



DGGG e.V. • Hausvogteiplatz 12 • 10117 Berlin

Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG)

Präsident

Prof. Dr. Diethelm Wallwiener
Ärztlicher Direktor
Universitäts-Frauenklinik Tübingen

Repräsentanz der DGGG und
Fachgesellschaften
Hausvogteiplatz 12
D – 10117 Berlin
Telefon: +49 (0) 30 514883333
Telefax: +49 (0) 30 51488344
info@dggg.de
www.dggg.de

DGGG-Stellungnahmensekretariat

Frauenklinik
Universitätsklinikum Erlangen
Universitätsstraße 21-23
91054 Erlangen
Telefon: +49 (0) 9131-85-44063
+49 (0) 9131-85-33507
Telefax: +49 (0) 9131-85-33951
E-Mail: fk-dggg-stellungnahmen@uk-
erlangen.de
www.frauenklinik-uk-erlangen.de

29.07.2016

**236. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
(DGGG)**

zum Vorbericht des IQTiG zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

Primäre Aufgabe der externen Qualitätssicherung war und ist es Krankenhäuser in Ihrem internen Qualitätsmanagement zu unterstützen und damit einen Beitrag für eine bessere Krankenversorgung zu leisten. Im Rahmen des datengestützten Verfahrens werden den Krankenhäusern seit vielen Jahren leistungsbereichsspezifische Kennzahlen zur Prozess- und Ergebnisqualität in Form von bundesweit einheitlich definierten Qualitätsindikatoren zurückgespiegelt. Weiterhin werden auf dieser Basis auch Maßnahmen bei auffälligen Ergebnissen (sog. Strukturierter Dialog) durchgeführt. Die aktuell eingesetzten Qualitätsindikatoren wurden primär zu diesem Zwecke entwickelt.

Diese Qualitätsindikatoren im Nachhinein als planungsrelevante Qualitätsindikatoren umzufunktionieren, muss grundsätzlich methodisch kritisch hinterfragt werden.

- Auswahl der Leistungsbereiche

Das Vorgehen zur Auswahl der Leistungsbereiche, den Abdeckungsgrad der QS-pflichtigen Leistungsbereiche hinsichtlich der Gesamtfallzahl einer Fachabteilung (DRG-Fälle) zu verwenden, ist grundsätzlich nachvollziehbar. Die Leistungsbereiche sind aber nicht immer eindeutig einer Fachabteilung zuzuweisen. Die Auswahl der Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit den Leistungsbereichen Geburtshilfe, operative Gynäkologie und Mammachirurgie zeigt, zusam-



mengefasst, eine relativ gute Abdeckung (57,2 %). Problematisch hierbei ist, dass bezogen auf die einzelnen Leistungsbereiche der Unterschied der Abdeckung extrem ist. So kann die geburtshilfliche Versorgung zwar komplett (d. h. 100 %) abgebildet werden, die Gynäkologie (inkl. Mammachirurgie) anhand der QS-Daten nur zu durchschnittlich 16,7 %. Das bedeutet, dass beispielsweise ein Krankenhaus mit einer gynäkologischen Abteilung (ohne Geburtshilfe und ohne mammachirurgischer Versorgung) auf Grundlage von 10 % seiner erbrachten Leistungen (primär Ovarieingriffe) eingeschätzt und ggf. auch aufgrund von auffälligen Ergebnissen planungsrelevante Konsequenzen erwachsen.

Zudem entsteht eine Schiefelage der Bewertung zu Ungunsten der Maximalversorgungshäuser, die generell komplexere Krankheitsbilder versorgen. Dies findet in den Adjustierungen der Qualitätsindikatoren nur unzureichend Berücksichtigung.

Das Einsetzen von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus den Leistungsbereichen Geburtshilfe, operative Gynäkologie und Mammachirurgie zur Beurteilung der Qualität in den Fachabteilungen für Frauenheilkunde (und Geburtshilfe) ist somit nur beschränkt möglich. Für den Teilbereich Geburtshilfe und die Brustzentren wäre eine ausreichende quantitative Abdeckung gewährleistet.

