sich möglicherweise postoperativ Wundinfektionen entwickelt haben. Nach § 19 Abs. 1 DeQS-RL Teil 2 wird das Verfahren QS WI begleitend erprobt. Die Erprobungsphase dauert bis zum 31.12.2026 und erstreckt sich über einen Zeitraum von zehn Jahren (vgl. IQTIG 2023b; DeQS-RL).

Stellungnahmeverfahren

Zum Verfahrensjahr 2024 wurden in Berlin insgesamt zwei Sitzungen der Fachkommission durchgeführt. Insgesamt lagen 50 auffällige Ergebnisse vor, 30 Leistungserbringer hatten keine Daten (QS-Bögen) geliefert und wurden deshalb als auffällig deklariert. Die Teilnahme an der gesetzlich verpflichtenden Qualitätssicherung nach DeQS RL ist auch bei Nicht-Lieferung von QS-Daten von Seiten der Leistungserbringer darzustellen und zu erklären. Die Stellungnahmen wurden eingeleitet, davon wurden im stationären Bereich neun und im ambulanten Bereich 37 Stellungnahmeverfahren durchgeführt.

Übersicht der gelieferten Datensätze

Gelieferte Datensätze 2023		Erwartet	Geliefert	Vollständigkeit
Stationär	WI-HI-S	46	40	86,96%
	WI-NI-S	12572	14305	113,78%
ambulant	WI-HI-A	190	166	87,37%
	WI-NI-A	12572	14305	113,78%

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Bewertungen des Stellungnahmeverfahrens im stationären und im ambulanten Bereich:

Bezeichnung	Bewertungs- code	Anzahl	
		stationär	ambulant
Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	U 62	6	0
Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel	A 71	3	0
sonstiges (im Kommentar erläutert)	A 99	0	15
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	A 72	0	2
Sonstiges (im Kommentar erläutert)	D 99	0	12
Sonstiges (im Kommentar erläutert)	S 99	2	8
Sonstiges (im Kommentar erläutert)	U99	1	1
Gesamtanzahl		12	38

Im Verfahrensjahr 2024 wurden 2 Fachkommissions-Sitzungen durchgeführt. Eine geplante Sitzung im September 2024 musste verschoben werden, da zu diesem Zeitpunkt noch 23 Stellungnahmen unbeantwortet waren. Die Sitzung wurde in den Dezember 2024 verschoben. Die Schnittstellenproblematik des sektorenübergreifenden Verfahrens blieb auch in diesem Verfahrensjahr bestehen. Einige ambulante LE kontaktierten nach mehrfacher Verlängerung die GS und teilten die Schwierigkeiten im Umgang mit dem QS Portal mit. Daher wird im Jahr 2025, vor Beginn des Stellungnahmeverfahrens eine Schulung für die ambulanten Leistungserbringer durchgeführt, gemeinsam organisiert von der Geschäftsstelle Berlin und der KV Berlin. Die FK geht von einer expliziten Verbesserung aufgrund der geplanten Schulung im Jahr 2025 aus, da hier inhaltliche Informationen zum Verfahren selbst sowie zum Verfahrensablauf vermittelt werden. Zwölf der ambulanten LE haben trotz nochmaliger Aufforderung durch die KV Berlin nicht am Stellungnahmeverfahren teilgenommen. Die FK hat das LG darum gebeten, die KV darauf hinzuweisen, dass die LE der gesetzlichen Verpflichtung zur Teilnahme am Stellungnahmeverfahren gemäß DeQS- RL nachkommen müssen. Diese Thematik der verpflichtenden Teilnahme aller Leistungserbringer wurde in der LG-Sitzung im Oktober 2024 eingehend diskutiert. Die Problematik und Motivation der Teilnahme ist nun ein fester TOP in jeder Sitzung des Lenkungsgremiums.

An einen stationären LE wurde im Indikator *Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)* von der FK eine Rückfrage gestellt. Hier sollte der LE noch einmal beantworten, wie die genitalen Operationen bei Transgenderpersonen isoliert durchgeführt werden und die Anzahl aller geschlechtsangleichenden Operationen sowie einzeln die Fälle mit Infektionen darstellen. Aufgrund der hohen Anzahl an Wundinfektionen und zwei weiteren Indikatoren mit Abweichungen wurde hier die Einstufung einer qualitativen Auffälligkeit vorgenommen. Der LE war in den vergangenen Jahren nicht auffällig geworden und hatte im Stellungnahmeverfahren Maßnahmen zum Monitoring des Infektionsgeschehens dargestellt. Die FK legt den Fall auf Wiedervorlage und schaut sich die Entwicklung im nächsten Jahr erneut an.

Ein weiteres Problem stellt sich im Bewusstsein der aktuellen Fristen für das Verfahren dar. Die endgültige Abgabefrist für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation war der 28.02.2023. Bis zum 15.03.2023 ist eine Korrekturfrist vorgesehen. Einige LE hatten hier die Abgabe- und Korrekturfristen versäumt, weshalb keine Daten geliefert wurden.

Hier wird die Schulung und die Darlegung in den angesetzten Fristen für die LE auch aus Sicht der FK für das Verfahrensjahr 2025 erwartet. Die LE erhalten hier gesondert eine Erinnerung zur Abgabe der Datensätze im Februar 2025.

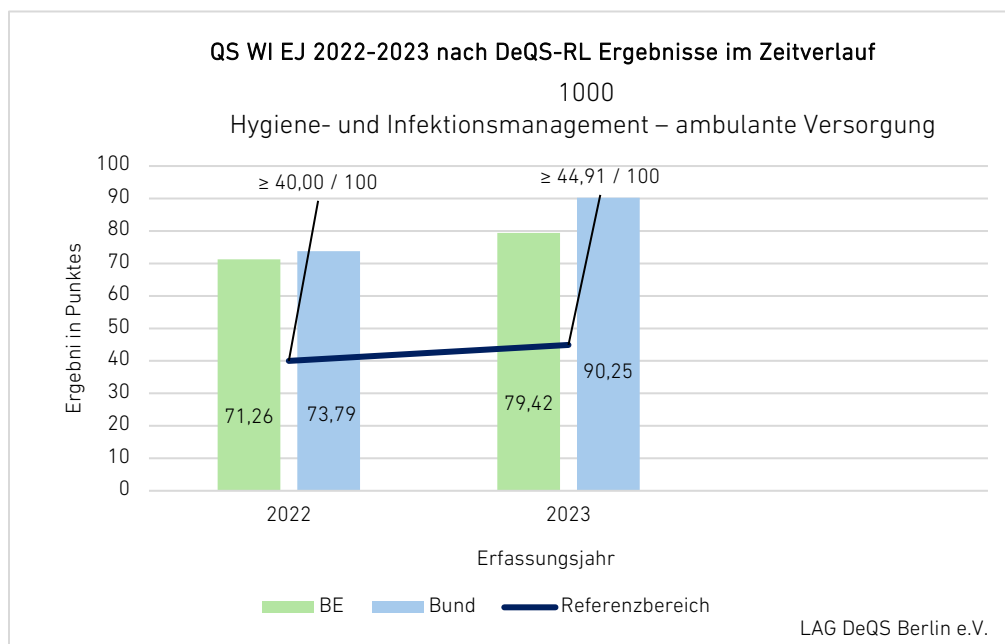
Ergebnisse im Zeitverlauf

Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen

Qualitätsziel des Indikators 1000 *Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen* ist ein möglichst umfassendes Hygiene- und Infektionsmanagement. Hintergrund des Indikators ist die Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe.

Bei definierten Operationen trägt eine perioperative Antibiotikaphylaxe wesentlich zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen bei. Es wird empfohlen, die intravenöse Antibiotikagabe bei Narkoseeinleitung durchzuführen.

Im Diagramm dargestellt ist die Entwicklung der Ergebnisse der letzten zwei Jahre. Der Referenzbereich lag im EJ 2023 bei $\geq 44,91/100$ Punkten. Berlin lag mit einem Ergebnis von 79,42 Punkten im EJ 2023 damit im Referenzbereich.



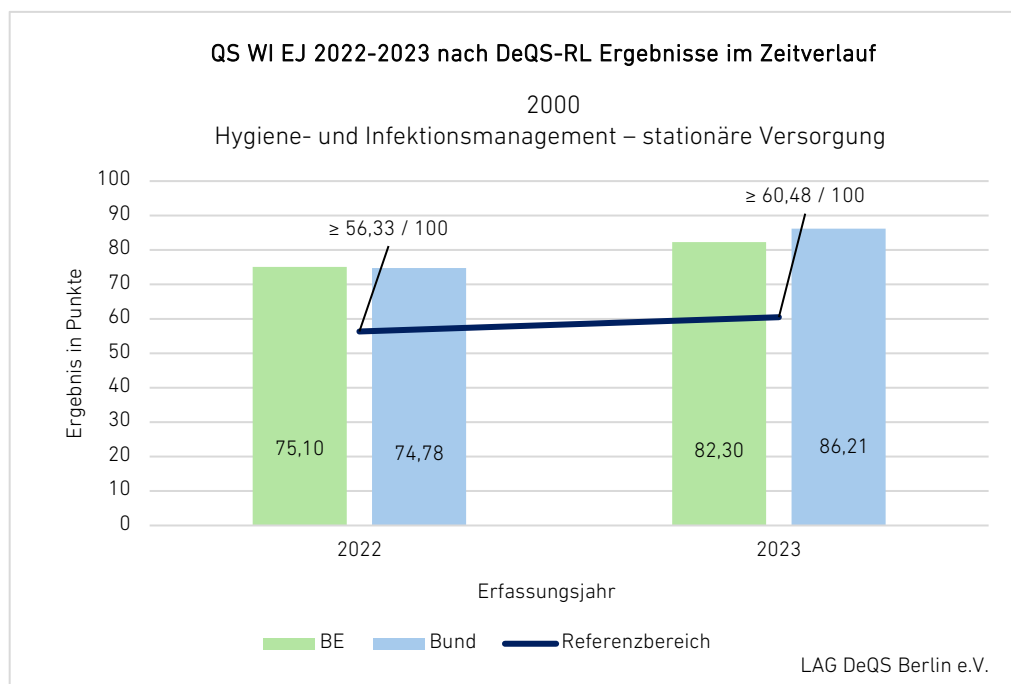
Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqtiq.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen

Qualitätsziel des Indikators 2000 *Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen* ist ein möglichst umfassendes Hygiene- und Infektionsmanagement. Hintergrund dieses Indikators ist die Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprohylaxe

Bei definierten Operationen trägt eine perioperative Antibiotikaprohylaxe wesentlich zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen bei. Es wird empfohlen, die intravenöse Antibiotikagabe bei Narkoseeinleitung durchzuführen.

Im Diagramm dargestellt ist die Entwicklung der Ergebnisse der letzten zwei Jahre. Im EJ 2023 betrug der Referenzbereich $\geq 60,48/100$ Punkten. Das Berliner Ergebnis lag mit 82,30 Punkten damit im Referenzbereich.



Quelle:

Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Quelle: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQITG) (2023b): Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI). Online abrufbar unter: <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/>

Quelle: G-BA: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>



4.3

Verfahren Cholezystektomie (QS CHE)

Im Rahmen des QS-Verfahrens Cholezystektomie (QS CHE) (Gallenblasenentfernungen) sollen qualitätsrelevante Aspekte stationär erbrachter Cholezystektomien (insbesondere zu Komplikationen und Überleben der Patient*innen) unter Einbeziehung von Sozialdaten gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden. Gegenstand sind alle gesetzlich krankenversicherte Patient*innen. Während einer Gallenblasenentfernung können schwerwiegende Komplikationen auftreten, wie beispielsweise Verletzungen der Gallengänge und Blutgefäße. Diese können entweder während des Krankenhausaufenthalts oder zu einem späteren Zeitpunkt diagnostiziert werden. Durch das Verfahren QS CHE wird die Häufigkeit solcher Ereignisse erfasst.

Ziele des Verfahrens sind die Verbesserung der Durchführung von Cholezystektomien, die Erhöhung der Patient*innen-Sicherheit sowie die Verringerung der Komplikationsraten und Folgeerkrankungen (vgl. IQTIG 2024c; DeQS-RL).

Stellungnahmeverfahren

Im VJ 2024 wurden in Berlin 14 Krankenhausstandorte in dem Verfahren QS CHE angeschrieben, da sie eine rechnerische Auffälligkeit im EJ 2023 hatten. Es wurden insgesamt 9 Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Übersicht der gelieferten Datensätze

Gelieferte Datensätze 2023	Erwartet	Geliefert	Vollständigkeit
CHE	7.293	7.300	100,00%

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Bewertungen des Stellungnahmeverfahrens im stationären Bereich:

Bezeichnung	Bewertungscode	Anzahl
Unvollständige oder fehlerhafte Dokumentation	D80	2
Sonstiges (im Kommentar erläutert)	S99	3
Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	U 62	3
Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	U 61	1
Sonstiges (im Kommentar erläutert)	U 99	5
Gesamtanzahl		14

Im Verfahrensjahr 2024 wurden insgesamt 2 Sitzungen durchgeführt.

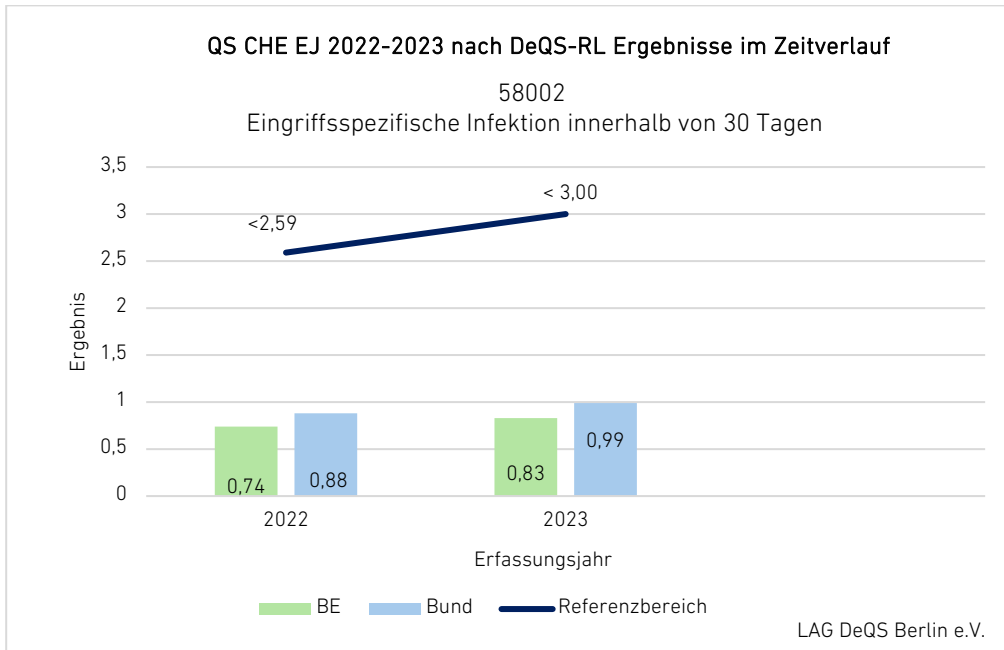
Die Fachkommission hat sich entschieden, von 14 auffälligen Ergebnissen bei 9 Ergebnissen ein Stellungnahmeverfahren zu empfehlen. Die 5 Ergebnisse, welche nicht eingeleitet wurden, wiesen nur eine geringe Abweichung auf (U99). Insgesamt wurde 1 Rückfrage gestellt, in welcher noch die anderen auffälligen Fälle dargestellt werden sollten. Die Dechiffrierung der fehlenden Fälle war jedoch aufgrund von technischen Störungen der Klinik nicht möglich. Ein offizielles Dokument über den Nachweis dieser Problematik liegt der Fachkommission vor.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen (58002)

Postoperative Infektionen gehören zu den allgemeinen Komplikationen nach chirurgischen Eingriffen. Bei der Cholezystektomie unterscheiden sich die postoperativen Infektionsraten je nach Operationsverfahren - offen oder laparoskopisch. Bei offen-chirurgischen Cholezystektomien ist die Wahrscheinlichkeit einer postoperativen Infektion signifikant höher als bei laparoskopischen Cholezystektomien. Ziel des Indikators ist möglichst wenige *eingriffsspezifische Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen* nach Cholezystektomie (vgl. IQITG: Endgültige Rechenregeln).

Im EJ 2023 wurde ein Referenzbereich von $\leq 3,00$ definiert. Berlin lag mit 0,83 innerhalb des Referenzbereichs.



Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Quelle: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQIG) (2023c): Cholezystektomie (QS CHE). Online abrufbar unter: <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-che/>

Quelle: G-BA: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>

4.4



Verfahren Nierenersatz- therapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)

Das QS-Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) ist seit dem 01.01.2020 in Kraft. In diesem Verfahren sind die sektorspezifischen Verfahren Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantationen im Sinne eines einzigen, sektorenübergreifenden Verfahrens weiterentwickelt und um Indikatoren zur Qualität der Dialyse sowie um zusätzliche Datengrundlagen ergänzt worden (vgl. IQTIG 2024d; DeQS-RL).

Dieses Verfahren dient der Weiterentwicklung zur Verbesserung der Patientenversorgung mit chronischem Nierenversagen durch die Bewertung der Versorgungsqualität der ambulanten und teilstationären durchgeführten Dialysen sowie der Versorgungsqualität von stationär durchgeführten Nierentransplantationen und Pankreastransplantationen. Im VJ 2024 lagen in Berlin 45 auffällige Ergebnisse in dem Verfahren QS NET vor, da sie eine rechnerische Auffälligkeit im EJ 2023 hatten. Es wurden insgesamt zehn Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Stellungnahmeverfahren

Im Verfahrensjahr 2024 wurden in Berlin insgesamt zwei Sitzungen der Fachkommission durchgeführt. Insgesamt wurden zehn Stellungnahmen eingeleitet, davon wurden im stationären Bereich eine und im ambulanten Bereich neun Stellungnahmeverfahren durchgeführt.

Übersicht der gelieferten Datensätze

Gelieferte Datensätze 2023	Erwartet	Geliefert	Vollständigkeit
NET-NTX	223	223	100,00%
NET-DIAL	25.200	13.291	52,74%
NET-PNTX	223	223	100,00%

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Bewertungen des Stellungnahmeverfahrens im stationären und ambulanten Bereich:

Bezeichnung	Bewertungscode	Anzahl	
		stationär	ambulant
Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	U 62	0	3
Sonstiges (im Kommentar erläutert)	U 99	13	22
Sonstiges (im Kommentar erläutert)	S 99	1	4
Sonstiges (im Kommentar erläutert)	A99	0	2
Gesamtanzahl		14	31

Im Verfahren QS NET wurden in zwei Modulen (NET-PNTX und NET NTX) die vollständig geforderten Datensätze von 223 Datensätzen geliefert. Die Erfüllungsquote lag somit bei 100%. In dem Modul NET-DIAL wurden von geforderten 25.200 Datensätzen, nur 13.291 Datensätze geliefert. Dies führte zu einem Erfüllungsquote von über 50%.

Von 45 auffälligen Ergebnissen wurden durch die FK insgesamt zehn Stellungnahmen empfohlen und durchgeführt.

Die Geschäftsstelle erhielt vor Einleitung des Stellungnahmeverfahrens für den Indikator 572006 Dialysedauer pro Woche für das Auswertungsjahr 2024, vom IQTIG die Empfehlung aufgrund der schlechten Datengrundlage, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten. Die FK folgte der Empfehlung, da das Stellungnahmeverfahren mit einer abschließenden Bewertung bei einer instabilen Datengrundlage nicht durchgeführt werden kann. Hiervon waren 30 rechnerisch auffällige Ergebnisse betroffen.

Die Geschäftsstelle stand in engem Austausch mit dem IQTIG hinsichtlich der Datengrundlage für zwei weitere Indikatoren.

Erstens wegen dem Indikator 572010 Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen. In dem Indikator waren sechs Ergebnisse rechnerisch auffällig. Zweitens bei dem Indikator 572009 Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse, in denen vier Ergebnisse eine rechnerische Auffälligkeit aufwiesen. Bei beiden Indikatoren basieren die Daten auf Grundlage von Sozialdaten und das IQTIG teilte mit, dass hierbei „[...] nicht jeder QS-Datensatz der Leistungserbringer mit einem Datensatz der Sozialdaten verknüpft wird“. Aufgrund der mangelnden Verlässlichkeit der Daten ist es der FK nicht möglich gewesen, eine fundierte Bewertung abzugeben.

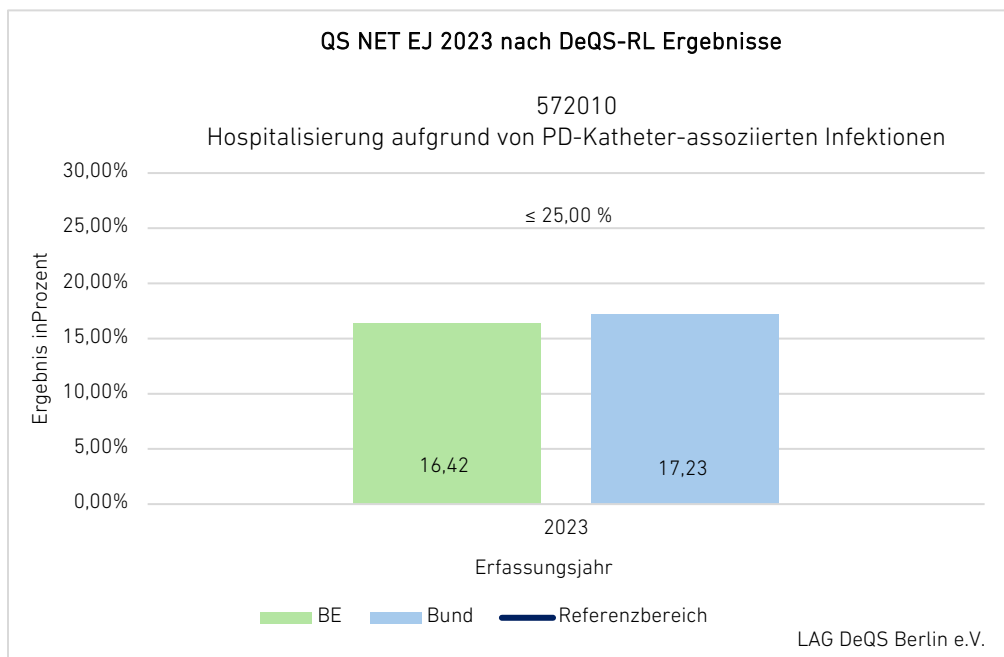
Es erscheint zielführend, dieses Verfahren zunächst im Rahmen eines Erprobungsverfahrens weiterzuentwickeln, anstatt es unmittelbar in einem aktiven Stellungnahmeverfahren einzusetzen. Dies könnte die Akzeptanz sowie die aktive Beteiligung der LE und FK an der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung maßgeblich stärken.