- **Auswahl der Indikatoren**

Allgemein:

Die Auswahlkriterien von Qualitätsindikatoren aus der esQS auf QI – Ebene erscheinen grundsätzlich plausibel und nachvollziehbar. Ein wesentlicher Aspekt des esQS würde jedoch die Ergebnisse des strukturierten Dialoges (SD) nicht berücksichtigen. Der SD wird bundesweit für alle Qualitätsindikatoren mit Referenzbereich durchgeführt. Die Ergebnisse werden seit über 10 Jahren bundesweit aufgearbeitet und im Rahmen eines jährlichen Berichtes veröffentlicht. Hierbei gibt es die Möglichkeit auf Indikatorebene darzustellen, wie häufig eine rechnerische Auffälligkeit tatsächlich auch mit einem Qualitätsproblem in Verbindung gebracht wurde oder ob hier eine nicht ausreichende Trennungsschärfe des Qualitätsindikators vorliegt. Um über die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren auch tatsächlich versorgungsrelevante Struktur- und Prozessprobleme in den Krankenhausabteilungen identifizieren zu können, sind die Indikatoren bezogenen Ergebnisse (Bewertungen) aus dem strukturierten Dialog eine zentrale Grundlage.

Speziell:

1. Gynäkologische Operationen (15/1)

- Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund



Neuer Schlüssel für Histologie (ab 2016) und damit mutmaßlich neue Rechenregeln

„Ohne spezifische Angabe“ führt aktuell dazu, dass die Klinik nicht auffällig wird

- Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebentfernung

Fast ausschließlich Dokumentationsprobleme führen hier zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen.

Q3a: Unauffällig Histologie bei Adnexektomie:

Hier ist zunächst die Herangehensweise der Ermittlung des Indikators kritisch zu sehen. KEINER weiß, wie bei Z.n. Mammakarzinom Patientinnen zur Ovarentfernung kodiert werden sollen. Die Finanzierungskommission der DGGG versucht seit 3 Jahren hier eine Klarstellung der Kodierung. Aus diesem Grunde KANN die Hauptdiagnose nicht flächendeckend „Mammakarzinom“ lauten wenn eine prophylaktische Adnexektomie durchgeführt wurde. Weitere Möglichkeiten bestehen z.B. in der Z40.0 (prophylaktische Operationen) oder Z85. (Prophylaktische Operationen in der Eigenanamnese –Fehler-DRG) oder Z80. (Prophylaktische Operation in der Familienanamnese).

ERGO: Hier werden einige Eierstöcke entfernt und die C50. (Exklusionskriterium) nicht kodiert (weil vom MDK ggf. sogar wieder gestrichen – ist nicht Primärbehandlung des Mammakarzinoms).

Suspekte Zysten können auf Wunsch der Patientin und auf ärztliche Empfehlung bei Alter >40 mit einer Adnexektomie behandelt werden. Diese Fälle müssten unserer Meinung nach auch altersabhängig im Qualitätsindikator herausgerechnet werden.

Ein sehr sinnvoller Qualitätsindikator, der weiter modifiziert werden muss (Vorschlag alle Karzinomerkrankungen in Eigen- und Familienanamnese herauszunehmen) sowie Patientinnen >40 oder >45 Lebensjahr.

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

Hier werden nur Eingriffe mit Beteiligung des Ovars betrachtet, die Risikoadjustierung erfolgt lediglich auf Basis des Alters, ASA, Voroperation und ggf. eine durchgeführte Adhaesiolyse.

2. Geburtshilfe (16/1)

- Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten



Bildet nicht die geburtshilfliche Versorgung ab, da es sich nur auf 3,5 % aller Geburten bezieht.

Fast ausschließlich geburtshilfliche Abteilungen ohne angeschlossene Kinderkliniken wären damit automatisch auf Grund von Einzelfällen rechnerisch auffällig. Darüber hinaus kann bei Notfällen, die durch Transport in einer Klinik anfallen überhaupt kein Einfluss auf diesen Umstand genommen werden.

- Antenatale Kortikoidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen

Bildet nicht die geburtshilfliche Versorgung ab, da es sich nur auf unter 4 % aller Geburten bezieht.

3. Mammachirurgie (18/1)

- Primäre Axilladisektion bei DCIS

Zusammenfassung:

Die Faktoren bei der Mammachirurgie sind grundsätzlich geeignet um eine Versorgungsqualität abzubilden. In Bezug auf die primäre Axilladisektion bei DCIS ist hier die komplette Axilladisektion gemeint. Dies ist korrekt. Die Versorgungsqualität bei der Behandlung von DCIS wird damit nicht erfasst, da bei größeren DCIS eine SNL-Biopsie indiziert ist.

- Intraoperative Präparateradiografie oder intraoperative Präparatesonografie bei sonographischer Drahtmarkierung
- Intraoperative Präparateradiografie oder intraoperative Präparatesonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

Darüber hinaus befindet zur Mammachirurgie die S3-Leitlinie derzeit in Überarbeitung, so dass hier auch eine Modifikation der Qualitätsindikatoren im Jahr 2017 nach sich zieht. Die Qualitätssicherung ist unter anderem aus der ersten Perinatal-Erhebung, die in Bayern durch die Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung für die Geburtshilfe entstand, entwickelt worden. Somit besteht eine lange Tradition im Fach Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Umgang mit Qualitätsindikatoren. Diese waren aber nie zur planerischen Gestaltung von Abteilungen oder Kliniken gedacht, sondern dienten grundsätzlich der Verbesserung der Struktur in die Prozessqualität. Da die Qualitätssicherung aus der Geburtshilfe entwickelt worden ist, ist hier insbesondere auch zum Beispiel die Qualitätsindikatoren-Verwendung für die Entwicklung der Perinatalzentren 1 – 4 Ordnung zu nennen. Einige der aus der Qualitätssicherung heraus kommenden Strukturelemente, basierend auf den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren. Diese Er-



gebnisse wurden und werden aber grundsätzlich im strukturierten Dialog mit den einzelnen Abteilungen und Kliniken diskutiert, um hier auch die Möglichkeit zu geben, einzelne Unklarheiten bei den Grenzwerten der Qualitätsindikatoren zu besprechen, Defizite aufzuzeigen und Verbesserungsvorschläge zu machen.

Die jetzigen hier aufgeführten Qualitätsindikatoren sind als Steuerungselement im Rahmen der Krankenhausplanung nicht entwickelt und auch nicht getestet worden.

Aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe wäre es sehr wünschenswert, einen runden Tisch zu gründen, ähnlich dem Nationalen Krebsplan. Hier wurden alle beteiligten Bänke des Gesundheitssystems, plus Experten in eine Gruppierung, beziehungsweise Expertenteams zusammengeführt. In strukturierter Form kann dann diskutiert werden, was die Zielsetzung auf der einen Seite und was die möglichen Parameter sind, die überhaupt integrierbar sind, beziehungsweise entwickelt werden müssen, um diese Zielsetzung zu sehen. In der derzeitigen Form ist dieses aus unserer Sicht so nicht umsetzbar.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe würde sich sehr gerne in die Gestaltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in diesem Sinne einbringen.

Die Stellungnahme wurde in Zusammenarbeit mit

Herrn Prof. Dr. Uwe Wagner, Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, 35033 Marburg

und

Herrn Prof. Dr. Peter Mallmann, Direktor der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Köln, Universitätsklinikum Köln, 50931 Köln

verfasst.

Prof. Dr. Diethelm Wallwiener
Präsident der DGGG e.V.

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann
Leitlinienbeauftragter DGGG