Ergebnisse

Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen

Hintergrund des Indikators *Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen* ist, die Rate an Komplikationen, die zu einer Krankenhauseinweisung führen, bei Peritonealdialysepatient*innen möglichst gering zu halten. Infektionen sind die häufigste Ursache für Hospitalisierungen, gefolgt von kardiovaskulären Komplikationen. Eine qualitativ hochwertige Behandlung sollte daher das Risiko solcher Ereignisse minimieren. Erfasst werden sollen Patient*innen über 18 Jahren mit einer chronischen Peritonealdialyse (13 aufeinanderfolgenden Wochen), die aufgrund einer am PD-Katheter aufgetretenen Infektion im Berichtszeitraum mindestens einmal stationär behandelt werden mussten. Für die Auswertung werden Sozialdaten verwendet.

Im EJ 2023 lagen die Ergebnisse sowohl für Berlin als auch für den Bund im Referenzbereich.

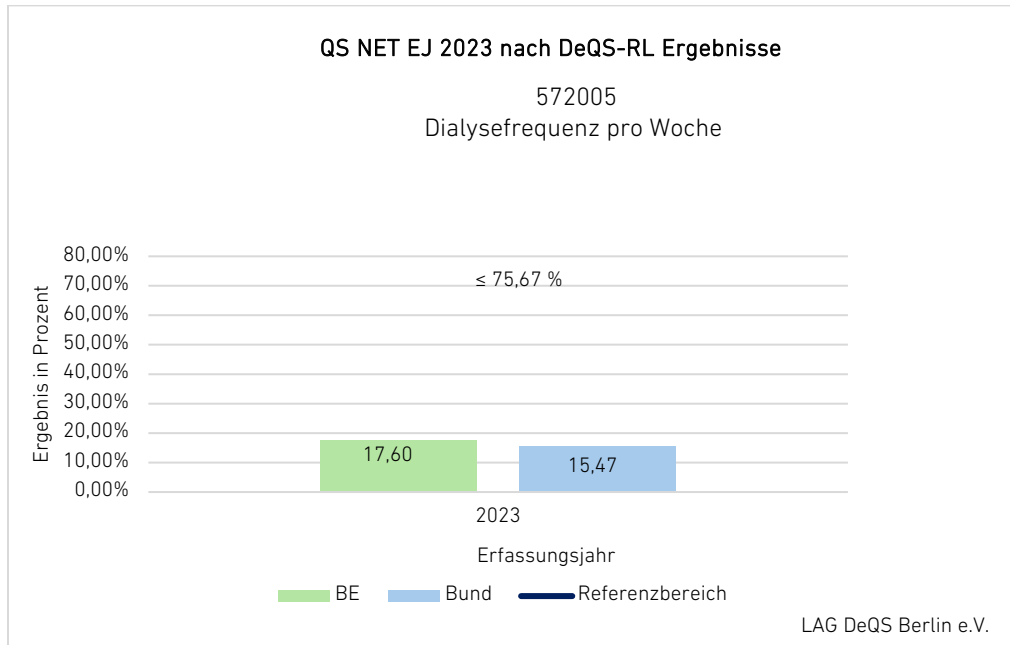


Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Dialysefrequenz pro Woche

Hintergrund des Indikators *Dialysefrequenz pro Woche* ist, eine effektive Hämodialyse Behandlung für Patient*innen sicherzustellen, wobei in der Regel drei Behandlungen pro Woche als Standard gelten. Die Frequenz hat sich aufgrund von physikalischen Untersuchungen, der Akzeptanz der Patient*innen, Umsetzbarkeit, Logistik und Behandlungskosten etabliert. Eine Erhöhung der Dialysefrequenz wird insbesondere bei Patienten*innen mit einer unkontrollierten Hypertonie, Mangelernährung, Herz-Kreislaufkrankungen oder Hyperphosphatanämie empfohlen. Studien zeigen, dass häufigere Behandlungen positive Auswirkungen auf patientenbezogene und labordiagnostische Parameter haben. Der Indikator erfasst Patient*innen, die weniger als drei Dialysen pro Woche erhalten, wobei ein Anteil von über zehn Prozent als auffällig gilt.

Im EJ 2023 lag das Ergebnis von Berlin bei 17,60% und damit im Referenzbereich, der bei 75,67% angesetzt war. Zudem zeigte sich das Ergebnis in Berlin über der Bundesebene.



Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>



4.5

Verfahren Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)

Gegenstand des QS Verfahrens Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS) sind Eingriffe zur Verbesserung des Blutflusses an der Halsschlagader. Erfasst werden sowohl offen-chirurgische als auch kathetergestützte Eingriffe. Im Rahmen des Verfahrens sollen qualitätsrelevante Aspekte stationär erbrachter Eingriffe an der Halsschlagader (insbesondere zu Indikation und periprozeduralen Schlaganfällen und Todesfällen) gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden. In diesem QS-Verfahren beziehen sich die QI auf die Indikationsstellung, schwerer Komplikationen, wie Tod oder Schlaganfall im zeitlichen Zusammenhang mit dem Eingriff sowie die fachneurologische Untersuchung nach dem Eingriff (vgl. IQTIG 2024e; DeQS-RL).

Stellungnahmeverfahren

Im Verfahrensjahr 2024 wurden in Berlin insgesamt vier Sitzungen der Fachkommission durchgeführt. Von 22 auffälligen Ergebnissen wurden 17 durch die FK empfohlen und durchgeführt.

Übersicht der gelieferten Datensätze

Gelieferte Datensätze 2023	Erwartet	Geliefert	Vollständigkeit
KAROTIS	1.394	1.394	100%

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Bewertungen des Stellungnahmeverfahrens im stationären Bereich:

Bezeichnung	Bewertungscode	Anzahl
Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	U62	8
Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	U63	1
Unvollständige oder falsche Dokumentation	D80	6
Sonstiges (im Kommentar erläutert)	U99	5
Zum AJ 2023 erfolgt kein Stellungnahmeverfahren	A70	2
Gesamtanzahl		22

Im Verfahren QS KAROTIS wurden alle geforderten 1.394 Datensätze geliefert. Die Erfüllungsquote lag somit bei 100%.

Es lagen 22 auffällige Ergebnisse vor, die in zwei FK-Sitzungen analysiert, besprochen und diskutiert wurden. Im Rahmen des STNV wurden teils unzureichende STN eingereicht, was zu einer erhöhten Anzahl von Rückfragen seitens der FK an die LE führte. Eine umfassende Darstellung des jeweiligen Falles ist jedoch unerlässlich, um der FK die Möglichkeit zu geben, eine abschließende Bewertung vorzunehmen oder ggf. weitere Maßnahmen, wie Kollegiale Gespräche, Begehungen oder Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 einleiten.

Bei zwei LE konnte die FK auch nach den gestellten Rückfragen die Schilderung nicht nachvollziehen, weshalb mit beiden LE ein kollegialer Austausch stattfand. Beide Kollegiale Dialoge führten zu einer abschließenden Bewertung ohne weitere Maßnahmen der Stufe 1 und 2.

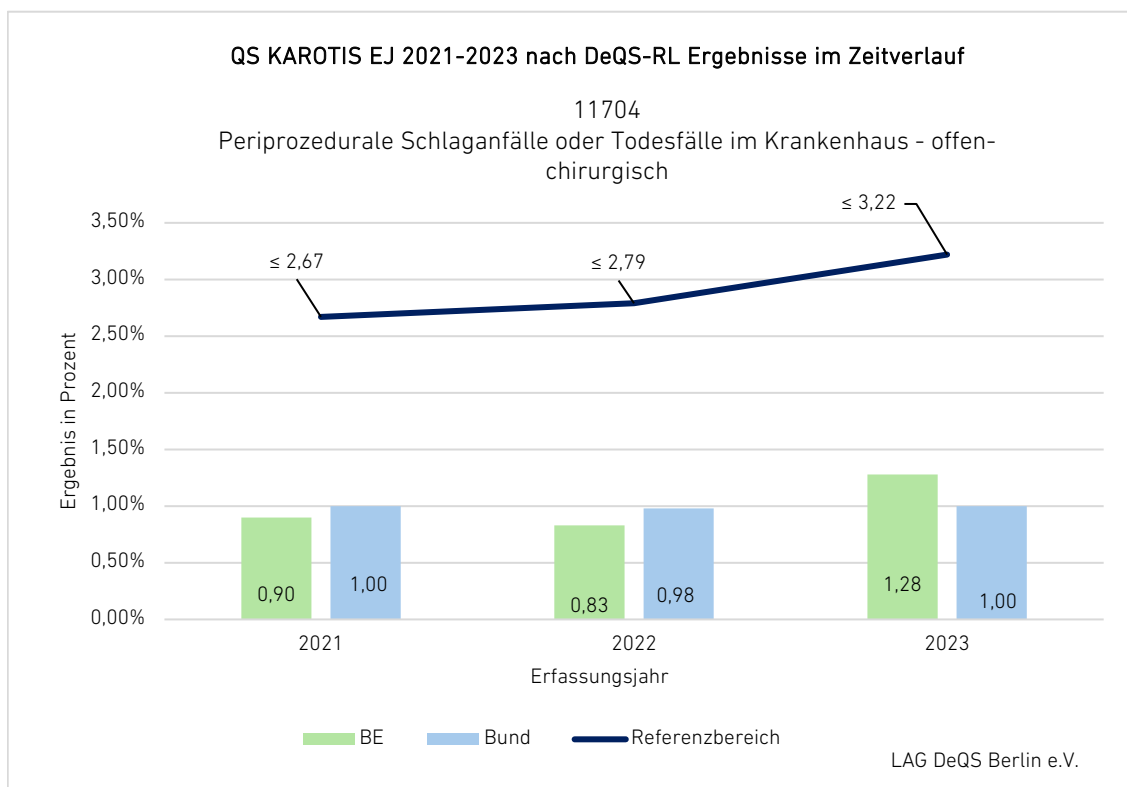
Wenn ein LE in einem QI auffällig wird, kann dies durch einen oder mehrere Fälle bedingt sein. Unabhängig von der Anzahl der betroffenen Fälle wird diese in einem Ergebnis anhand eines Pseudonyms zusammengefasst. In diesem Zusammenhang müssen alle Fälle der FK vorgelegt werden. Die FK ist jedoch nur in der Lage, einen einzigen Bewertungscode für alle Fälle in einem Ergebnis zu vergeben, die unter einem Pseudonym dargestellt wird. Sollte der LE jedoch für die einzelnen Fälle unterschiedliche Ursachen haben, die zu der rechnerischen Auffälligkeit geführt haben, kann die FK abschließend nur ein Bewertungsproblem und somit Bewertung abgeben. Hier wünschen sich die Mitglieder der FK eine differenzierte Möglichkeit der Bewertung, da die einzelne Betrachtung und Ursache hier in zusammengefasster Bewertung nicht genügend Aussagekraft zu den einzelnen fachlichen Situationen darstellen.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch

Hintergrund des Indikators *Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch* ist, dass Patient*innen mit einer Karotisstenose häufig einen Schlaganfall infolge dieser Grunderkrankung erleiden. Große Studien haben gezeigt, dass die Revaskularisierung der Halsschlagader das Risiko, in den folgenden Jahren einen Schlaganfall zu erleiden oder zu sterben, deutlich senken kann. Seltene periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle sind das Qualitätsziel des Indikators (vgl. IQITG: Endgültige Rechenregeln).

Im QI *Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch* war Berlin mit dem Ergebnis von 1,28 % im EJ 2023 im Referenzbereich. In der Betrachtung der vergangenen zwei Jahre, hat sich das Ergebnis in seiner Entwicklung in Berlin wieder verschlechtert.

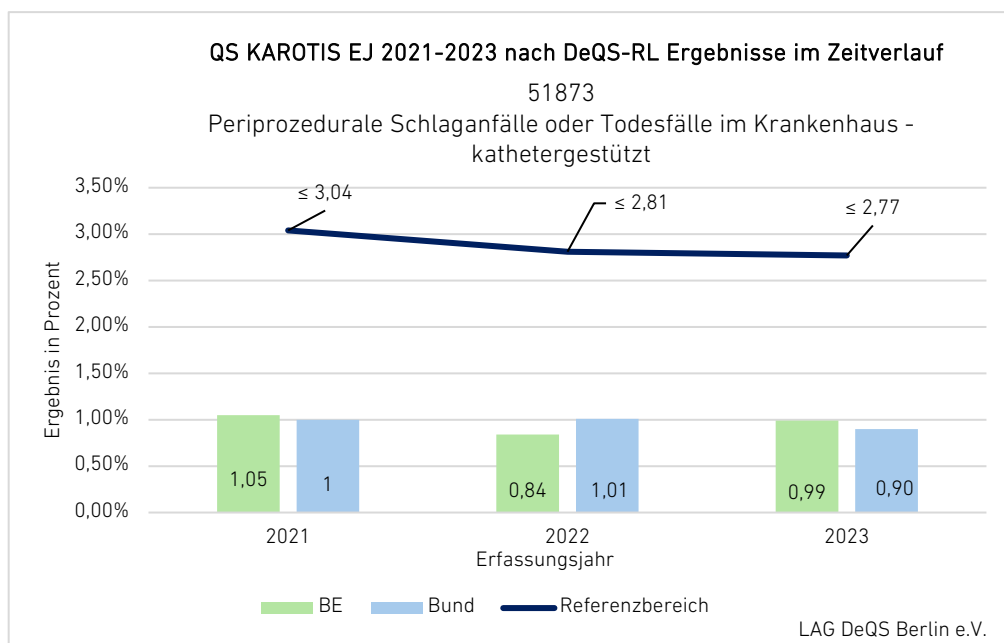


Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqitg.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt

Auch für den Indikator *Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt* ist das Qualitätsziel selten periprozeduraler Schlaganfall oder Tod (vgl. IQiTG: Endgültige Rechenregeln).

Wie aus dem Diagramm ersichtlich ist, liegen die Ergebnisse im EJ 2023 sowohl in Berlin (0,99%) als auch im Bund (0,90%) innerhalb des Referenzbereichs (2,77%). Das Ergebnis ist für Berlin im Vergleich zum Vorjahr leicht um 0,15% gestiegen. Es gab somit mehr periprozedurale kathetergestützte Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus. Im Vergleich zu 2021 ist der prozentuale Wert jedoch 0,06% gesunken, was auf ein verbessertes Ergebnis hindeutet.

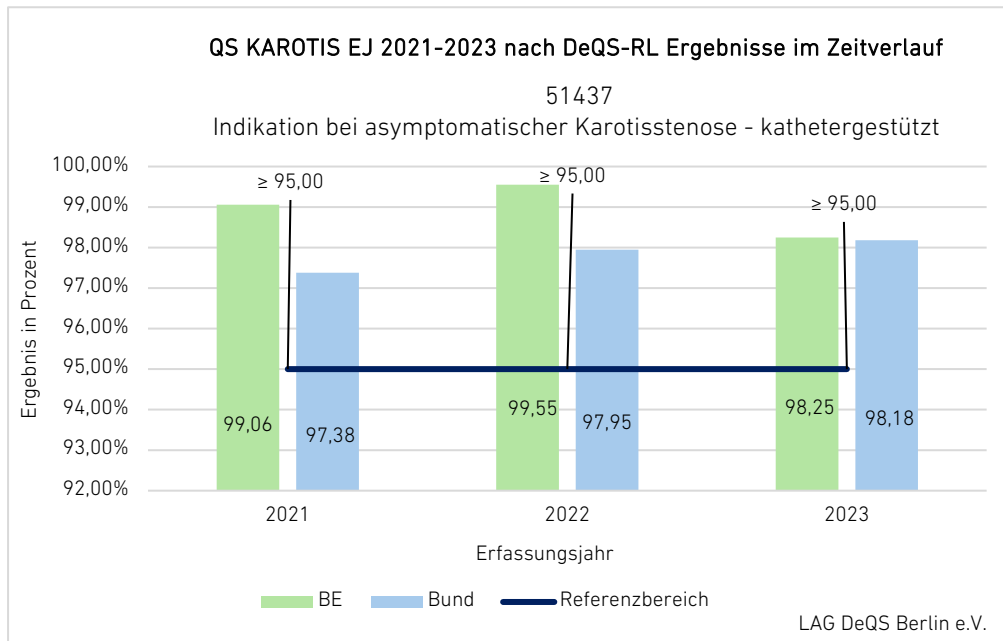


Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt

Bei der Indikationsstellung zur Karotis-Revaskularisation muss eine sorgfältige Abwägung zwischen dem Risiko des Eingriffs und dem Risiko eines Schlaganfalls im natürlichen Verlauf erfolgen. Qualitätsziel ist, dass bei einer asymptomatischen Karotisstenose eine Revaskularisation nur dann durchgeführt werden soll, wenn ein Stenose Grad von $\geq 60\%$ (NASCET) vorliegt (vgl. IQiTG: Endgültige Rechenregeln).

Der Referenzbereich lag im EJ 2023 bei >95,00% und war somit den letzten Jahren gleichbleibend. Die Ergebnisse auf Bundesebene (98,18%) und in Berlin (98,25%) befanden sich über den Referenzbereich.



Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Quelle: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQITG) (2023g): Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS). Online abrufbar unter: <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-karotis/>

Quelle: G-BA: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>



4.6

Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)

Gegenstand des Verfahrens Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP) ist eine ambulant erworbene Pneumonie (Lungenentzündung, die nicht im Krankenhaus erworben wurde) bei Patient*innen ab einem Alter von 18 Jahren. Im Rahmen des Verfahrens sollen qualitätsrelevante Aspekte stationär erbrachter Leistungen (insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie der Sterblichkeit während des stationären Aufenthalts) gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden. Ziele des Verfahrens sind die Verbesserung der Prozessqualität sowie die Verringerung der Sterblichkeit (vgl. IQTIG 2024f; DeQS-RL).

Stellungnahmeverfahren

Im Verfahren QS CAP für das EJ 2023 wurden in Berlin insgesamt 47 Ergebnisse vom IQTIG als rechnerisch auffällig bewertet. Die FK hat beschlossen, in 33 Ergebnissen ein Stellungnahmeverfahren zu empfehlen. Diese wurden durchgeführt. Insgesamt wurden für 13 Stellungnahmen qualitativ auffällige Bewertungsempfehlungen ausgesprochen.

Übersicht der gelieferten Datensätze

Gelieferte Datensätze 2023	Erwartet	Geliefert	Vollständigkeit
CAP	14.114	14.106	99,94%

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Bewertungen des Stellungnahmeverfahrens im stationären Bereich:

Bezeichnung	Bewertungscode	Anzahl
Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	U 62	17
Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel	A 71	8
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	A 72	1
Unvollständige oder falsche Dokumentation	D 80	3
Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt - Datenvalidierung	A 70	1
Sonstiges (im Kommentar erläutert)	U 99	15
Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	U 63	2
Gesamtanzahl		47

Im Verfahrensjahr 2024 fanden in Berlin insgesamt drei Sitzungen der Fachkommission statt.

Im aktuellen Stellungnahmeverfahren wurden insgesamt 33 Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Davon sind drei kollegiale Dialoge geplant. Die FK hat darüber beraten, dass hier der kollegiale Austausch und die inhaltliche Klärung von Auffälligkeiten zu Strukturen und Prozessen in der Gesprächssituation auf der Fachebene als zielführender betrachtet wird. Hier können die LE ihre Fragen und Anmerkungen zu den bestehenden Auffälligkeiten stellen und die FK-Mitglieder haben die Möglichkeit, auch beratende Maßnahmenvorschläge in ihrer fachlichen Expertise dem LE zu unterbreiten.

Insgesamt wurden 37 rechnerisch auffällige Ergebnisse als qualitativ unauffällig eingestuft. Zehn Ergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet, diese hatten der FK schon eigenständig Verbesserungsmaßnahmen in den Stellungnahme Ausführungen aufgezeigt. Alle als qualitativ auffällig deklarierten LE werden im kommenden Jahr auf Wiedervorlage gesetzt. Hier wird die Wirksamkeit der ergriffenen Maßnahmen überprüft und betrachtet.

Ein LE hat der GS bereits Anfang des Jahres mitgeteilt, dass sie von einem umfassenden IT-Problem betroffen sind. Nachdem in der Zwischenzeit das Krankenhausinformationssystem leider nur teilweise wiederhergestellt werden konnte,

kann auf Fallebene nicht für alle auffälligen Ergebnisse eine Stellungnahme abgegeben werden. Dieser LE wird im kommenden Jahr auf Wiedervorlage gesetzt.

Mit drei LE wurden kollegiale Dialoge geführt. Der erste LE erläuterte im Dialog, dass unter anderem eine elektronische Dokumentation eingeführt wurde, die in der Umsetzung einige Schwierigkeiten mit sich brachte. Der Leistungserbringer teilt mit, dass jährlich sehr viele Patienten*innen über die Rettungsstelle (RTS) aufgenommen werden, jedoch ist es derzeit nicht möglich, bei jedem*r Patient*in die Atemfrequenz (AF) zu erfassen. Es wird gezielt bei Patient*innen mit respiratorischen Erkrankungen gemessen. In diesem Indikator ergaben sich Auffälligkeiten, da bei bestimmten Patient*innen (Reanimationspflichtigen Patient*innen, Patient*innen mit Nierenversagen) die AF keinen Behandlungsschwerpunkt darstellte und daher nicht gemessen wurde. Zudem wurde eine Fehlcodierung festgestellt, bei denen die Dokumentation der AF nicht erfolgte. Vor einigen Wochen wurde ein Spot Monitor in der Rettungsstelle implementiert, der die Vitalparameter sowie auch die AF automatisch erfasst und die Werte in das KIS überträgt. Die FK schaut sich die Entwicklung der Daten im nächsten Stellungnahmeverfahren erneut an. Im aktuellen Verfahrensjahr wurde die elektronische Patientenakte implementiert sowie ein digitales System zur Dokumentation der AF eingeführt. Demnach ist von einer Verbesserung der Ergebnisse im nächsten Jahr auszugehen.

Der zweite LE, mit welchem die FK in einen kollegialen Dialog getreten ist, war in drei Qualitätsindikatoren auffällig. Einleitend erläuterte der LE die Ursachen der Auffälligkeiten und informierte über aktuelle Maßnahmen zur Verbesserung der inhaltlichen Dokumentation. Der LE erklärte, dass das Krankenhaus derzeit von papierbasierter auf digitale Dokumentation umstellt, um künftig die Defizite zu minimieren. Im Indikator der Frühmobilisation der Patient*innen, erklärte der LE, dass diese in einigen rechnerisch auffälligen Ergebnissen nicht möglich war. Gründe hierfür sind, dass die Patient*innen schwerstkrank waren und eine Mobilisation oft nur eingeschränkt oder gar nicht möglich war. Die FK räumte ein, dass die chronisch bettlägerigen und beatmeten Patient*innen in diesem Indikator ausgeschlossen sind. Zum Indikator zur vollständigen Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung erläuterte der LE, dass zwar Schulungen mit Arzt*innen und Pflegepersonal stattfinden, jedoch durch den Einsatz von Leasingpersonal weiterhin Lücken in der Dokumentation entstehen. Zusätzliche Maßnahmen sollen ergriffen werden, um das Bewusstsein für die Dokumentationspflicht bei allen Mitarbeiter*innen zu schärfen. Im Indikator zur Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme ergaben sich Auffälligkeiten, da die Atemfrequenz zwar in der zentralen Notaufnahme erfasst, jedoch an verschiedenen Orten dokumentiert wurde und es vorkam, dass die Eintragung in die Patientenakte nicht erfolgt ist.

So konnte keine Übertragung in den QS-Bogen erfolgen. Der Prozess wird durch die Umstellung zur digitalisierten Patientenakte verbessert werden. Zudem werden bereits Schulungen des ärztlichen Personals zur korrekten Dokumentation durchgeführt. Der LE räumte ein, dass nicht alle Mitarbeiter*innen über die korrekte Durchführung und Erfassung in den QS-Bogen informiert sind. Um dies zu verbessern, wird die Thematik täglich in den Mittagsbesprechungen angesprochen, um die Sensibilisierung und Einhaltung der Dokumentationsstandards zu gewährleisten. Die FK-Mitglieder wünschen sich im nächsten STNV von der Geschäftsstelle eine Rückmeldung über die Ergebnisse des LE in diesen QIs, auch wenn keine Auffälligkeiten vorliegen.

Der dritte LE war in vier Qualitätsindikatoren auffällig und wurde auf Grund der Gesamtheit der Indikatoren zum Kollegialen Gespräch eingeladen. Im Indikator *Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme* war der LE in 8 Fällen auffällig. Der LE erklärte, dass die Auffälligkeiten auf fehlerhaftes Ausfüllen des QS-Bogens zurückzuführen sei und hier die MA sensibilisiert auf das korrekte Ausfüllen der Bögen hingewiesen werden.

Im QI für *frühzeitige Mobilisation nach Aufnahme der Patient*innen* erläuterte der LE, dass aufgrund des schlechten Allgemeinzustandes der Patient*innen, der Verlegung auf die Intensivstation, Bettlägerigkeit, Dyspnoe-Erkrankung oder schwere Verläufe der Korsakow-Erkrankung die frühzeitige Mobilisation nicht möglich war. Hier lagen schwerwiegende Einzelfälle vor. Auch erklärte der LE, dass die Dokumentation der Atemfrequenz bei Entlassung nicht korrekt übertragen wurde. Der LE räumte einen Dokumentationsfehler ein. Die Atemfrequenz wird zwar erhoben, aber nicht automatisch vom System in die QS-Bögen übertragen. Hier werden die technischen Schnittstellen angepasst werden müssen. In der Notaufnahme wird die Atemfrequenz bei der Aufnahme der Patient*innen gemessen, aber laut dem LE nicht immer in der Akte dokumentiert. In einem Fall wurde der*die Patient*in auf die Intensivstation verlegt, in einem anderen Fall konnte die Ursache für die fehlende Dokumentation nicht nachvollzogen werden.

Zur Verbesserung der Qualität wird derzeit auf eine digitale Dokumentation umgestellt. Der Übergang erfolgt schrittweise und eine vollständige Umstellung ist 2025 geplant.

Die FK empfiehlt dem LE, die Auswertung der Indikatoren regelmäßig im interdisziplinären Team zu besprechen, damit Arbeitsabläufe transparent und nachvollziehbar sind, die relevanten Parameter in der Akte zu suchen und in den QS-Bogen zu übertragen sowie eine quartalsweise Überprüfung durchzuführen, um die Qualität kontinuierlich zu sichern.

Alle als qualitativ auffällig deklarierten LE werden im kommenden Jahr auf Wiedervorlage gesetzt, um die Wirksamkeit der ergriffenen Maßnahmen zu überprüfen. Zwei Fälle wurden als Sonstiges, mit einem gesonderten Kommentar an die LE, bewertet.

Unterjährig wurde, aufgrund der positiven Entwicklung der Ergebnisse, von zwei Zielvereinbarungen eine Zielvereinbarung auf Empfehlung der Fachkommission beendet.

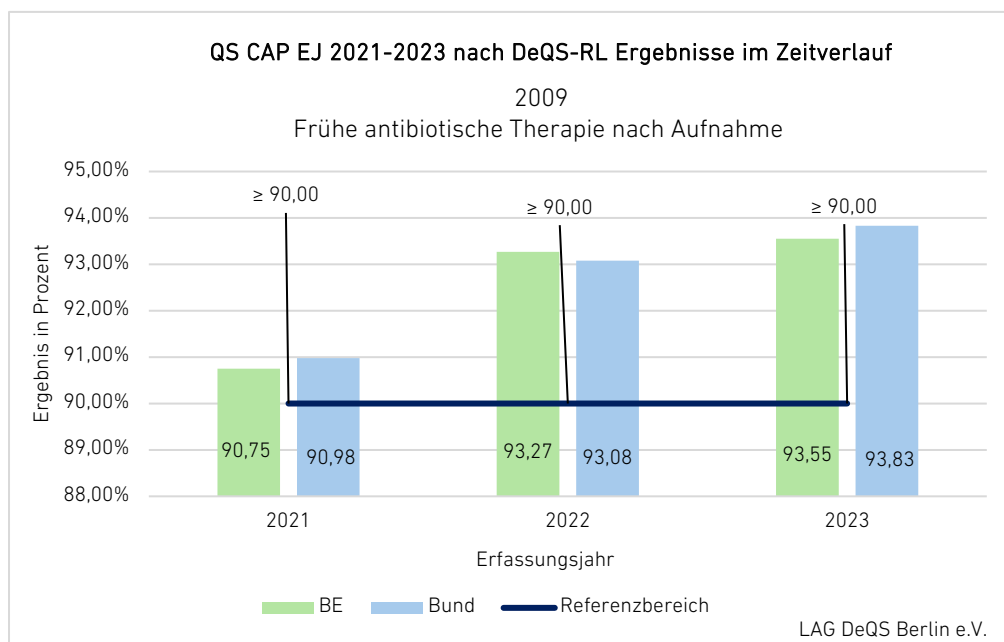
Mit dem zweiten LE bestand seit dem Jahr 2019 eine Zielvereinbarung in den QIs „Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8h nach Aufnahme“ sowie „Frühmobilisation innerhalb von 24h nach Aufnahme“. Als Vereinbarung wurde festgelegt, dass der LE quartalsweise die Ergebnisse des gesamten Leistungsbereiches an die Fachkommission liefert. Im Jahr 2024 hat die Fachkommission entschieden, auf Grundlage der Lieferungen eine Entscheidung über die Fortführung oder Beendigung im Jahr 2025 zu fällen.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Frühzeitige antibiotische Therapie nach der Aufnahme

Das Qualitätsziel des Indikators besteht darin, dass häufig eine frühzeitige antibiotischen Therapie nach der Aufnahme durchgeführt wird. Acht Stunden seit der Aufnahme werden von der Bundesfachgruppe Pneumonie als maximale Zeitspanne angegeben, innerhalb derer die erste Gabe einer antibiotischen Therapie erfolgen soll.

Für Patient*innen, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden, wird der Beginn der antibiotischen Therapie innerhalb der ersten acht Stunden nach Aufnahme gefordert (vgl. IQITG: Endgültige Rechenregeln). Zu diesem QI wurden sechs Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die Ergebnisse der LE im EJ 2023 liegen sowohl in Berlin als auch bundesweit im Referenzbereich.

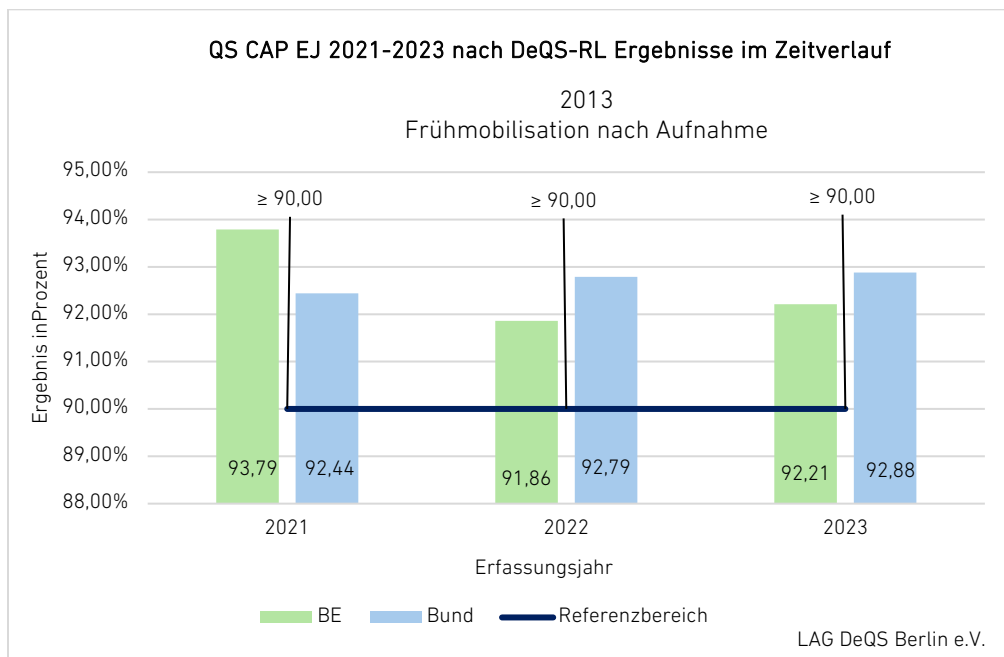


Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqitg.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Frühmobilisation nach Aufnahme

Eine frühzeitige Mobilisation von Patient*innen mit Pneumonie ist entscheidend für eine kürzere Verweildauer im Krankenhaus, ohne dass erhöhte Komplikationsraten auftreten. Daher besteht das Qualitätsziel darin, eine Frühmobilisation nach der Aufnahme durchzuführen.

Wie aus dem Diagramm ersichtlich ist, liegen die Ergebnisse der LE im EJ 2023 sowohl in Berlin als auch im Bund innerhalb des Referenzbereichs.



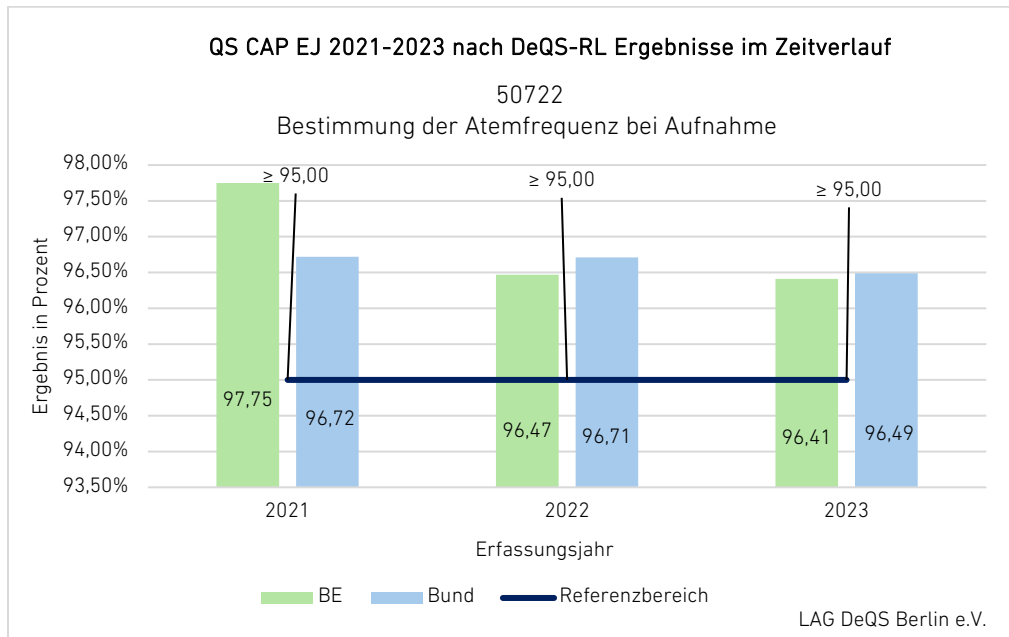
Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

Ein wichtiger klinischer Parameter, der regelmäßig und ohne großen Aufwand erhoben werden kann, ist die Atemfrequenz bei Aufnahme. Qualitätsziel ist die Durchführung der Bestimmung der Atemfrequenz möglichst immer bei der Aufnahme. Durch die Erfassung des CRB-65-Scores bei Aufnahme wird eine Risikoabschätzung von Patient*innen mit ambulant erworbener Pneumonie ermöglicht, die für die weitere Behandlungsstrategie bedeutsam ist (vgl. IQITG: Endgültige Rechenregeln).

Zu diesem QI wurden acht Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Die Ergebnisse der LE im EJ 2023 liegen sowohl in Berlin als auch bundesweit im Referenzbereich.



Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Quelle: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQITG) (2023h): Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP). Online abrufbar unter: <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-cap/>

Quelle: G-BA: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>



4.7

Verfahren Mammachirurgie (QS MC)

Das Verfahren Mammachirurgie (QS MC) fokussiert die Behandlung von Patient*innen mit Brustkrebs (Mammakarzinom). Pro Jahr sind ca. 18.000 Todesfälle in Deutschland auf ein Mammakarzinom zurückzuführen. In seltenen Fällen kann diese Erkrankung auch bei Männern auftreten. Ein wichtiger Aspekt der QS ist die aktive Einbeziehung von Patient*innen in die umfassende und sorgfältige Planung der Behandlung. Gegenstand des Verfahrens ist die Behandlung von Patient*innen mit Neoplasien der Brust. Erfasst werden alle wegen gutartiger oder bösartiger Tumore, Präkanzerosen oder bei Tumorverdacht der Brust stationär durchgeführten offenen Biopsien, tumorresezierenden und axillären Eingriffe.

Im Rahmen des Verfahrens sollen qualitätsrelevante Aspekte stationär erbrachter Eingriffe wegen einer Neoplasie der Brust gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden. Ziele des Verfahrens sind die Verbesserung der Indikationsstellung, der Prozess- und der Ergebnisqualität (vgl. IQITG 2024g; DeQS-RL).

Stellungnahmeverfahren

Im Verfahrensjahr 2024 wurden in Berlin insgesamt zwei Sitzungen der Fachkommission durchgeführt.

Insgesamt wiesen 7 Betriebsstätten in dem Verfahren QS MC eine rechnerische Auffälligkeit im EJ 2023 auf. Es wurden insgesamt 8 Stellungnahmeverfahren empfohlen und durchgeführt. Diese Stellungnahmen wurden in einer Sitzung der FK QS MC gesichtet und Bewertungsempfehlungen besprochen.

Zu fünf Stellungnahmen hatte die FK Rückfragen gestellt und eine entsprechende Bewertung vorgenommen. Bei den Einzelfällen stellte es sich dar, dass der LE jeweils schon Maßnahmen ergriffen hatte und die FK die Entwicklung der Qualitätsentwicklungsdaten im kommenden Jahr kritisch beobachtet.

Übersicht der gelieferten Datensätze

Gelieferte Datensätze 2023	Erwartet	Geliefert	Vollständigkeit
MC	5.306	5.312	100,11%

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Bewertungen des Stellungnahmeverfahrens im stationären Bereich:

Bezeichnung	Bewertungscode	Anzahl
Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	U 62	2
Unvollständige oder falsche Dokumentation	D 80	4
Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt qualitativ auffällig) - DATENVALIDIERUNG	U 99	1
Besondere klinische Situation	U61	1
Datenvalidierung – Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt	A70	1
Gesamtanzahl		9

Insgesamt ist die Qualität der Umsetzung der Leitlinien und die Dokumentation aus der Sicht der FK in den Kliniken sehr gut. Es wurden 2023 insgesamt 5.312 Datensätze geliefert, die zu 100% vollständig waren. Bei der Dokumentation der Datensätze wurden im QS Verfahren MC für das Erfassungsjahr 2023 13 Qualitätsindikatoren zugrunde gelegt, an denen die Qualitätserbringung für das Jahr 2024 gemessen wurden. Die FK entschied sich von 9 auffälligen Ergebnissen im Jahr 2024 acht Stellungnahmeverfahren nach DeQS-RL einzuleiten, bei denen nur 1 fehlerhafte Dokumentation bestätigt wurde und somit qualitativ auffällig war. Hier wurde von Seiten des LE die Dokumentationsabweichung schon erkannt und mit eingeleiteten Maßnahmen belegt. Die weiteren Fälle konnten durch die dargestellten Stellungnahmen der LE geklärt werden.

Die Ziele des Verfahrens (Verbesserung der Indikationsstellung, der Prozess- und der Ergebnisqualität) konnten auf hohem Niveau erreicht werden. Auch hier ist die stringente Betrachtung der Ergebnisse im Verlauf der vergangenen Jahre ein gutes Entwicklungskriterium aus Sicht der FK.

Ergebnisse im Zeitverlauf

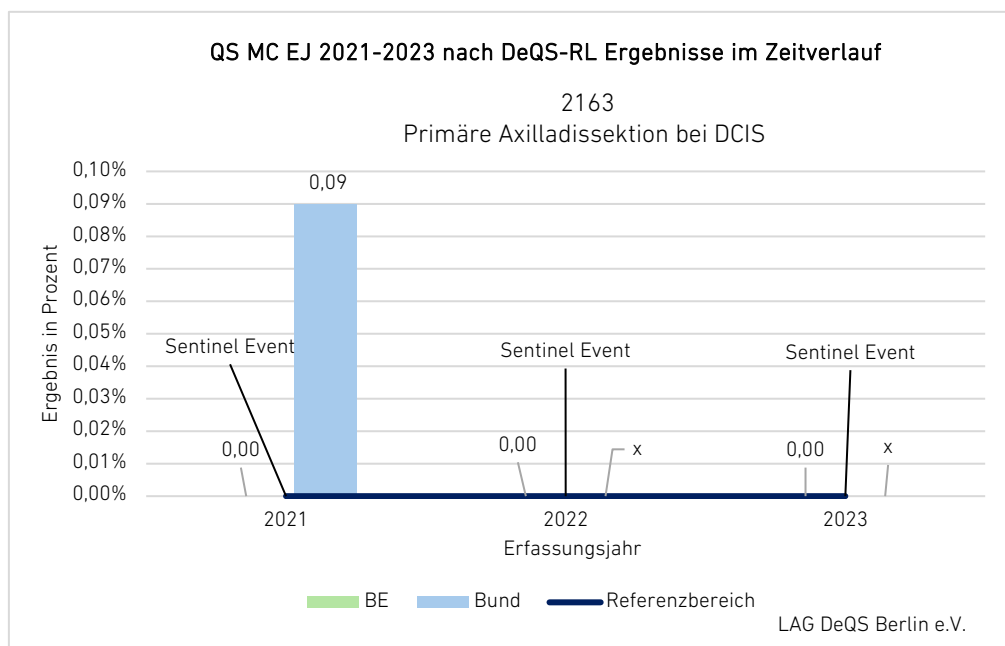
Primäre Axilladisektion bei DCIS (Lymphknotenausräumung bei Brustkrebsvorstufe)

Qualitätsziel des Indikators 2163 *Primäre Axilladisektion bei DCIS* sind möglichst wenige Patient*innen mit primärer Axilladisektion bei DCIS. Hintergrund dieses Indikators ist, dass eine primäre Axilladisektion bei Vorliegen eines DCIS aufgrund der hohen Morbidität bei fehlendem Patientennutzen nicht durchgeführt werden.

Da eine primäre Axilla Dissektion bei Vorliegen eines DCIS nicht indiziert ist, soll für diese Fälle eine Einzelfallanalyse erfolgen. Der Referenzbereich dieses Indikators wird deshalb als "Sentinel Event" definiert (vgl. IQITG: Endgültige Rechenregeln).

Wie im Diagramm dargestellt lagen in Berlin im EJ 2023 keine Auffälligkeiten vor.

Bundesweit konnte das Qualitätsziel in drei von insgesamt 6892 Fällen nicht erreicht werden.



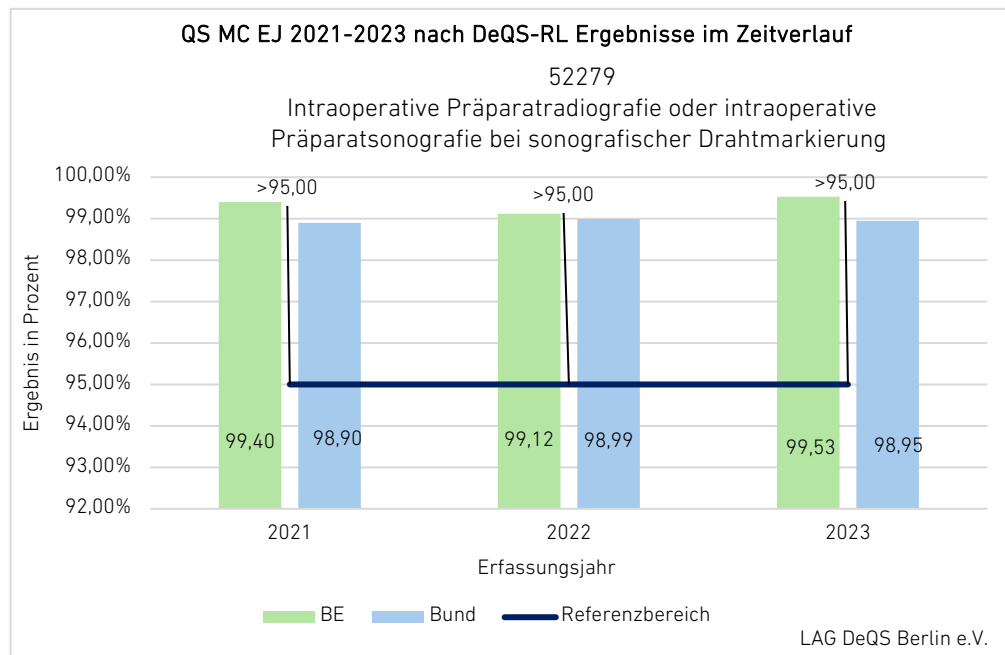
Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqitg.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung

Qualitätsziel des Indikators 52279 *Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung* sind möglichst viele Eingriffe mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie oder nach präoperativer Drahtmarkierung durch Sonografie und gehört zur Gruppe *Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung*.

Die prä- oder intraoperative Markierung soll insbesondere bei nicht tastbaren Veränderungen mit der Methode erfolgen, mit der der Befund eindeutig darstellbar ist. Ziel ist es, den Erfolg der – in der Bildgebung darstellbaren – (kompletten) Entfernung des Tumors zu dokumentieren (vgl. IQITG: Endgültige Rechenregeln).

Der Referenzbereich liegt im EJ 2023 bei > 95% und Berlin wies ein Ergebnis von 99,53% auf, womit das Ergebnis im Referenzbereich lag.

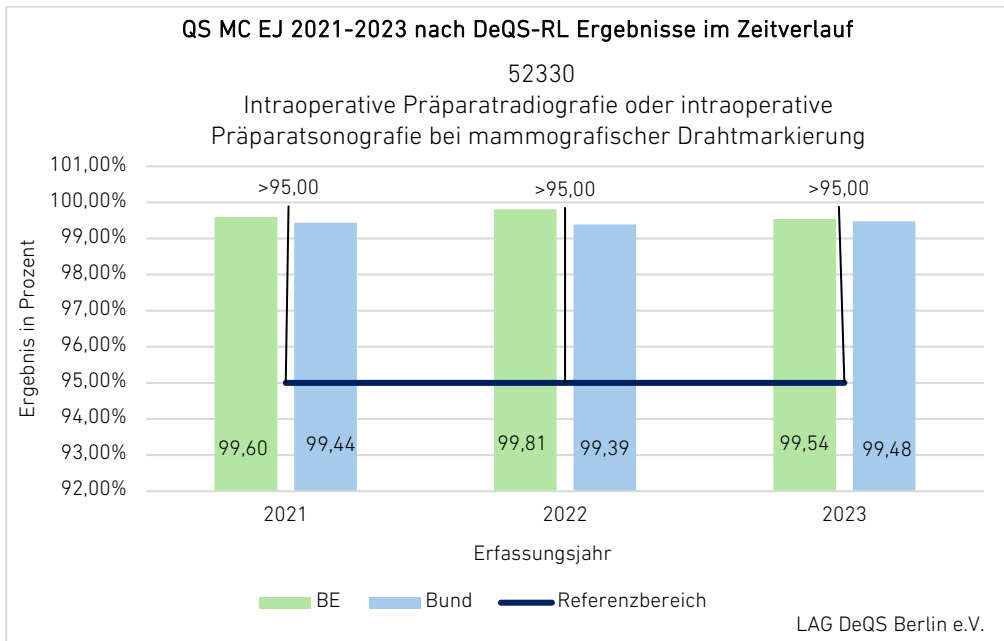


Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqitg.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

Ein weiterer Indikator in der gleichen Gruppe ist 52330 *Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung* (vgl. IQITG: Endgültige Rechenregeln).

Der Referenzbereich lag im EJ 2023 bei > 95%. Sowohl in Berlin als auch im Bund lagen die Werte innerhalb des Referenzbereichs.



Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Quelle: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQITG) (2023i): Mammachirurgie (QS MC). Online abrufbar unter: <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-mc/>

Quelle: G-BA: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>

4.8



Verfahren Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

Im Verfahren Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP), werden gynäkologische operative Eingriffe bei Patient*innen ab 11 Jahren erfasst. Gegenstand sind stationär durchgeführte Operationen an den Eileitern (Tuba uterina) und oder Eierstöcken (Ovarien). Im Rahmen des Verfahrens sollen qualitätsrelevante Aspekte stationär erbrachter Eingriffe an den inneren weiblichen Geschlechtsorganen (insbesondere zu Indikation und Komplikationen) gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden. Ziele des Verfahrens sind die Verbesserung der Indikationsstellung und der Prozessqualität, sowie die Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen (IQTIG 2024h, DeQS-RL).

Zur Beurteilung der Behandlungsqualität in den Krankenhäusern werden sechs QI, ein Sentinel Event und fünf AK in dem Verfahren QS Gyn- OP herangezogen.

Stellungnahmeverfahren

Die Fachkommission hat sich für das Verfahrensjahr 2024 dazu entschieden, zu 24 von 25 rechnerisch auffälligen Ergebnissen das Stellungnahmeverfahren einzuleiten. Diese Stellungnahmen wurden in den drei Fachkommissionsitzungen gesichtet und Bewertungsempfehlungen ausgesprochen.

Übersicht der gelieferten Datensätze

Gelieferte Datensätze 2023	Erwartet	Geliefert	Vollständigkeit
GYN-OP	10.169	10.189	100,20%

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Bewertungen des Stellungnahmeverfahrens im stationären und im ambulanten Bereich:

Bezeichnung	Bewertungscode	Anzahl
Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	U 61	1
Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	U 62	8
Sonstiges (im Kommentar erläutert)	U99	1
Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ auffällig)	A70	8
Unvollständige oder fehlerhafte Dokumentation	D80	6
Sonstiges (im Kommentar erläutert)	S99	1
Gesamtanzahl		25

Im Verfahren QS GYN-OP wurden 10.189 Datensätze von 10.169 Datensätzen geliefert. Die Erfüllungsquote lag somit über 100%. Hier ist für die Übererfüllung der Quote in der Dokumentation oft eine Doppellieferung von QS- Bögen ursächlich. Es fanden sich in den sechs Qualitätsindikatoren 25 rechnerisch auffällige Ergebnisse. Für 24 Ergebnisse wurden Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Acht Stellungnahmen wurden als qualitativ auffällig bewertet. In zehn eingeleiteten Stellungnahmen konnten die LE anhand fachlicher Darstellung und Erläuterung, die Auffälligkeit entkräften. Die Ergebnisse wurden somit als qualitativ unauffällig von der FK eingestuft. Sechs Ergebnisse wiesen abschließend eine fehlerhafte Dokumentation auf. Hier ist oft die digitale Umstellung der Dokumentation und somit eine fehlerhafte Ausleitung oder Übermittlung der Grund. Die LE arbeiten mit Nachdruck an einer Verbesserung der digitalen Abbildung.

Im Rahmen des STNV stand die FK vor verschiedenen Herausforderungen. Von einigen LE wurde zunächst keine STN eingereicht, was wiederholte Kontaktaufnahmen erforderlich machte, um die notwendigen Informationen zu erhalten und den Prozess fortzusetzen. Bei einem weiteren LE war die Darstellung der Fälle nicht nachvollziehbar, weshalb ein kollegialer Dialog erforderlich wurde, um Klarheit zu schaffen.

Insgesamt musste die FK mit Verzögerungen und unvollständigen Informationen umgehen, was die Durchführung des STNV erschwerte.

Die Auffälligkeit des LE, mit welchem bereits im Jahr 2019 eine Zielvereinbarung geschlossen wurde, bestand in der Kennzahl 612 „Anteil von Operationen am Ovar, die organerhaltend durchgeführt wurden, an Operationen am Ovar und führendem histologischen Normalbefund oder benignem Befund bei Patientinnen bis 45 Jahre, unter Ausschluss der Patientinnen in der aufgeführten Grundgesamtheit“. Im Jahr 2023 wurde die Zielvereinbarung aktualisiert.

Die Vereinbarung bestand anfangs darin, dass quartalsweise dabei die QS-Daten gemonitort und der Fachgruppe zur Verfügung gestellt wurden.

Die aktualisierte Zielvereinbarung enthält die folgenden Aspekte:

- Monitoring der QS-Daten in der Kennzahl 612
- Identifikation von Verschlechterungen der Ergebnisse der Kennzahl 612. Benennung der Gründe und aufzeigen, welche Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet wurden.
- Mitteilung zum Umsetzungsstand der Einführung der Erneuerung diagnostischer Geräte und OP-Equipment

Quartalsweise sollen die oben genannten Punkte an die Geschäftsstelle der LAG DeQS Berlin e. V. zu folgenden Daten: 15.04., 15.07., 15.10., 15.01. Übermittelt werden:

- Überarbeitung der SOPs und Übermittlung an die Geschäftsstelle zum 15.10.2023
- Durchführung von Mitarbeiter*innenschulungen zur Organerhaltung und Vorlage des Schulungsinhaltes sowie Zeitplans und erstmalige Übermittlung an die Geschäftsstelle 1.04.2024
- Entwicklung einer Verfahrensanweisung zum Vorgehen von Patientinnenaufklärung bei individuellem Wunsch der Ovariektomie

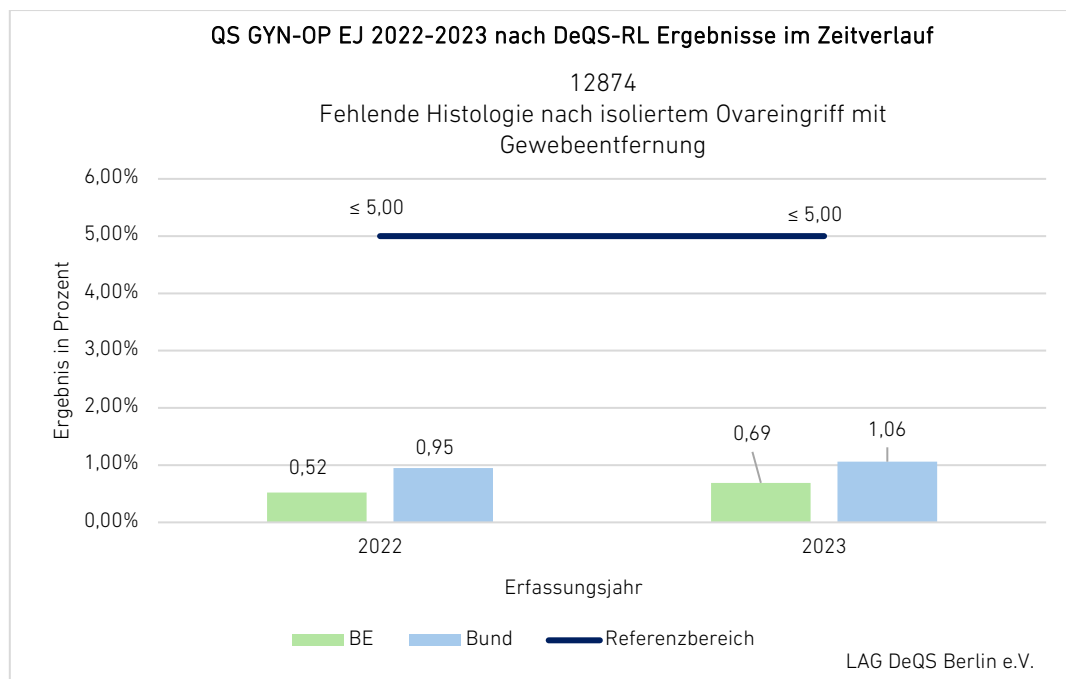
Die Fachkommission hat entschieden, im Jahr 2025 eine Entscheidung über die Fortführung oder Beendigung der Zielvereinbarung zu treffen.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung

Mit dem Indikator 12874 *Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung* wird festgestellt, wie häufig nach einer Operation an den Ovarien, bei der Gewebe entfernt wurde, dieses nicht histologisch untersucht wurde und somit keine Diagnosesicherung stattgefunden hat (vgl. IQITG: Endgültige Rechenregeln).

Berlin lag im EJ 2023, wie im Diagramm dargestellt, mit dem Ergebnis von 0,69% im Referenzbereich (5,00%). Auch auf Bundesebene (1,06%) wurde der Referenzbereich nicht überschritten. In drei aufeinander folgenden Jahren (2023, 2022 und 2021) war das Ergebnis von Berlin besser als das Ergebnis der Bundesebene.



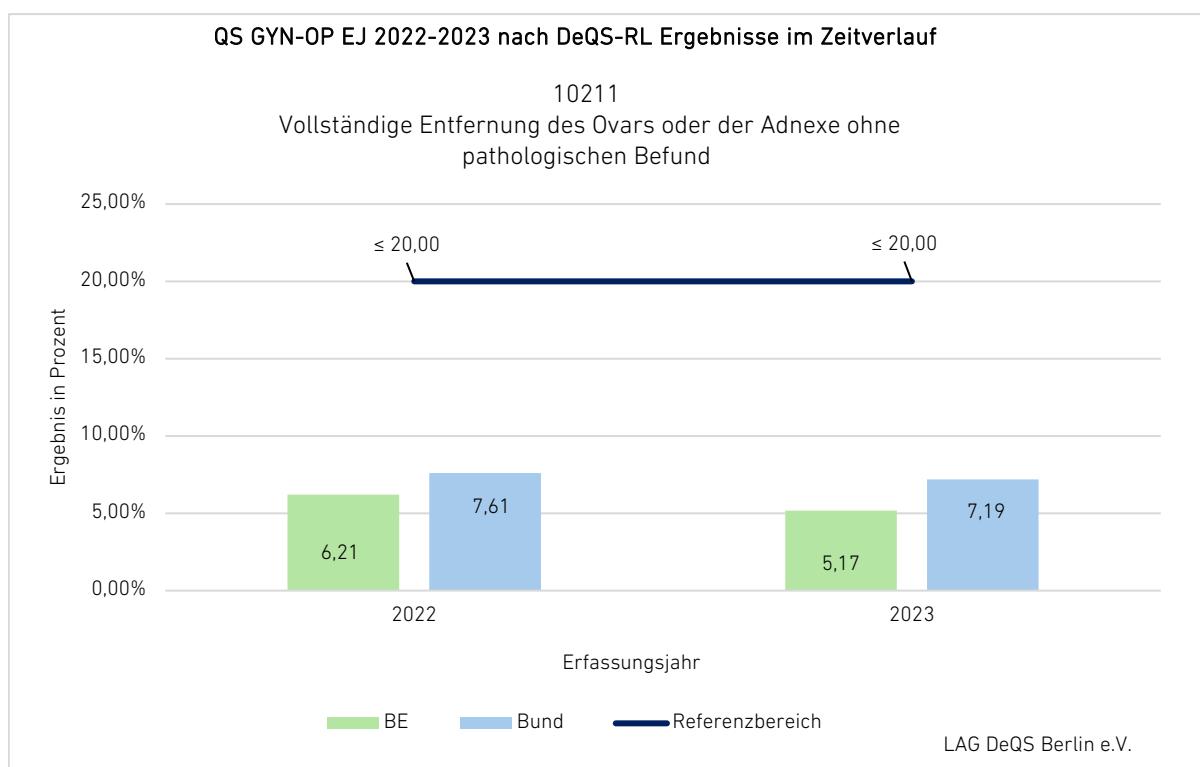
Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqitg.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund

Qualitätsziel des Indikators 10211-*Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund* sind möglichst wenige Patientinnen mit solch einer Entfernung. Hintergrund dieses Indikators ist, dass Funktionssystemen

häufig Zufallsbefunde bei Routineuntersuchungen sind. In den meisten Fällen sind Funktionszysten asymptomatisch und bilden sich spontan zurück. Allerdings bereitet die Abgrenzung zu echten benignen und malignen Neoplasien gelegentlich Schwierigkeiten. Zur präoperativen Differenzierung werden hauptsächlich die Verlaufsbeobachtung, die Dopplersonographie oder auch die Sonographie herangezogen (vgl. IQITG: Endgültige Rechenregeln).

Der Referenzwert im EJ 2023 betrug < 20% und Berlin lag in diesem Jahr mit dem Ergebnis von 5,17% im Referenzbereich. Im Vergleich zu dem Vorjahr (6,21%) verbesserte sich das Ergebnis von Berlin. Der Wert von 7,19 % auf Bundesebene befand sich ebenfalls im Referenzbereich.



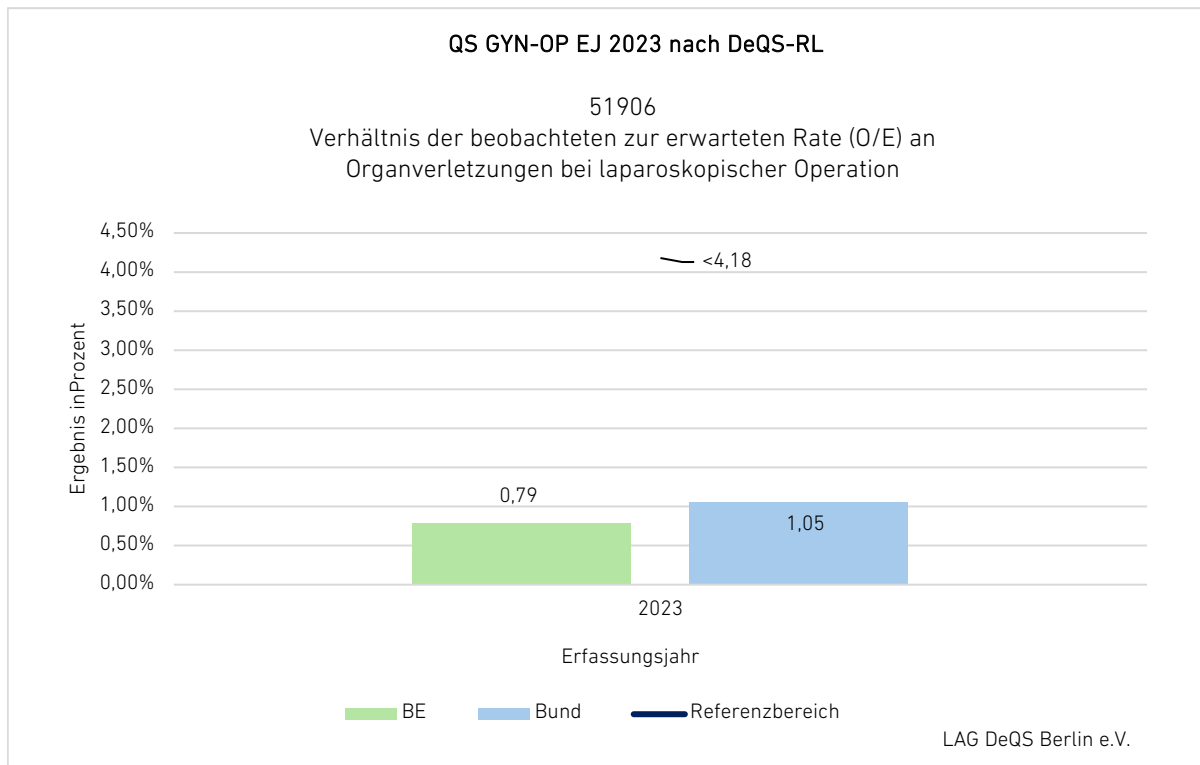
Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqitg.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation

Qualitätsziel des Indikators 51906 – *Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation* sind möglichst wenige Patientinnen mit Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen. Hintergrund des Indikators ist, dass obwohl sich die Versorgungsqualität durch die minimal-invasiven Operationen schon stark verbessert hat, weiterhin Komplikationen vorwiegend zu Beginn einer laparoskopischen Untersuchung auftreten.

Schwerwiegendste Komplikationen betreffen die Verletzungen der umliegenden Organe, welche mit einer hohen Morbiditätsrate einhergehen (vgl. IQITG: Endgültige Rechenregeln).

Der Referenzbereich lag im EJ 2023 bei < 4,18%. Die Ergebnisse in Berlin und auf Bundesebene lagen beide im Referenzbereich.



Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Quelle: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQITG) (2023): Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP). Online abrufbar unter: <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-gyn-op/>

Quelle: G-BA: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>



4.9

Verfahren Dekubitusprophylaxe (QS DEK)

Der Dekubitus wird als lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes beschrieben, die oft über Knochenvorsprünge und infolge von Druck oder Druck in Verbindung mit Scherkräften entsteht. Gegenstand des Verfahrens Dekubitusprophylaxe (QS DEK), ist die Erfassung von Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 2 oder höhergradig oder mit nicht näher bezeichneten Dekubitalulcera (ohne Angabe einer Kategorie/eines Grades) bei Patient*innen ab 20 Jahren während des stationären Aufenthalts. Das QS-Verfahren QS DEK berücksichtigt alle Patient*innen in allen Fachabteilungen aller LE.

Im Rahmen des Verfahrens soll insbesondere das Neuaufreten von Dekubitalulcera während des stationären Aufenthalts als qualitätsrelevanter Aspekt gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden. Ziele des Verfahrens sind die Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität (vgl. IQTIG 2024i, DeQS-RL).

Stellungnahmeverfahren

Im VJ 2024 wurden in Berlin 17 Betriebsstätten in dem Verfahren QS DEK angeschrieben, da sie eine rechnerische Auffälligkeiten hatten. Es wurden insgesamt 17 Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Übersicht der gelieferten Datensätze

Gelieferte Datensätze 2023	Erwartet	Geliefert	Vollständigkeit
DEK	15.744	15.755	100,07%

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Bewertungen des Stellungnahmeverfahrens im stationären Bereich:

Bezeichnung	Bewertungscode	Anzahl
Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	U 61	1
Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	U 62	11
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	U 63	1
Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel	A 71	2
Unvollständige oder falsche Dokumentation	D 80	1
Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	D81	1
Gesamtanzahl		17

Im aktuellen Stellungnahmeverfahren wurden insgesamt 17 Stellungnahmen eingeleitet. Drei Rückfragen wurden dabei gestellt und zwei Begehungen sind geplant worden.

Eine Begehung soll aus dem Grund durchgeführt werden, da die Umsetzung der Maßnahmen sich weiterhin problematisch gestaltet. Als großes Problem wird die Personalfuktuation dargestellt. Auch die Schulungen des Stammpersonals sowie der Leasingkräfte sind ein Thema. Die Fachkommission möchte in Erfahrung bringen, wie die Personen geschult werden und was genau die Schulungsinhalte sind und wie die Wirksamkeit der Schulungen gemessen wird.

Die zweite Begehung wird aufgrund von Problemen mit der Umsetzung des Expertenstandards durchgeführt. Die Fachkommission möchte in Erfahrung bringen, wie trotz Ablehnung von Patient*innen die Dekubitusprophylaxe sichergestellt werden kann.

In 9 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde die Einstufung als Einzelfall vorgenommen. In einem Ergebnis wurde die Bewertung U61 als besondere klinische Situation vorgenommen, da es keine Kodier Möglichkeit für den Hautstatus „Tiefe nicht beurteilbar“ gibt. Die Einstufung als qualitativ auffällig mit der Bewertung A71 erfolgte in einem Fall, da die Fachkommission die durchgeführte Risikoeinschätzung als fraglich einstuft. Es fand keine dokumentierte Hautbeobachtung gemäß Expertenstandard statt. Die FK hat diesem LE in seiner Bewertung für das kommende Jahr auf Wiedervorlage gesetzt.

In drei Ergebnissen wurde jeweils eine Rückfrage gestellt und zu den anderen zwei Ergebnissen wird eine Begehung beim LE durchgeführt. Eine Rückfrage bezog sich auf das unterzeichnete Dokument von Seiten der Geschäftsführung, da bei diesem LE eine IT-Problematik vorlag und somit nicht auf alle Daten zurückgegriffen werden konnte. Eine weitere Rückfrage bestätigte den Verdacht eines Dokumentationsfehlers und die dritte Rückfrage bezog sich auf den

Zeitpunkt der Umsetzung der geplanten Maßnahmen. Der LE antwortete, dass Maßnahmen wie Pflichtfortbildungen erst ab dem Jahr 2025 stattfinden werden.

Folgend sind die zwei Begehungen detaillierter dargestellt:

Eine Begehung des ersten LE wurde auf Grund von Fragen der Fachkommission zur Umsetzung und Erläuterung der Maßnahmen durchgeführt, da diese sich problematisch gestalteten. Als großes Problem wurde die Personalfuktuation aus Sicht des Leistungserbringers dargestellt. Auch die Schulungen des Stammpersonals sowie der Leasingkräfte wurden thematisiert. Wenn Dienste nicht besetzt werden können, werden Leasingkräfte eingesetzt. Hierbei wird auf wiederkehrende Mitarbeiter*innen bei der Buchung geachtet. Den vollen Umfang der Dokumentation deckt eine Leasingkraft jedoch nicht ab. Die Fachkommission konnte hier in Erfahrung bringen, wie die Personen geschult werden und was genau die Schulungsinhalte sind und wie die Wirksamkeit der Schulungen gemessen wird.

In der Durchführung der Behandlung empfahl die Fachkommission dem Leistungserbringer, dass diese in der Zeitschiene der stationären Behandlung früher beginnen sollte, um frühzeitigere Maßnahmen für den Transfer und die Positionierungen einleiten zu können.

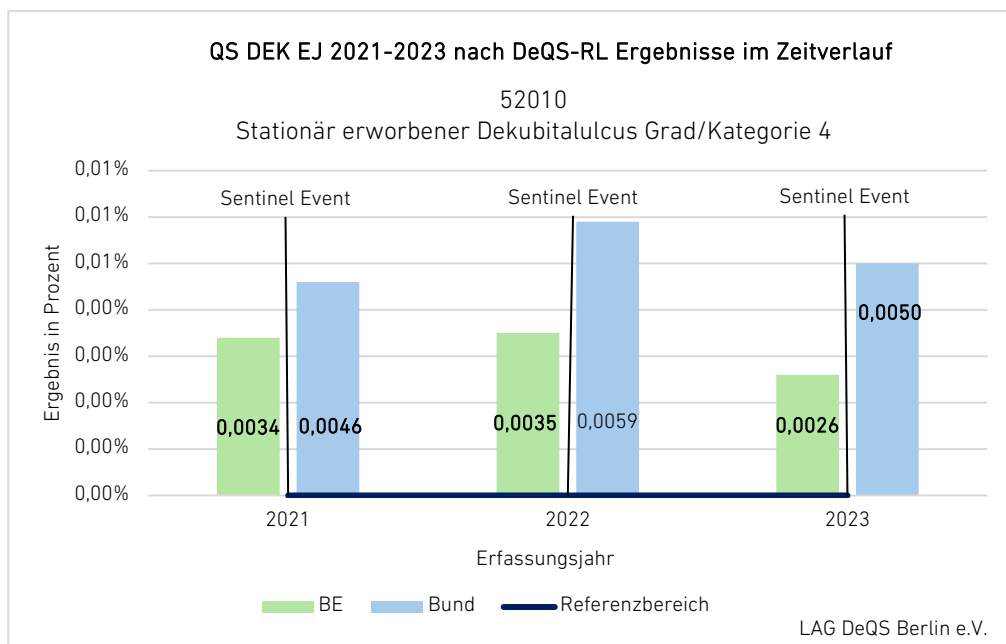
Die Einschätzung des Risikos in der ePA-AC (elektronische Patientenakte) wurde nicht frühzeitig innerhalb der ersten Tage erhoben. Der Leistungserbringer konnte der Fachkommission darstellen, welche Maßnahmen des Weiteren in der Umsetzung zur Verbesserung der Qualität geplant sind. Zum einen soll ein Ampelsystem für das Risiko Assessment eingerichtet werden, um Hinweise zu geben, wenn innerhalb von 8 Stunden (stationärer Bereich) und 7 Tagen (Tagesklinik) keine Evaluation durchgeführt wurde.

Die zweite Begehung wurde aufgrund von Problemen mit der Umsetzung des Expertenstandards durchgeführt. Die Fachkommission konnte in Erfahrung bringen, wie trotz Ablehnung von Patient*innen die Dekubitusprophylaxe sichergestellt werden. Da viele Patient*innen keine Nachversorgung haben, kann es vorkommen, dass sie länger in der Klinik bleiben. Die Patient*innen weisen sehr oft eine Non-Compliance auf, kommen vermehrt von der Straße auf die Station, haben bereits Pflegemaßnahmen im Krankenhaus oder im privaten Bereich abgelehnt. Standards können nicht sofort angewendet werden, weil die Vertrauensarbeit mit Validation im Fokus steht, damit weitere Behandlungsmaßnahmen erfolgen können. Hautinspektionen sind bei Aufnahme durch die Ablehnung des*der Patient*in nicht immer möglich. Weiterhin weisen diese Patient*innen eine Multimorbidität auf und haben somit ein erhöhtes Risiko für die Entstehung eines Dekubitus. Wenn Dienste nicht besetzt werden können, werden Leasingkräfte eingesetzt. Hierbei wird auf wiederkehrende Mitarbeiter*innen bei der Buchung geachtet. Den vollen Umfang der Dokumentation deckt eine Leasingkraft jedoch nicht ab.

Bis zum Oktober 2024 wurde mit dem ePA-AC gearbeitet. Hierbei wurden die psychiatrischen Risikofaktoren nicht abgebildet, weshalb seitdem das ePA-PSYCH entwickelt wurde. Die Daten können vom ePA-AC nicht auf ePA-PSYCH übertragen werden, weshalb aktuell zwei Verfahren parallel laufen. Beide Assessments sind mit der Pflegeplanung verknüpft. Die Stationsleitungen werden gefördert, einen Bachelor in Pflegemanagement oder Bachelor in psychischer Pflege zu absolvieren und die Pflegekräfte werden durch Fachweiterbildungen gefördert, sich fachweiterzubilden. Der Fokus liegt hier auf der Professionalisierung in der Pflege, um Rahmenbedingungen für Prozesse und Strukturen einer qualitativen Pflege zu etablieren. Es wird auf einen Qualifikationsmix der Mitarbeiter*innen auf jedem Bereich geachtet. Es ist eine hohe Motivation zur Minimierung von Risiken bei der Entstehung eines Dekubitus erkennbar. Die Komplexität bei der Behandlung bei psychiatrisch erkrankten Patient*innen sind bei dem Gespräch deutlich geworden. Der LE hat bereits Maßnahmen zur Optimierung der internen Prozesse ergriffen.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Das folgende Diagramm zeigt das Ergebnis des EJ 2023 für Dekubitus Grad 4.



Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Insgesamt wurden 12 Sentinel Events im EJ 2023 mit Dekubitus Grad 4 in Berlin dokumentiert. Mit einem Ergebnis von 0,0035% konnte in diesem Indikator eine bessere Leistung erzielt werden als auf Bundesebene mit 0,0059%.

Quelle: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQIG) (2023k): Dekubitusprophylaxe (QS DEK). Online abrufbar unter: <https://iqig.org/qs-verfahren/qs-dek/>

Quelle: G-BA: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>



4.10

Verfahren Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)

Gegenstand des Verfahrens, Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF) sind Implantationen, Aggregatwechsel sowie Revisionen/Systemwechsel/Explantation von Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren bei Patient*innen ab 18 Jahren.

Im Rahmen des Verfahrens sollen qualitätsrelevante Aspekte der stationär erbrachten Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden. Ziele des Verfahrens sind die Verbesserung der Indikationsstellung, der Systemwahl und der Prozessqualität sowie die Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen (vgl. IQITG 2024j; DeQS-RL).

Die QI im Auswertungsverfahren Herzschrittmacher-Implantation fokussieren u. a. auf die Beachtung von Leitlinienempfehlungen und die Dauer des Eingriffs. Weitere wichtige Merkmale sind die Strahlenbelastung der Patient*innen sowie die Erreichung akzeptabler Werte bei notwendigen intraoperativen Messungen (Bestimmungen des elektrischen Impulses). Darüber hinaus werden Komplikationen im zeitlichen Umfeld des Eingriffs und die risikoadjustierte Sterblichkeitsrate erfasst.

Stellungnahmeverfahren

Im aktuellen Berichtsjahr wurden 33 Ergebnisse im QS Verfahren HSMDEF identifiziert, da sie im EJ 2023 rechnerisch abweichende Werte aufwiesen. Davon hat sich die FK entschieden, bei 20 Auffälligkeiten ein Stellungnahmeverfahren zu empfehlen und durchzuführen.

Übersicht der gelieferten Datensätze

Gelieferte Datensätze 2023	Erwartet	Geliefert	Vollständigkeit
HSMDEF-HSM-IMPL	3.246	3.255	100,28%
HSMDEF-HSM-AGGW	606	607	100,17%
HSMDEF-HSM-REV	387	390	100,78%
HSMDEF-DEFI-IMPL	882	884	100,23%
HSMDEF-DEFI-AGGW	382	387	101,31%
HSMDEF-DEFI-REV	305	305	100,00%

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Bewertungen des Stellungnahmeverfahrens im stationären Bereich:

Bezeichnung	Bewertungscode	Anzahl
Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ auffällig)	A70	1
Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel	A71	3
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	A72	1
Korrekte Dokumentation wird bestätigt- Datenvalidierung	U60	1
Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	U62	12
Sonstiges (qualitativ unauffällig)	U99	15
Gesamtanzahl		33

Im Verfahren QS HSMDEF wurden insgesamt 5.828 Datensätze geliefert und erwartet wurden insgesamt 5.808. Die Erfüllungsquote lag somit über 100%. Im aktuellen Verfahrensjahr lagen 33 auffällige Ergebnisse vor, wovon bei 20 ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde.

Anhand einer STN stellte die FK fest, dass dieser eine Fall nicht in dem Qualitätsindikator aufgeführt werden sollte und in einem anderen weist die FK daraufhin, dass die Einhaltung der Vorgaben vom Dosis-Flächen-Produkt kontrolliert werden sollte.

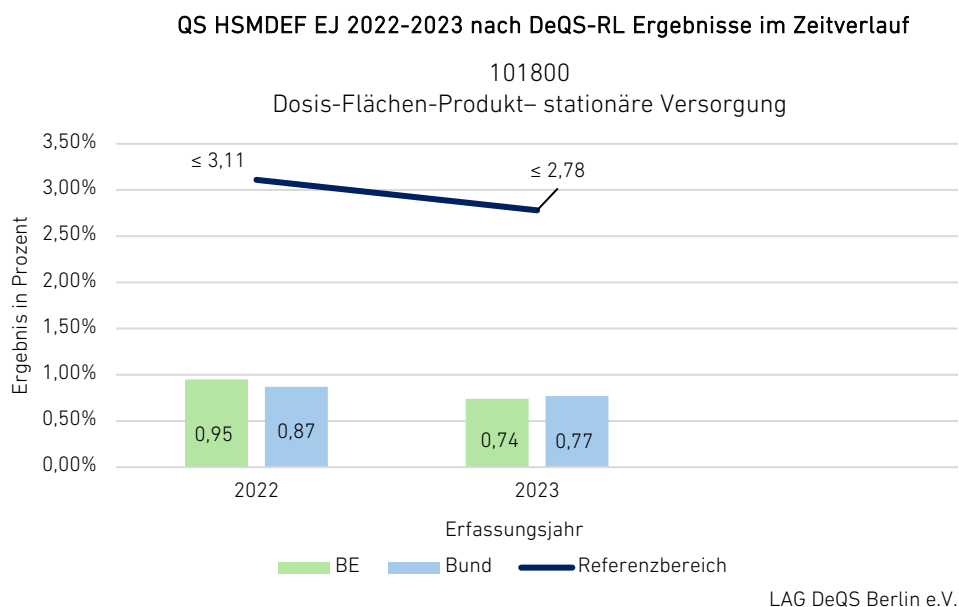
Fünf der eingereichten Stellungnahmen wurden als qualitativ auffällig (A-Bewertungen) eingestuft. Dabei wurden vermehrt Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel in den Einrichtungen festgestellt. Die Einrichtungen haben bereits intern Maßnahmen ergriffen, um nicht erneut auffällig zu werden. Die FK beobachtet die Entwicklung im kommenden STNV weiterhin.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)

Das Dosis-Flächen-Produkt ist eine Messgröße in der Dosimetrie. Es bildet die Grundlage für die Berechnung der Strahlenbelastung während einer Röntgenaufnahme mit einem Röntgengerät. Qualitätsziel ist ein möglichst geringes Dosis-Flächen-Produkt (vgl. IQITG: Endgültige Rechenregeln).

Bei der Betrachtung des Indikatorergebnisses des Dosis-Flächen-Produkts ist das Ergebnis in Berlin (0,74%) im Vergleich zur Bundesauswertung (0,77%) im EJ 2023 besser. Von Berlin als auch von Bundesauswertung liegen die Werte deutlich unterhalb vom Referenzbereich (2,78%).

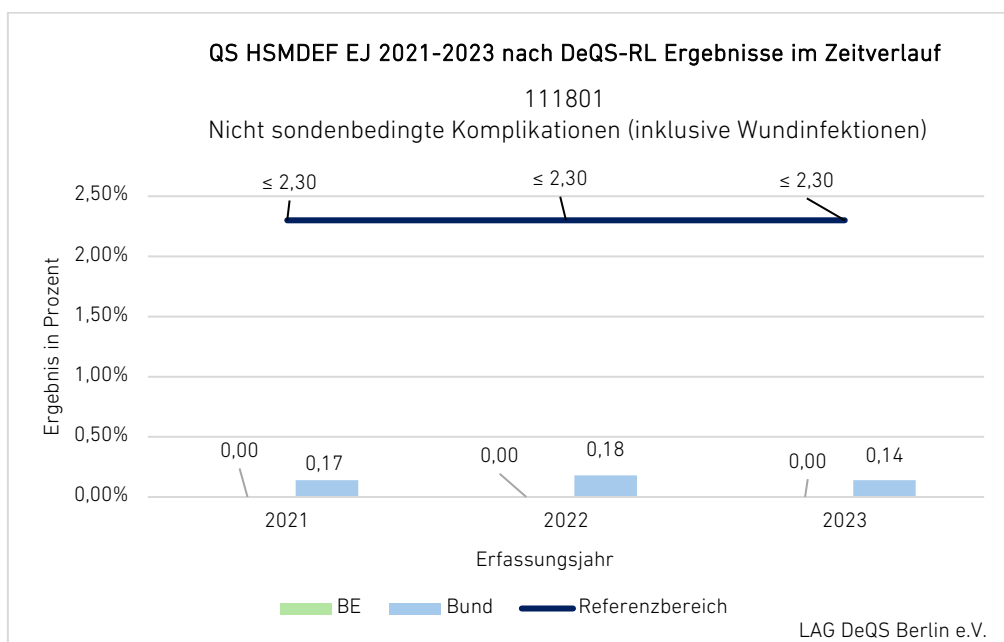


Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqitg.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (HSMDEF-HSM-AGGW)

Im Rahmen eines Schrittmacheraggregatwechsel wird die Schrittmachertasche eröffnet, das Schrittmacheraggregat herausgenommen, von den Sonden dekonnektiert und durch ein neues Aggregat ersetzt. Bei schrittmacherabhängigen Patient*innen sind besondere Maßnahmen erforderlich, um eine kontinuierliche Schrittmacherfunktion zu gewährleisten. Das Qualitätsziel dieses Indikators sind möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts (vgl. IQITG: Endgültige Rechenregeln).

Berlin weist im EJ 2023 sowie in den zwei Vorjahren (2022 und 2021) keine Auffälligkeiten auf. Auf Bundesebene lag der Wert, wie in den letzten zwei Vorjahren (2022 und 2021) unter 0,20 Prozent und war somit im Referenzbereich (2,30%).

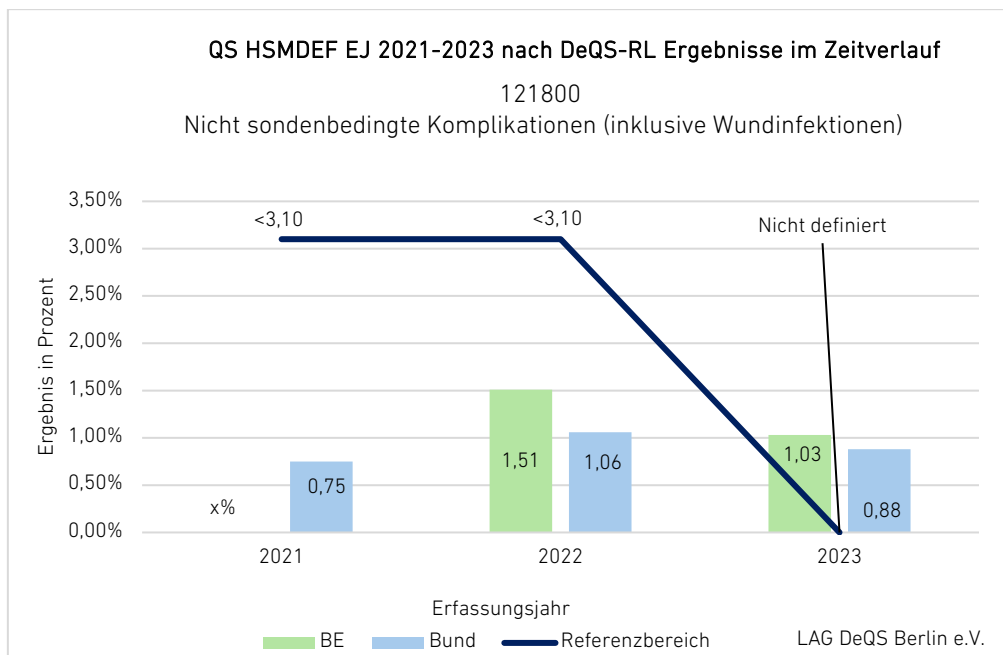


Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqitg.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSMDEF-HSM-REV)

Das Qualitätsziel bei diesem Ergebnisindikator besteht in der Vermeidung peri- bzw. postoperativer Komplikationen während des stationären Aufenthalts. Zu den postoperativen Komplikationen zählen insbesondere Infektionen und Fehlfunktionen von Elektroden oder Aggregat. Grundsätzlich sind bei Revisionen höhere Komplikationsraten zu erwarten als bei Ersteingriffen (vgl. IQITG: Endgültige Rechenregeln).

Im EJ 2023 wurde seitens des Normgebers kein Referenzbereich festgelegt. Berlin hat ein Ergebnis von 1,03 Prozent und auf der Bundesebene liegt der Wert bei 0,88 Prozent.

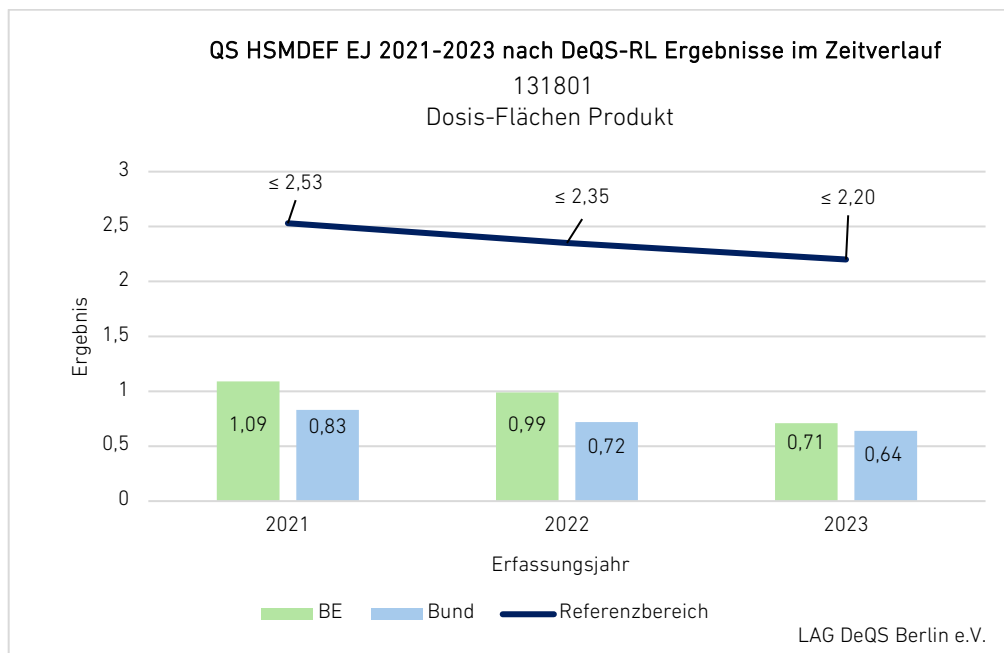


Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (HSMDEF-DEFI-IMPL)

Das Dosis-Flächen-Produkt ist eine Messgröße in der Dosimetrie. Es bildet die Grundlage für die Berechnung der Strahlenbelastung während einer Röntgenaufnahme mit einem Röntgengerät. Qualitätsziel ist ein möglichst geringes Dosis-Flächen-Produkt. Betrachtet man das Indikatorergebnis des Dosis-Flächen-Produkts, so ist das Ergebnis in Berlin im Vergleich zur Bundesauswertung besser (vgl. IQITG: Endgültige Rechenregeln).

Wie im Diagramm dargestellt lagen in Berlin (0,71) und auf Bundesebene (0,64) im EJ 2023 sehr geringe Auffälligkeiten vor. Der Referenzwert lag bei 2,20. Verglichen mit den zwei Vorjahren (2022 und 2021) war das Ergebnis von Berlin und der Bundesebene immer im Referenzbereich und gleichbleibend niedrig.

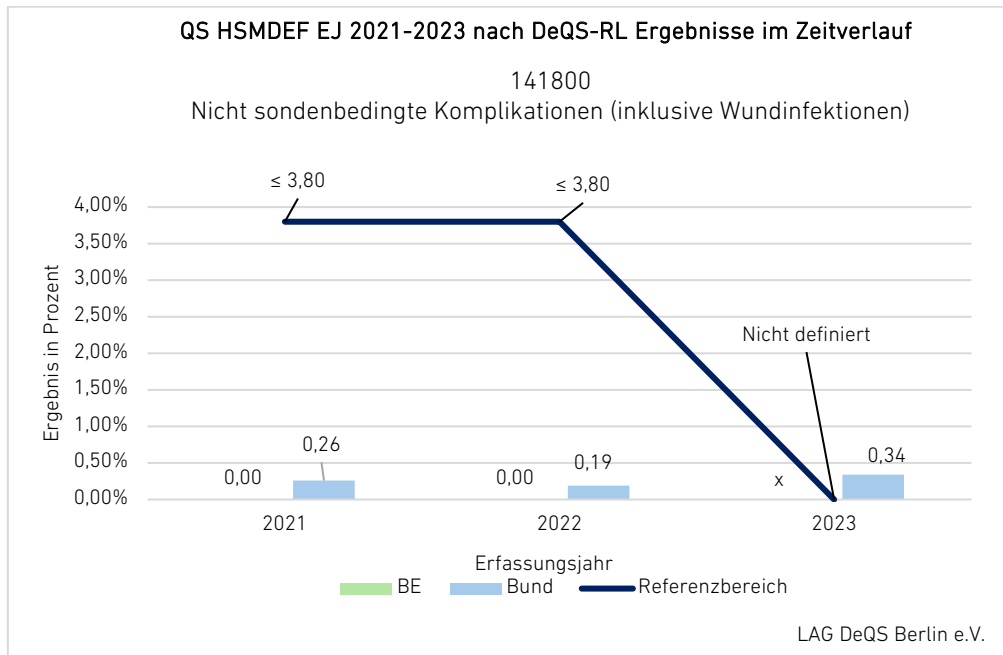


Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (HSMDEF-DEFI-AGGW)

Das Qualitätsziel bei diesem Ergebnisindikator besteht in der Vermeidung peri- bzw. postoperativer Komplikationen während des stationären Aufenthalts (vgl. IQITG: Endgültige Rechenregeln).

Wie das Diagramm zeigt, gibt es in Berlin im EJ 2023 keine rechnerischen Abweichungen und somit auch keine statistischen Auffälligkeiten. Auf der Ebene des Bundes liegt der Wert sehr gering, 0,34 Prozent. Ein Referenzbereich wurde in diesem EJ seitens des Normgebers nicht bestimmt.

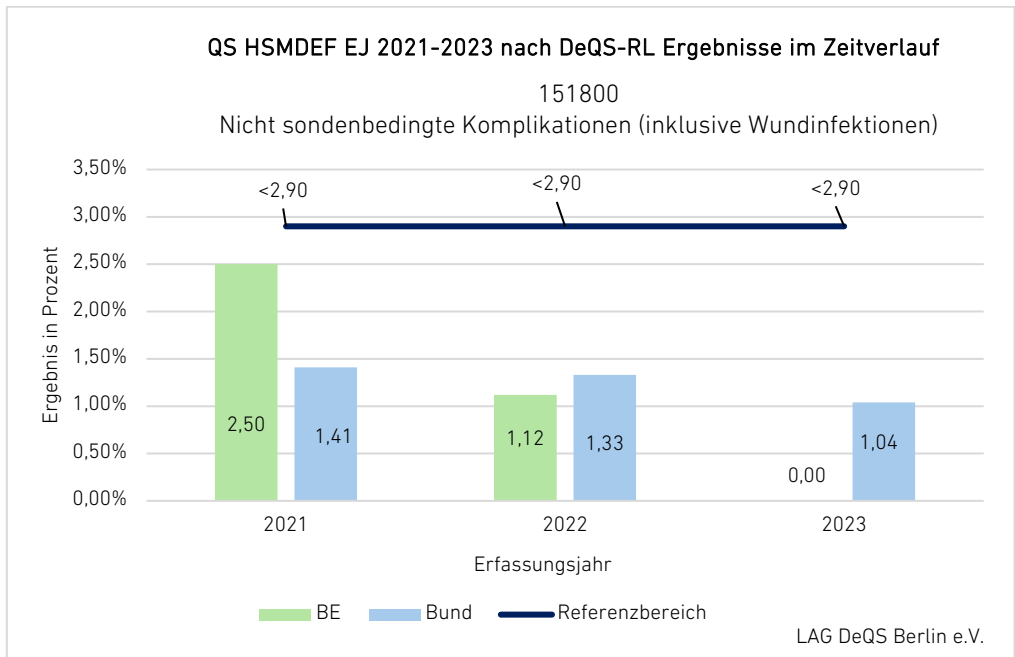


Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (HSMDEF-DEFI-REV)

Bei Revisionseingriffen wird davon ausgegangen, dass die Komplikationsraten höher sind als bei Erstoperationen. Daher besteht das Qualitätsziel darin, dass möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts auftreten (vgl. IQITG: Endgültige Rechenregeln).

Das Ergebnis für das EJ 2023 für die Bundesebene (1,04%) befindet sich deutlich unter den Referenzbereich (2,90%). Berlin hat in diesem Indikator für das EJ 2023 keine rechnerischen Auffälligkeiten.



Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht [https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/nach-DeQS-RL-\(iqtig.org\)](https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/nach-DeQS-RL-(iqtig.org))

Quelle: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQIG) (2023): Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF). Online abrufbar unter: <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-hsmdef/>

Quelle: G-BA: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>



4.11

Verfahren Perinatalmedizin (QS PM)

Gegenstand des Verfahrens Perinatalmedizin (QS PM) ist die geburtshilfliche Versorgung von Mutter und Kind (Geburtshilfe) sowie die Früh- und Neugeborenen Versorgung (Neonatologie). Im Rahmen des Verfahrens sollen qualitätsrelevante Aspekte stationär erbrachter Behandlungen und Geburten sowie der neonatologischen Versorgung im Krankenhaus gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden. Ziele des Verfahrens sind die Verbesserung der Prozessqualität, die Vermeidung geburtshilflicher Komplikationen und schwerwiegender Erkrankungen bei Früh- und Neugeborenen sowie die Verringerung der Sterblichkeit (vgl. IQTIG 2024k; DeQS-RL).

Zur Beurteilung der Behandlungsqualität der LE werden sieben QI, ein Sentinel Event, sechs Kennzahlen und vier Auffälligkeitskriterien in dem Verfahren QS PM herangezogen.

Stellungnahmeverfahren

Im EJ 2023 hatten in Berlin 30 Standorte in dem Verfahren QS PM eine rechnerische Auffälligkeit. Es wurden insgesamt 29 Stellungnahmeverfahren eingeleitet, die in zwei FK-Sitzungen gesichtet und mit entsprechenden Bewertungsempfehlungen versehen wurden.

Übersicht der gelieferten Datensätze

Gelieferte Datensätze 2023	Erwartet	Geliefert	Vollständigkeit
PM-NEO	4.237	4.247	100,24%
PM-GEBH	35.101	35.096	99,99%

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Bewertungen des Stellungnahmeverfahrens im stationären Bereich:

Bezeichnung	Bewertungscode	Anzahl
Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	U 62	10
Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ auffällig)	A 70	1
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	A72	1
Unvollständige oder falsche Dokumentation (Sonstiges)	D 80	4
Korrekte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ unauffällig)	U 60	9
Besondere klinische Situation	U61	3
Sonstiges (qualitativ unauffällig)	U 99	11
Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	U63	1
Gesamtanzahl		40

Von 40 auffälligen Ergebnissen wurde in 11 Fällen kein Stellungnahmeverfahren empfohlen. Die Gründe hierfür waren für die Fachkommission z. B., dass die Sinnhaftigkeit der Indikatoren (Zunahme des Kopfumfangs, Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme) bereits an das IQTIG zurückgemeldet wurde oder dass bei einem anderen Indikator die Zeitintervalle als Einschlusskriterium zu eng gewählt wurden.

Es wurde ein kollegialer Dialog zum AK 851813 *Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert* durchgeführt.

Im Dialog wurde konnte die Klinik darstellen, wie es zu den Fehldokumentationen gekommen ist. Fälschlicherweise wurde im QS-Bogen das Kreuz bei diesen Erkrankungen gesetzt und in der Endfreigabe der QS-Bögen ist es nicht aufgefallen. Die Klinik hat als Maßnahmenplanungen Mitarbeiterschulungen bereits durchgeführt und verstärkt auf die Ausfüllhinweise der QS-Bögen verwiesen. Es wird überlegt, einen Warnhinweis durch die IT beim fehlerhaften Ausfüllen des QS Bogens einzuführen. Das Haus hat im kollegialen Dialog Maßnahmen aufgezeigt, welche bereits implementiert wurden, damit diese Auffälligkeit im nächsten Jahr nicht mehr auftritt.

Die Fachkommission bewertet dieses Ergebnis als qualitativ unauffällig (U60) und wird die Entwicklung im nächsten Jahr beobachten.

Weitere vier Rückfragen zu eingereichten Stellungnahmen wurden noch im Nachgang des kollegialen Dialogs mit der Fachkommission besprochen. Drei der Rückfragen

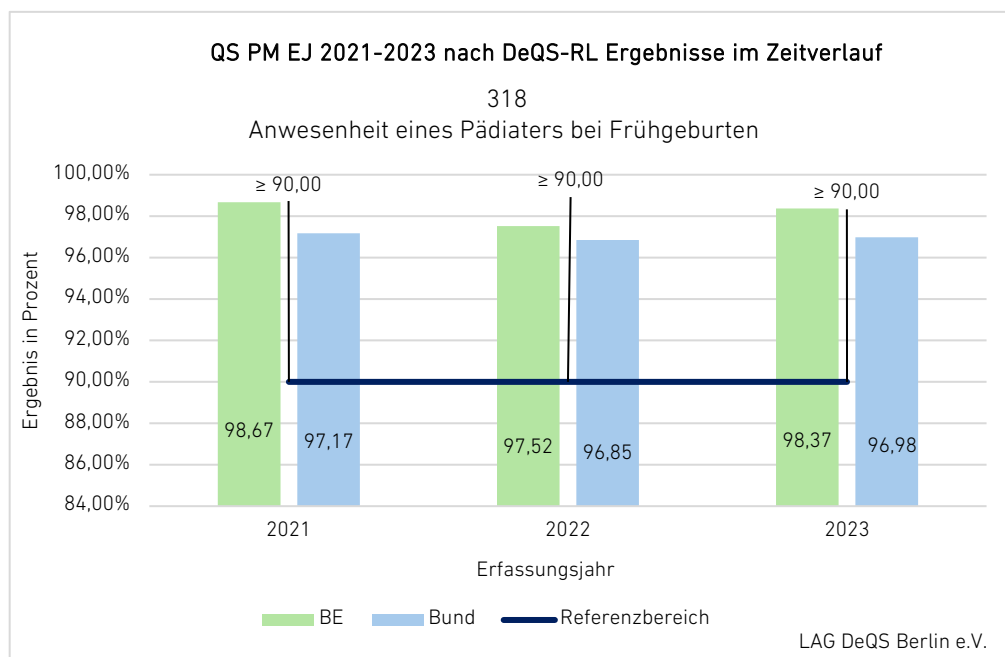
wurden als Einzelfälle eingestuft. Das vierte auffällige Ergebnis wurde auf Grund der Darstellung als besondere klinische Situation bewertet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Anwesenheit eines Pädiaters bei Geburt von lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen

Qualitätsziel des Indikators 318 ist die oben beschriebene Häufigkeit des Vorkommens. Hintergrund dieses Indikators ist, dass Frühgeborene Kinder durch spezialisierte Ärzt*innen versorgt werden sollen. Dabei soll ein Pädiater*in bei der Geburt dieser Kinder anwesend sein und das Kind direkt nach der Entbindung versorgen (vgl. IQITG: Endgültige Rechenregeln).

Im EJ 2023 betrug der Referenzbereich > 90%. Das Ergebnis von Berlin lag mit 98,37% somit in diesem Bereich. Auf der Ebene des Bundes liegt der Wert (96,98%) ebenfalls im Referenzbereich.



Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqitg.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

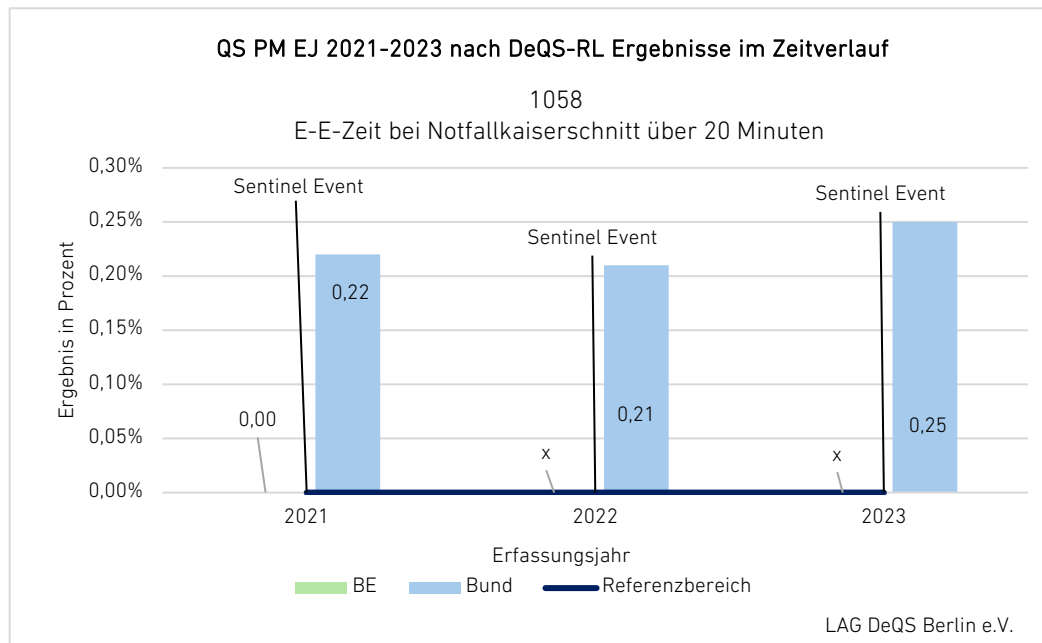
E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten

Ziel des Indikators 1058 *E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten* ist die „Seltene Entschluss-Entwicklungs-Zeit (E-E-Zeit) von mehr als 20 Minuten bei Notfallkaiserschnitt“.

Hintergrund des Indikators ist, dass der Notfallkaiserschnitt eine Schnittentbindung ist, die im

Rahmen einer mütterlichen oder kindlichen Notlage vorgenommen wird. Es wird angestrebt, diese Notlage nach möglichst kurzer Zeit zu beenden, da mit längerem Andauern die Gefahr für bleibende Schäden des Kindes steigt (vgl. IQITG: Endgültige Rechenregeln).

In Berlin gab es keine Auffälligkeiten in Bezug auf den Indikator. Der Referenzbereich dieses Indikators wird als „Sentinel-Event“ definiert, da das Expertengremium auf Bundesebene eine Analyse jedes einzelnen kritischen Indikatorereignisses „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt größer als 20 Minuten“ für notwendig erachtet.

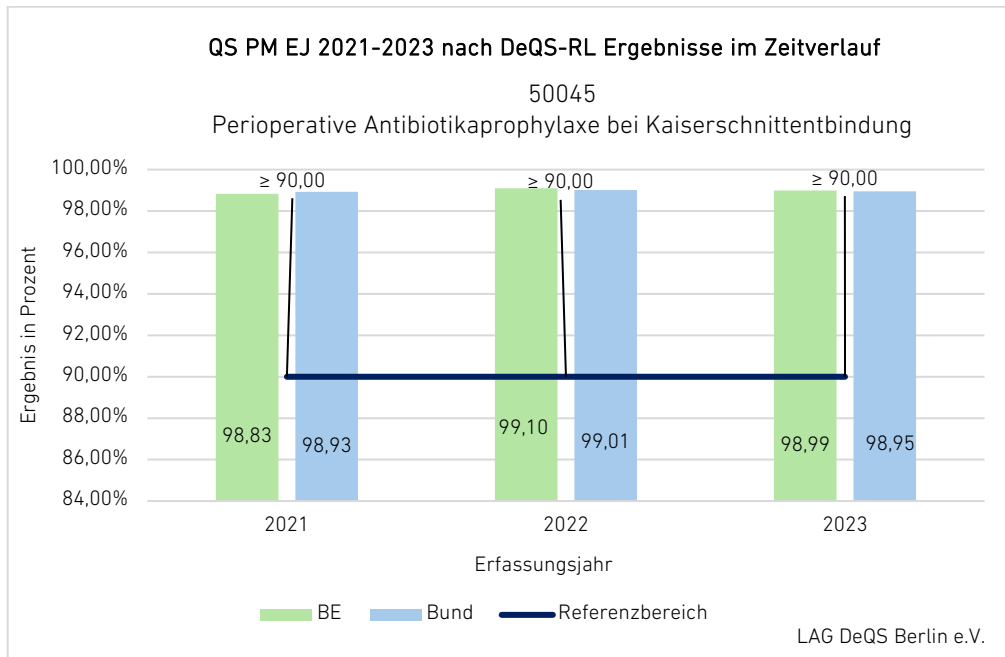


Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung

Das Qualitätsziel des Indikators 50045 *Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung* besteht darin, eine möglichst hohe Rate an perioperativen Antibiotikaphylaxen bei Kaiserschnittentbindungen zu erreichen. Hintergrund des Indikators ist, dass die Entbindung per Kaiserschnitt (Sectio caesarea) der wichtigste Risikofaktor für postpartale mütterliche Infektionen darstellt. Frauen mit Sectio haben hier ein fünf- bis zwanzigfach erhöhtes Risiko im Vergleich zu Frauen mit vaginaler Entbindung, insbesondere nach längerer Wehentätigkeit oder länger zurückliegendem Blasensprung (vgl. IQITG: Endgültige Rechenregeln).

In Berlin gab es keine Auffälligkeiten in Bezug auf diesen Indikator. Auf der Ebene des Bundes liegt der Wert ebenfalls im Referenzbereich.

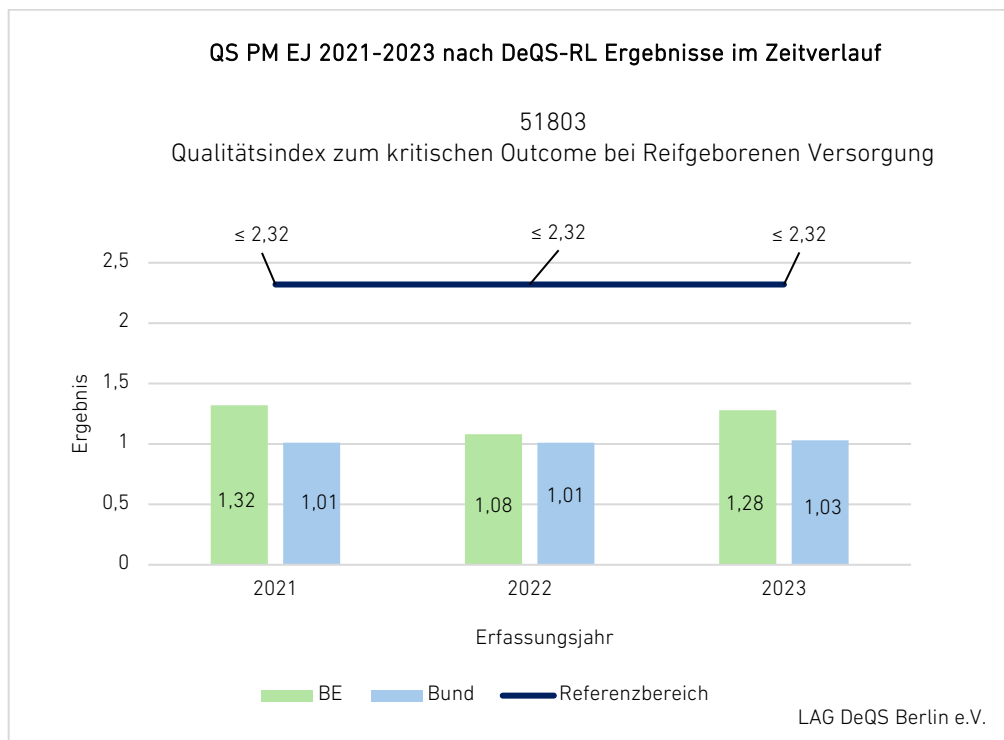


Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

Qualitätsziel des Indikators 51803 *Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen* sind „Selten verstorbene Kinder, 5-Minuten-Apgar unter 5, pH-Wert unter 7 und Base Excess < -16 bei Reifgeborenen“. Hintergrund des Indikators ist, dass, um den postnatalen Zustand eines Kindes einschätzen zu können, die zum Zeitpunkt der Geburt zu erhebende wesentliche Messwerte wie der Apgar-Index, der pH-Wert und der Base Excess in einem Ergebnisparameter kombiniert werden (vgl. IQITG: Endgültige Rechenregeln).

Im EJ 2023 betrug der Referenzbereich < 2,32. Das Ergebnis von Berlin mit 1,28 lag somit in diesem Bereich. Auf der Ebene des Bundes liegt der Wert ebenfalls im Referenzbereich.

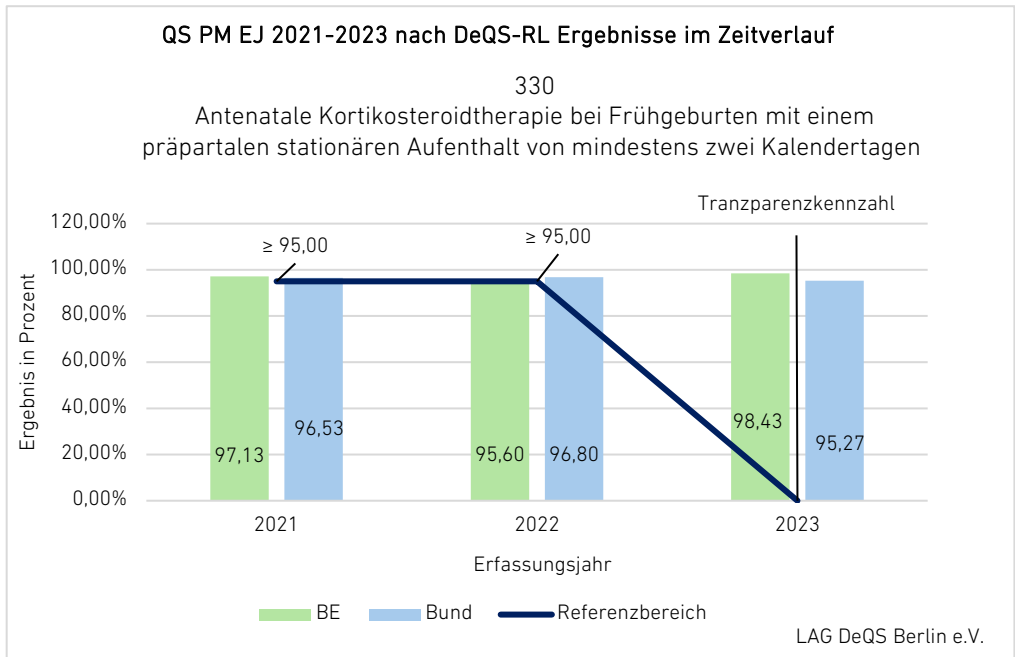


Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Antenatale Kortikosteroid Therapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen

Qualitätsziel des Indikators 330 *Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen* sind häufig begonnene antenatale Kortikosteroidtherapien (Lungenreifeinduktion) bei Geburten mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen. Hintergrund des Indikators ist, dass die antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeborenen signifikant die Sterblichkeit und Morbidität reduziert (vgl. IQITG: Endgültige Rechenregeln).

Im Diagramm ist die Entwicklung des Indikators in den letzten drei Jahren dargestellt. Im Zeitraum von 2021 bis 2022 lag der Referenzbereich $\geq 95,00\%$. Für das Jahr 2023 wurde jedoch eine Transparenzkennzahl festgelegt. Die von normalen Kennzahlen zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Kennzahlen eignen sich nicht für Qualitätsvergleiche, da sie keine Referenzbereiche enthalten.



Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Quelle: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQITG) (2023m): Perinatalmedizin (QS PM). Online abrufbar unter: <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-pm/>

Quelle: G-BA: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>



4.12 Verfahren Hüftgelenkversorgung (QS HGV)

Das Verfahren Hüftgelenkversorgung (QS HGV) fasst die bisherigen Module „Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung“ (17/1) und „Hüftendoprothesenversorgung“ (HEP) zusammen.

Gegenstand des Verfahrens sind Erstimplantationen von Hüftendoprothesen, Hüftendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel sowie ausschließlich osteosynthetisch versorgte isolierte Schenkelhals-Frakturen und petrochantäre Femurfrakturen ohne schwerwiegende Begleitverletzungen bei Patient*innen ab 18 Jahren. Im Rahmen des Verfahrens sollen qualitätsrelevante Aspekte stationär erbrachter Eingriffe an den Hüftgelenken (insbesondere zu Indikation und Komplikationen) gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden. Ziele des Verfahrens sind die Verbesserung der Indikationsstellung und der Prozess- und der Ergebnisqualität, sowie die Verringerung von Komplikationsraten (vgl. IQITG 2024l; DeQS-RL).

Stellungnahmeverfahren

Im VJ 2024 wiesen in Berlin 35 Fälle in dem Verfahren QS HGV eine rechnerische Auffälligkeit auf. Die FK hat sich in der ersten Sitzung entschieden, in insgesamt acht Fällen das Stellungnahmeverfahren einzuleiten. In zwei weiteren Sitzungen der FK QS HGV wurden die Stellungnahmen der LE gesichtet und Bewertungsempfehlungen besprochen.

Übersicht der gelieferten Datensätze

Gelieferte Datensätze 2023	Erwartet	Geliefert	Vollständigkeit
HGV-HEP	10.765	10.762	99,97%
HGV-QSFRAK	2.581	2.581	100,00%

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Bewertungen des Stellungnahmeverfahrens im stationären Bereich:

Bezeichnung	Bewertungscode	Anzahl
Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	U 62	5
Sonstiges (im Kommentar erläutert)	A 99	1
Unvollständige oder falsche Dokumentation (Sonstiges)	D 80	1
Korrekte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ unauffällig)	U 60	1
Sonstiges (im Kommentar erläutert)	U99	27
Gesamtanzahl		35

Im Verfahrensjahr 2024 wurden in Berlin drei Sitzungen der Fachkommission durchgeführt.

Das Aufspalten des Fachgebiets Orthopädie und Unfallchirurgie in zwei voneinander getrennte Verfahren mit zwei voneinander unabhängigen Fachkommissionen (Hüftgelenkversorgung und Knieendoprothetik) verwundert die Fachkommission sehr. Die Sinnhaftigkeit ist nicht nachvollziehbar. Gemäß den Erfahrungen aus den Vorjahren sind bei einzelnen Leistungserbringern häufig Qualitätsmängel/Probleme in beiden Verfahren festzustellen. Eine Gesamtbetrachtung eines Leistungserbringers ist durch die jetzt einzeln voneinander unabhängigen Fachkommissionen nicht mehr möglich.

Durch die Verkleinerung der Fachkommission zeigen sich zudem Probleme bei der Terminfindung für die Sitzungen, da die Fachkommission nur bei einer Mindestanzahl von Fachkommissionsmitgliedern tagen können. Dadurch kam es bereits kurzfristig zu Absagen von geplanten Sitzungen.

Die Fachkommission empfiehlt eine Rückkehr zu der bisherigen Praxis, die Verfahren HVG und KEP durch eine Fachkommission bewerten zu lassen.

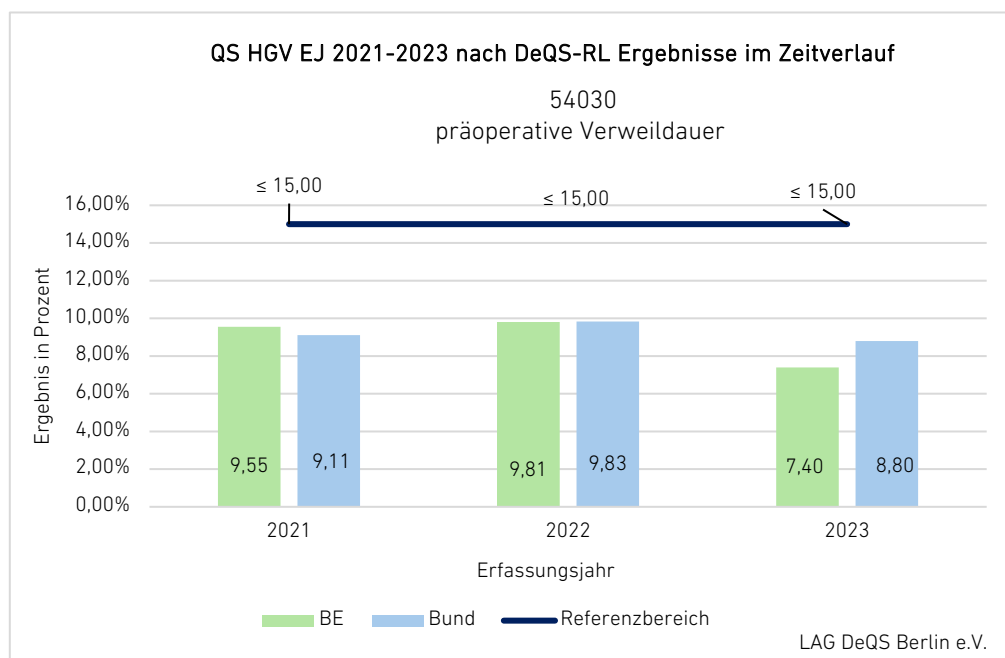
Drei Zielvereinbarungen wurden unterjährig beendet. Diese Entscheidung hat die Fachkommission aufgrund der positiven Entwicklung der Ergebnisse getroffen.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Präoperative Verweildauer

Die Vorteile einer frühzeitigen Operation sind für die Patient*innen von unmittelbarer Bedeutung. Hüftgelenksnahe Femurfrakturen können mit erheblichen Schmerzen einhergehen. Das Qualitätsziel des Indikators ist eine kurze präoperative Verweildauer. Die Folgen einer verzögerten Operation sind für die Lebensqualität der Patient*innen auch über den stationären Aufenthalt hinaus von hoher Bedeutung (vgl. IQITG: Endgültige Rechenregeln).

Wie im Diagramm dargestellt, lag in Berlin im EJ 2023 keine Auffälligkeit vor.

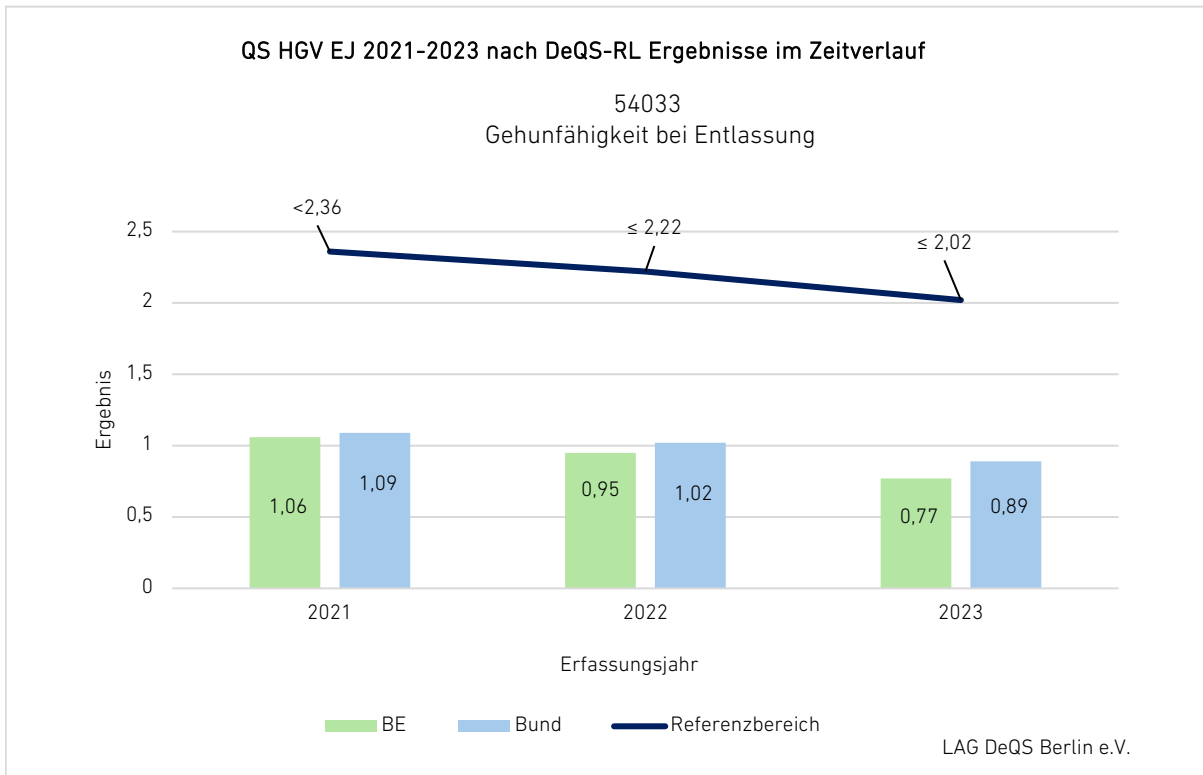


Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqitg.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Gehunfähigkeit bei Entlassung

Proximale Femurfrakturen stellen für ältere Menschen ein einschneidendes Ereignis dar, das mit der Gefahr des Verlustes oder erhebliche Einschränkung der Gehfähigkeit und Mobilität. Darüber hinaus korrelieren die Mobilität und die Gehfähigkeit nach der Operation mit der postoperativen Letalität. Das Qualitätsziel besteht in einer seltenen Einschränkung des Gehens, wenn der Patient entlassen wird (vgl. IQITG: Endgültige Rechenregeln).

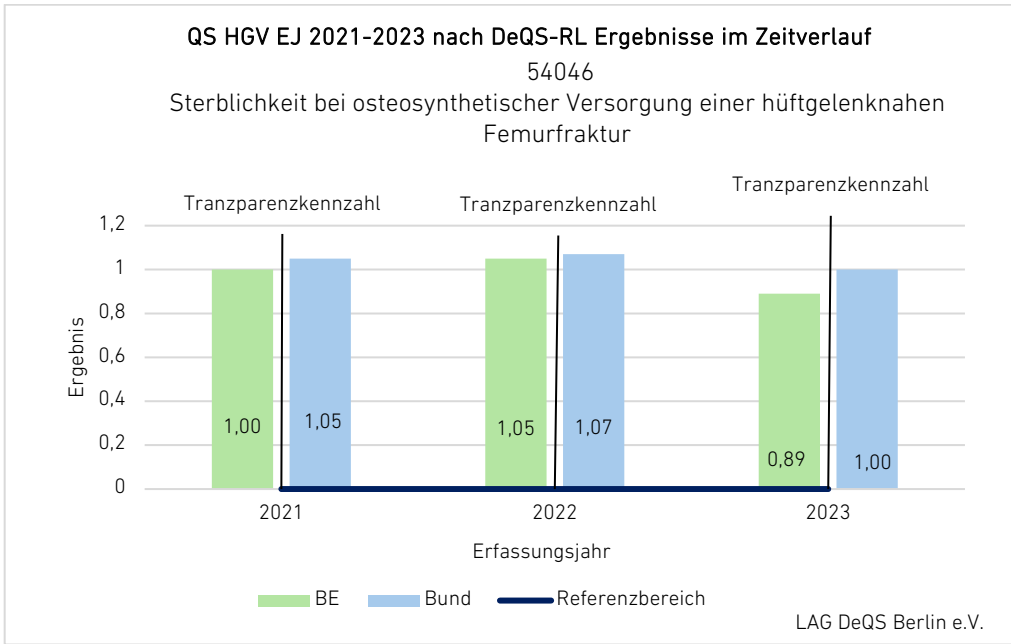
Der Referenzbereich lag im EJ 2023 bei $\leq 2,02$. Berlin wies somit ein Ergebnis von 0,77 innerhalb des Referenzbereichs auf.



Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqitg.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Die proximale Femurfraktur ist eine vorwiegend im höheren Lebensalter auftretende Verletzung, die im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne dieses Trauma mit einer erhöhten Letalität assoziiert ist. Qualitätsziel ist eine möglichst geringe Anzahl von Todesfällen im Krankenhaus. Bei diesem Indikator handelt es sich um eine Transparenzkennzahl, welche alle zwei Jahre ausgewertet wird (vgl. IQITG: Endgültige Rechenregeln).



Quelle: Landesauswertung Berlin, Bundesqualitätsbericht <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

Quelle: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQIG) (2023n): Hüftgelenkversorgung (QS HGV). Online abrufbar unter: <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-hgv/>

Quelle: G-BA: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>



4.13

Verfahren Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

In das QS-Verfahren, Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) werden mehrere medizinische Leistungen aufgenommen. Betroffen sind Patient*innen mit Erstimplantation einer Knieendoprothese oder einer Schlittenprothese sowie Patient*innen, die einen Wechsel oder Komponentenwechsel ihrer Knieendoprothese erhalten.

Durch die Implantation eines künstlichen Kniegelenks oder einen Wechseleingriff sollen Schmerzen reduziert, die Beweglichkeit des betroffenen Knies verbessert und dadurch die Lebensqualität gesteigert werden. Zur Bewertung der Qualität sind daher die Gehfähigkeit und die Beweglichkeit der Patienten wichtige Messgrößen.

Im Gegensatz zu Patient*innen mit degenerativen Indikationen werden Patient*innen mit sehr spezifischen Charakteristika, wie onkologischen Erkrankungen oder kindlichen Fehlanlagen aus dem Verfahren ausgeschlossen (vgl. IQITG 2024m; DeQS-RL).

Stellungnahmeverfahren

In Berlin gab es im aktuellen Auswertungsjahr keine rechnerisch auffälligen Ergebnisse im QS Verfahren KEP. Die FK wurde dazu in Kenntnis gesetzt und dementsprechend informiert.

5 Maßnahmenstufe 1 und 2 gemäß § 17 der DeQS-RL Teil 1

In Maßnahmenstufe 1 handelt es sich um unverzüglich, umzusetzende Maßnahmen, zur Ermittlung möglicher Gründe rechnerischer Qualitätsdefizite und deren Beseitigung sowie zur Förderung, Sicherung und Verbesserung der Qualität medizinischer Leistungen und der Patientensicherheit.

Maßnahmenstufe 2 umfasst eine ggf. erforderliche Korrektur der Vereinbarung zur Erreichung der Ziele der Maßnahmenstufe 1 sowie die Information der für Vergütungsabschläge oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit der jeweiligen Leistung zuständigen Stellen.

Maßnahmenstufen

Auf der Grundlage der Bewertung der Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens wird über die Notwendigkeit der Einleitung geeigneter Maßnahmen entschieden.

In Maßnahmenstufe 1 § 17 Absatz 3 der DeQS-RL Teil 1 sind elementare und sofort umsetzbare Maßnahmen enthalten. Diese Maßnahmen können beispielsweise die Vereinbarung regelmäßiger Überprüfungen von Geräten, gesonderter Kontrollen der Hygienevorschriften durch den Leistungserbringer oder Schulungen des Personals umfassen. Ziel dieser Maßnahmen ist es, erkannte Risiken direkt und unmittelbar zu minimieren.

Maßnahmenstufe 1 - § 17 (3) DeQS-RL Teil 1
Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien
Teilnahme am Qualitätszirkel
Implementierung von Behandlungspfaden
Durchführung von Audits
Durchführung von Peer Reviews
Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien

*Nur die Zielvereinbarung im Verfahren Gyn-OP führt Maßnahmen der Stufe 1 gemäß DeQS-Richtlinie in der Vereinbarung auf, wie bspw. die Durchführung von Mitarbeiter*innenschulungen sowie die Entwicklung von Verfahrensanweisungen.*

Maßnahmenstufe 2 gemäß § 17 Absatz 4 der DeQS-RL Teil 1 bezieht sich auf gezielte Maßnahmen, die ergriffen werden, wenn sich in Maßnahmenstufe 1 keine ausreichende Verbesserung der Qualität erreichen lässt.

Maßnahmenstufe 2 - § 17 (4) DeQS-RL Teil 1
Korrektur der Vereinbarung
Information der für Vergütungsabschläge oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit der jeweiligen Leistung zuständigen Stellen mit entsprechenden Empfehlungen
→ u.a. bei mangelnder/fehlender Kooperation oder schwerwiegenden einzelnen Missständen

6 Richtlinie Früh- und Reifgeborener (QFR-RL)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 15.12.2016 beschlossen, die Richtlinie des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene – QFR-RL) zu ändern. Bei der Nichteinhaltung bestimmter Personalvorgaben mussten dafür die Gründe dem G-BA gemeldet werden, um zunächst bis zum 31.12.2019 von diesen Anforderungen abweichen zu dürfen. Voraussetzung dafür war die Teilnahme an einem klärenden Dialog (Anlage 2 I bzw. II 2.2 Abs. 13 und 14 - QFR-RL). Zur fachlichen Unterstützung bei der Durchführung des klärenden Dialogs hat das seinerzeit zuständige Lenkungsgremium gemäß der QSKH-RL der LAG eine Fachgruppe eingerichtet, an der Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, der Landeskrankengesellschaft, der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie weitere Fachexperten von der Ärztekammer Berlin zu beteiligen sind. Gemäß § 8 Abs. 6 Satz 8 der QFR-RL stellt das Lenkungsgremium, sofern ein Perinatalzentrum die Zielvereinbarung und die pflegerischen Anforderungen der Richtlinie erfüllt hat, den Abschluss des klärenden Dialogs mit dieser Einrichtung fest und informiert den G-BA hierüber. Mit Beschluss vom 19.10.2023 wurde die individuelle Zeitfrist der Perinatalzentren zur Erfüllung der Zielvereinbarungen auf den 31.12.2024 verlängert. Im Jahr 2025 wurden der Änderungen der QFR-RL beschlossen, die am 01.01.2025 in Kraft getreten sind. Die Neuerungen umfassen u.a. die Änderung der Laufzeit der klärenden Dialoge, wonach die Perinatalzentren gemäß dem neuen §7 QFR-RL bis zum 31.12.2026 von den Anforderungen in der Richtlinie abweichen dürfen. Im Jahr 2025 müssen die Vorgaben gemäß Anlage 1 Nr. I.2.2. Abs. 5,6 und 7 sowie Nr. II.2.2. Abs. 5,6 und 7 in 90% Quote erfüllt sein. Im Jahr 2026 dann in 95% und im Jahr 2027 in 100%. Die Regelungen zum Vergütungswegfall finden im Jahr 2025 und 2026 keine Anwendung.

Die aktuellen Zielvereinbarungen mit den folgenden vier Perinatalzentren: Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau, St. Joseph Krankenhaus, Charité Campus Mitte und Charité Campus Virchow endeten zum 31.12.2024. Die LAG hat sich jedoch darauf verständigt, die klärenden Dialoge bis zu einer Entscheidung des Lenkungsgremiums über die Beendigung oder Fortführung der Klärenden Dialoge fortzusetzen. Die Perinatalzentren waren gemäß den Zielvereinbarungen dazu aufgefordert, zum 31.01.2025 einen Bericht zu den in den Vereinbarungen beschriebenen Maßnahmen und zum Zielerreichungsgrad sowie die schichtbezogene Dokumentation entsprechend Anlage 5 der QFR-RL für das Kalenderjahr 2024 zu übermitteln. Ebenso hat die Fachgruppe in diesem Zusammenhang die Perinatalzentren um eine Einschätzung Ihrerseits gebeten, ob die Vorgaben auch unter den Rahmenbedingungen der zum 01.01.2025 geänderten Richtlinie erfüllt werden können.

Zum 15.04. eines jeden Jahres ist gemäß § 7 Abs. 11 QFR-RL ein Bericht zum Umsetzungsstand der Klärenden Dialoge anhand eines Servicedokumentes der Anlage 6 QFR-RL des G-BA zu erstellen. Dieser wurde fristgerecht zum 15.04.2024 an den G-BA versendet.

7 Datenvalidierung im Verfahrensjahr 2024

Die Datenvalidierung gemäß § 16 DeQS-RL wurde im VJ 2024 nicht durchgeführt, da der G-BA dazu noch keine weiteren Bestimmungen nach § 16 Abs. 9 DeQS-RL festgelegt hat.

8 Plan. QI-RL

Gemäß G-BA Beschluss vom 18. April 2024 ist die Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren wie folgt geändert worden: Laut § 18 Abs. 5 findet das Verfahren gemäß §§ 7, 9, 10, 11, 13 und 17 der Richtlinie in dem Zeitraum vom 18. April 2024 bis zum 31. Dezember 2025 keine Anwendung. Demnach entfällt auch die Datenvalidierung im plan. QI-Verfahren.

Mit Beschluss vom 16. Januar 2025 setzte der G-BA die Richtlinie und die Liste der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren mit Wirkung vom 12. Dezember 2024 außer Kraft. Das Außerkraftsetzen der Richtlinie erfolgte, da ihre gesetzliche Grundlage, § 136c Absatz 1 und Absatz 2 SGB V, mit Inkrafttreten des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) am 12. Dezember 2024 aufgehoben wurde.

9 Datenannahmestelle

Zu den Aufgaben der Datenannahmestelle gehören die Annahme der QS-Daten von den LE, die Plausibilitätsprüfung und die Weiterleitung der Daten an die Bundesauswertungsstelle. Die Bundesauswertungsstelle ist die Institution, die alle verfügbaren Daten (QS-Daten, administrative Daten und Daten aus Patient*innenbefragungen) aufbereitet und die dafür definierten QI und Kennzahlen berechnet.

Der Datenfluss wird gemäß § 13 der DeQS-RL Teil 1 zusammen mit seiner Anlage zum Teil 1 ("Datenflussverfahren") in seinen Grundzügen beschrieben.

Die Auswertungen werden den LAG bei länderbezogenen Verfahren zur Verfügung gestellt (gemäß § 5 Abs. 4 der Anlage Datenflussverfahren zu Teil 1 der DeQS-RL). Es werden pseudonymisierte Rückmeldeberichte für die LE erstellt sowie Landesauswertungen bei länderbezogenen Verfahren.

Im Rahmen der Patient*innenbefragung erfolgt abweichend davon die Datenübermittlung von der Datenannahmestelle an eine Versendestelle. Diese Versendestelle führt anhand einer Zufallsstichprobe die Versendung der Fragebögen an Patient*innen mit Indexeingriff durch, welche die Fragebögen dann innerhalb einer bestimmten Frist an die Bundesauswertestelle zurücksenden.

Die LE erhalten jeweils entsprechende Rückprotokolle der Datenannahmestelle zu den erfolgten Datenübermittlungen.

Datenschutz: Zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen gemäß § 299 SGB V erfolgt die Verschlüsselung der verschiedenen Arten von Daten gemäß der dargestellten Datenflussmodelle. Für patienten- oder einrichtungsidifizierende Daten erfolgt beispielsweise eine Pseudonymisierung.

Aufgaben gemäß § 9 Teil 1 der DeQS-RL:

1. Annahme der von den LE sowie den Krankenkassen übermittelten Daten
2. Prüfung der übermittelten Daten auf Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit
3. Weiterleitung der Daten mit dem Ergebnis der Überprüfung an die Vertrauensstelle, sofern notwendig
4. Ersetzung der die LE identifizierenden Daten durch ein pro Verfahren unterschiedliches Pseudonym

5. Unterstützung der LAG bzw. der Bundesstelle bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 6 bzw. § 10
6. Unterstützung und Beratung der jeweiligen LE im Rahmen der Datenannahme nach § 14 DeQS-RL Teil 1 - Rahmenbestimmungen
7. Identifizierung der LE gemäß § 17 Absatz 8, soweit dies zur Durchführung der Maßnahmen nach § 17 erforderlich ist
8. Weiterleitung der von der Bundesauswertungsstelle erstellten Rückmeldeberichte an die LE gemäß § 18 Absatz 1
9. Annahme von Aufstellungen zur Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) und von Konformitätserklärungen sowie Information der Bundesauswertungsstelle über fehlende Konformitätserklärungen gemäß § 15 Absatz 2 und 3
10. Erteilung von Bescheinigungen an die LE über die im abgelaufenen Kalenderjahr vollständig dokumentierten Datensätze (Ist) gemäß § 15 Absatz 4
11. Erstellung und Übermittlung von Berichten, aus der die Zahl der pro LE und EJ zu dokumentierenden Datensätze (Soll) hervorgehen, gemäß § 15 Absatz 5
12. Beteiligung an der Datenvalidierung gemäß § 16, soweit dies in den spezifischen Vorgaben zum Datenvalidierungsverfahren vorgesehen ist

In der folgenden Tabelle ist die Gesamtanzahl der QS-Daten für Berlin im gesamten QS-Verfahren seit dem EJ 2023 (Daten der Datenannahmestelle für LE) dargestellt.

Datengrundlagen EJ 2023	Fristgerecht übermittelte Datensätze (stationär)	Erwartete Datensätze (stationär)	Rate
QS-Verfahren	189.858	189.150	100,37%
Anzahl LE auf IKNR Ebene/ BSNR Ebene Land	87	91	95,60%

10 Veranstaltungen

Am 20.11.2024 fand das 10. Peri- und Neonatalsymposium zum Thema: „Gemeinsam die Zukunft gestalten“ in Zusammenarbeit mit der Vorsitzenden der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin (GGG) und der GS statt. Die Hybridveranstaltung fand im Kaiserin-Friedrich-Haus Berlin statt und wurde als Webinar online angeboten.

Im Rahmen der Veranstaltung wurde die Bedeutung psychosozialer Maßnahmen zur Unterstützung von Eltern während der Schwangerschaft und Geburt thematisiert. Insbesondere wurde der Einfluss von Stress auf die werdenden Mütter und dessen potenzielle Auswirkungen auf den Fötus thematisiert. Es wurde erläutert, wie Stress nicht nur die psychische Gesundheit der Mutter beeinträchtigen, sondern auch Entwicklungsprozesse des ungeborenen Kindes beeinflussen kann.

Ein besonderer Fokus lag auf dem Lotsensystem, welches die werdenden Mütter und Väter gezielt begleitet und Ihnen frühzeitig passende Hilfsangebote zugänglich machen soll. Hierdurch sollen Belastungen frühzeitig erkannt und gezielt reduziert werden.

Die vorgestellten Maßnahmen zielen darauf ab, präventiv einzugreifen, um sowohl das Wohlbefinden der Mutter als auch eine gesunde Entwicklung des Kindes zu fördern.

Der Rahmen des Symposiums wurde unter anderem auch von einer Berliner Hebammen-Auszubildenen-Klasse genutzt, um einen regen Informationsaustausch mit den Fachexpert*innen zu führen.

11 Fazit

Der vorliegende Bericht zur externen datengestützten einrichtungsübergreifenden QS leistet einen Beitrag, die Qualität in der Versorgung in Berlin darzustellen. Das Stellungnahmeverfahren bildet hierbei das zentrale Element der externen datengestützten einrichtungsübergreifenden QS nach den vorgenannten G-BA Richtlinien. Anhand von QIs wird geprüft, ob die angestrebte Versorgungsqualität erreicht wurde.

Das hohe ehrenamtliche Engagement der FK-Mitglieder spiegelt sich deutlich in der intensiven Auseinandersetzung mit den Verfahren wider. In vielen Ansätzen wird auch die Weiterentwicklung der Verfahren in der Erprobung diskutiert und im Rahmen von Rückmeldungen an den Normgeber transparent evaluiert.

Insgesamt zeigt sich, dass die Verbesserungsvorschläge des Expertengremiums von den LE sehr

positiv angenommen und erfolgreich in die Praxis umgesetzt werden. Das schriftliche Stellungnahmeverfahren, der Kollegiale Dialog mit LE wie auch Vor-Ort Besuche erweisen sich dabei als hilfreiche Instrumente. So war auch 2023 eine positive Tendenz in den Verfahren gemäß DeQS-RL zur QS in Berlin deutlich zu erkennen.

Aus Sicht der FK-Mitglieder wäre es wünschenswert, wenn eine vermehrte rechtzeitige Einbindung in Entscheidungsprozesse des Normgebers erfolgen würde. Dies betrifft unter anderem auch die Landesebene, da die Verfahren dort sehr stark tangiert werden. Es besteht der Wunsch nach mehr Austausch auf der Arbeitsebene und nicht nur die Weitergabe von Entscheidungen ohne Möglichkeit der Evaluation auf der Arbeitsebene und somit auf Landesebene.

Angesichts der zukünftigen Entwicklung im Gesundheitswesen wird die QS weiterhin einen besonderen Stellenwert einnehmen.

12 Abkürzungsverzeichnis

AK	Auffälligkeitskriterium
BKG	Berliner Krankenhausgesellschaft
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DAS	Datenannahmestellen
DAS-KK	Datenannahmestelle für Krankenkassen
EJ	Erfassungsjahr
FK	Fachkommission
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GS	Geschäftsstelle
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LE	Leistungserbringer*innen
LG	Lenkungsgremium
PID	patientenidentifizierende Daten
plan. QI-RL	Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
QI	Qualitätsindikator(en)
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
QS CHE	Qualitätssicherung Cholezystektomie
QS CAP	Qualitätssicherung Ambulant erworbene Pneumonie
QS DEK	Qualitätssicherung Dekubitusprophylaxe
QS GYN-OP	Qualitätssicherung Gynäkologische Operationen
QS HGV	Qualitätssicherung Hüftgelenkversorgung
QS HSMDEF	Qualitätssicherung Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren

QS KAROTIS	Qualitätssicherung Karotis-Revaskularisation
QS KEP	Qualitätssicherung Knieendoprothesenversorgung
QS MC	Qualitätssicherung Mammachirurgie
QS NET	Qualitätssicherung Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen
QS PCI	Qualitätssicherung Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
QS PM	Qualitätssicherung Perinatalmedizin
QS WI	Qualitätssicherung Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen
VJ	Verfahrensjahr
WI-HI-S	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäres Operieren

13 Bildquellen

Seite 10 erste Abbildung QS PCI

- Urheberin: [Robina Weermeijer](#)
- Bildtitel: -
- Veröffentlicht am 26.06.2018
- URL der Bildquelle: <https://unsplash.dogedoge.com/de/fotos/massstabsgetreues-modell-des-menschlichen-herzens-Tmkwl7EjVtE>
- Lizenz: Kostenlos zu verwenden im Rahmen der [Unsplash Lizenz](#), <https://unsplash.com/de/lizenz>
- Bearbeitungshinweis: in MS Word Transparenz 50 %, SmartArt Grafik konvertiert (Bilderhierarchie mit Kreisaktzent)

Seite 16 erste Abbildung QS WI

- Urheber: [Clay Banks](#)
- Bildtitel: Person mit blauen Handschuhen und blauen Jeans
- Veröffentlicht am 21.03.2020
- URL der Bildquelle: <https://unsplash.com/de/fotos/person-mit-blauen-handschuhen-und-blauen-jeans-cEzMOp5FtV4>
- Lizenz: Kostenlos zu verwenden im Rahmen der [Unsplash Lizenz](#), <https://unsplash.com/de/lizenz>
- Bearbeitungshinweis: in MS Word Transparenz 50 %, SmartArt Grafik konvertiert (Bilderhierarchie mit Kreisaktzent)

Seite 20 erste Abbildung QS CHE

- Urheber: [National Cancer Institute](#)
- Bildtitel: Mann im weißen Hemd mit weißer Schutzbrille
- Veröffentlicht am 22.01.2020
- URL der Bildquelle: <https://unsplash.com/de/fotos/mann-im-weissen-hemd-mit-weisser-schutzbrille-KrsoedRAf4>

- Lizenz: Kostenlos zu verwenden im Rahmen der Unsplash Lizenz, <https://unsplash.com/de/lizenz>
- Bearbeitungshinweis: in MS Word Transparenz 50 %, SmartArt Grafik konvertiert (Bilderhierarchie mit Kreisaktzent)

Seite 23 erste Abbildung QS Net

- Urheberin: [Robina Weermeijer](#)
- Bildtitel: braunes Nierendekor
- Veröffentlicht am 05.06.2019
- URL der Bildquelle: <https://unsplash.com/de/fotos/braunes-nierendekor--szKjHyPq28>
- Lizenz: Kostenlos zu verwenden im Rahmen der Unsplash Lizenz, <https://unsplash.com/de/lizenz>
- Bearbeitungshinweis: in MS Word Transparenz 50 %, SmartArt Grafik konvertiert (Bilderhierarchie mit Kreisaktzent)

Seite 24 erste Abbildung QS KAROTIS

- Urheberin: [Nhia Moua](#)
- Bildtitel: Figur der menschlichen Anatomie unter weißer Holzdecke
- Veröffentlicht am 28.06.2018
- URL der Bildquelle: <https://unsplash.com/de/fotos/figur-der-menschlichen-anatomie-unter-weisser-holzdecke-F4cJtl7HCMw>
- Lizenz: Kostenlos zu verwenden im Rahmen der Unsplash Lizenz, <https://unsplash.com/de/lizenz>
- Bearbeitungshinweis: in MS Word Transparenz 50 %, SmartArt Grafik konvertiert (Bilderhierarchie mit Kreisaktzent)

Seite 28 erstes Bild QS CAP

- Urheberin: [Robina Weermeijer](#)
- Bildtitel: Selektive Fokusfotografie der Anatomie der Lunge
- Veröffentlicht am 19.04.2019
- URL der Bildquelle: <https://unsplash.com/de/fotos/selektive-fokusfotografie-der-anatomie-der-lunge-Pw9aFhc92P8>
- Lizenz: Kostenlos zu verwenden im Rahmen der Unsplash Lizenz, <https://unsplash.com/de/lizenz>
- Bearbeitungshinweis: in MS Word Transparenz 50 %, SmartArt Grafik konvertiert (Bilderhierarchie mit Kreisaktzent)

Seite 33 erstes Bild QS MC

- Urheber: [National Cancer Institute](#)
- Bildtitel:-
- Veröffentlicht am 16.01.2020
- URL der Bildquelle: <https://unsplash.com/de/fotos/lachelnde-frau-die-neben-einer-anderen-frau-neben-einem-mammographiegerat-steht-0izFVmwJ5pw>
- Lizenz: Kostenlos zu verwenden im Rahmen der Unsplash Lizenz, <https://unsplash.com/de/lizenz>
- Bearbeitungshinweis: in MS Word Transparenz 50 %, SmartArt Grafik konvertiert (Bilderhierarchie mit Kreisaktzent)

Seite 38 QS GYN-OP

- Urheberin: [Elen Sher](#)
- Bildtitel: eine frau, die an einem tisch mit einem modell eines magens sitzt
- Veröffentlicht am 13.08.2023
- URL der Bildquelle: <https://unsplash.com/de/fotos/eine-frau-die-an-einem-tisch-mit-einem-modell-eines-magens-sitzt-7tpjP8daPMc>
- Lizenz: Kostenlos zu verwenden im Rahmen der Unsplash Lizenz, <https://unsplash.com/de/lizenz>
- Bearbeitungshinweis: in MS Word Transparenz 50 %, SmartArt Grafik konvertiert (Bilderhierarchie mit Kreisaktzent)

Seite 42 erstes Bild QS DEK

- Urheberin: [Martha Dominguez de Gouveia](#)
- Bildtitel: leeres Krankenhausbett
- Veröffentlicht am 07.12.2017
- URL der Bildquelle: <https://unsplash.com/de/fotos/leeres-krankenhausbett-ShJUYkshceY>
- Lizenz: Kostenlos zu verwenden im Rahmen der Unsplash Lizenz, <https://unsplash.com/de/lizenz>
- Bearbeitungshinweis: in MS Word Transparenz 50 %, SmartArt Grafik konvertiert (Bilderhierarchie mit Kreisaktzent)

Seite 46 erstes Bild QS HSMDEF

- Urheber: [Kenny Eliason](#)
- Bildtitel: rote und gelbe Vogelfigur
- Veröffentlicht am 20.04.2021
- URL der Bildquelle: <https://unsplash.com/de/fotos/rote-und-gelbe-vogelfigur-MEbT27ZrtdE>
- Lizenz: Kostenlos zu verwenden im Rahmen der Unsplash Lizenz, <https://unsplash.com/de/lizenz>
- Bearbeitungshinweis: in MS Word Transparenz 50 %, SmartArt Grafik konvertiert (Bilderhierarchie mit Kreisaktzent)

Seite 54 erstes Bild QS PM

- Urheber: [Hush Naidoo Jade Photography](#)
- Bildtitel: Person, die in blauem Peeling-Anzug in der Nähe des Inkubators auf dem Flur geht
- Veröffentlicht am 28.01.2018
- URL der Bildquelle: https://unsplash.com/de/fotos/person-die-in-blauem-peeling-anzug-in-der-nahe-des-inkubators-auf-dem-flur-geht-ZCO_5Y29s8k
- Lizenz: Kostenlos zu verwenden im Rahmen der Unsplash Lizenz, <https://unsplash.com/de/lizenz>
- Bearbeitungshinweis: in MS Word Transparenz 50 %, SmartArt Grafik konvertiert (Bilderhierarchie mit Kreisaktzent)

Seite 61 erste Abbildung QS HGV

- Urheber: [Brecht Corbeel](#)
- Bildtitel: -
- Veröffentlicht am 17.04.2022
- URL der Bildquelle: <https://unsplash.com/de/fotos/ein-skelett-sitzt-auf-einem-hocker-in-einem-raum-pbDggAzfpqI>
- Lizenz: Kostenlos zu verwenden im Rahmen der Unsplash Lizenz, <https://unsplash.com/de/lizenz>
- Bearbeitungshinweis: in MS Word Transparenz 50 %, SmartArt Grafik konvertiert (Bilderhierarchie mit Kreisaktzent)

Seite 67 erste Abbildung QS KEP

- Urheber: [Michael Heise](#)
- Bildtitel: -
- Veröffentlicht am 02.062022
- URL der Bildquelle: <https://unsplash.com/de/fotos/ein-skelett-das-neben-einem-schatten-einer-person-steht-E39FWYh3qHE>
- Lizenz: Kostenlos zu verwenden im Rahmen der Unsplash Lizenz, <https://unsplash.com/de/lizenz>
- Bearbeitungshinweis in Word: Transparenz 50 %, SmartArt Grafik konvertiert (Bilderhierarchie mit Kreisaktzent)

Impressum

Herausgeber: LAG DeQS Berlin e.V., Obentrautstraße 57, 10963 Berlin

Vertreten durch:

Vorsitzender: Marc Schreiner (Berliner Krankenhausgesellschaft e. V.)

Stellv. Vorsitzende: Claudia Christ-Steckhan (AOK Nordost)

Redaktion und Layout:

Dominique Nippe, Sonja Naujok, Cynthia Jantsch, Antje Wiechert

Kontakt:

Obentrautstraße 57, 10963 Berlin, Telefon: 030 2145803-10, E-Mail: kontakt@qbb-online.de

Dieser Bericht einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Sie unterliegen ausschließlich der Nutzung der LAG DeQS Berlin und dürfen ohne ihre Zustimmung weder vervielfältigt noch auf andere Weise von Dritten verwendet werden. Alle Rechte vorbehalten. Änderungen und Irrtum vorbehalten.