



Abschlussbericht gemäß §15 Abs.2 QSKH-RL

Bericht zum Strukturierten Dialog 2013

Erfassungsjahr 2012

Stand: 25. August 2014

Impressum

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:

Gemeinsamer Bericht zum Strukturierten Dialog 2013 - Erfassungsjahr 2012

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

jährlich

Datum der Abgabe:

15. Mai 2014, redaktionell überarbeitete Version vom 25. August 2014

Signatur:

14-SQG-006

Hinweis:

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Anschrift des Herausgebers:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0

Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	6
Abkürzungsverzeichnis.....	8
Leistungsbereiche in der externen QS.....	9
Zusammenfassung.....	11
1. Einleitung.....	15
2. Hintergrund und Methodik.....	16
2.1. Zuständigkeiten.....	17
2.2. Referenzbereiche und rechnerische Auffälligkeiten.....	18
2.3. Umgang mit Krankenhausergebnissen.....	19
3. Bearbeitung und Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten.....	20
3.1. Fachgruppenarbeit auf Bundes- und Landesebene.....	20
3.2. Bewertungskategorien.....	20
4. Maßnahmen und Ergebnisse.....	23
4.1. Rechnerische Auffälligkeiten.....	23
4.2. Durchgeführte Maßnahmen.....	24
4.3. Abschließende Einstufung und Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten.....	29
4.4. Begründungen zu den Bewertungskategorien.....	36
4.4.1. Hinweise.....	36
4.4.2. Unauffällige Bewertungen und ihre Begründungen.....	36
4.4.3. Auffällige Bewertungen und ihre Begründungen.....	37
4.4.4. Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation.....	37
4.4.5. Sonstiges.....	38
4.5. Weiterführende Maßnahmen.....	39
4.5.1. Kollegiale Gespräche und Begehungen.....	39
4.5.2. Zielvereinbarungen und deren Nachverfolgung.....	39
4.5.3. Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen.....	39
5. Betrachtung der Ergebnisse.....	41
5.1. Empfehlungen der Bundesebene, Besonderheiten und Ergebnisse.....	41
5.1.1. Cholezystektomie (12/1).....	41
5.1.2. Karotis-Revaskularisation (10/2).....	42
5.1.3. Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU).....	43
5.1.4. Herzschrittmacher-Implantation, -Aggregatwechsel, -Revision/-Systemwechsel/ -Explantation (09/1 – 09/3).....	45
5.1.5. Implantierbare Defibrillatoren – Implantation, Aggregatwechsel, Revision/Systemwechsel/Explantation (09/4 – 09/6).....	47

5.1.6. Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (21/3).....	48
5.1.7. Herzchirurgie (HCH)	50
5.1.8. Herztransplantation, Lungen- und Herz-Lungentransplantation (HTX/LUTX).....	52
5.1.9. Lebertransplantation, Leberlebendspende (LTX/LLS).....	52
5.1.10. Nierentransplantation, Nierenlebendspende, Pankreas- und Pankreas- Nierentransplantation (NTX/NLS/PNTX)	54
5.1.11. Geburtshilfe (16/1)	55
5.1.12. Neonatologie (NEO)	56
5.1.13. Gynäkologische Operationen (15/1)	57
5.1.14. Mammachirurgie (18/1)	58
5.1.15. Hüftgelenknahe Femurfraktur, Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, Hüft- Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/1 - 17/3).....	60
5.1.16. Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation, Knie-Endoprothesenwechsel und - komponentenwechsel (17/5, 17/7).....	61
5.1.17. Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	62
5.2. Fallbeispiele	64
5.2.1. Geburtshilfe	64
5.2.2. Lungen- und Herz-Lungentransplantation	65
5.3. Landesspezifika	66
5.4. Empfehlungen aus den Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung	67
5.5. Auswirkung der geänderten Bewertungssystematik	68
5.6. Bewertungen bei ausgewählten Indikatoren	69
6. Schlussfolgerung und Ausblick	73
Glossar.....	74

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Maßnahmen und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs 2013.....	11
Tabelle 2: Maßnahmen und Ergebnisse der Datenvalidierung (Stat. Basisprüfung: Plausibilität u. Vollständigkeit) EJ 2013.....	13
Tabelle 3: Einstufungskategorien zum Erfassungsjahr 2012	21
Tabelle 4: Gegenüberstellung der Bewertungssystematiken	22
Tabelle 5: Rechnerische Auffälligkeiten pro Leistungsbereich (EJ 2012, EJ 2011)	23
Tabelle 6: Durchgeführte Maßnahmen pro Leistungsbereich	25
Tabelle 7: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland (EJ 2012).....	27
Tabelle 8: Ergebniseinstufungen der rechn. Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Leistungsbereich	30
Tabelle 9: Ergebniseinstufungen der rechn. Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland	33
Tabelle 10: Gegenüberstellung der Bewertungssystematiken	34
Tabelle 11: Verstärkter Hinweisversand pro Qualitätsindikator.....	69
Tabelle 12: Anteil qualitativer Auffälligkeiten an rechnerischen Auffälligkeiten pro ausgewählter QI	70
Tabelle 13: Anteil von ausgewählten QI, die wg. fehlerhafter Dokumentation nicht bewertbar waren.....	72

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verlauf des Strukturierten Dialogs 2013	14
Abbildung 2: Zeitlicher Ablauf des Strukturierten Dialogs.....	16
Abbildung 3: Zuständigkeiten der beteiligten Akteure.....	17
Abbildung 4: Ablaufdiagramm – Prüfschritte zur Bewertungseinstufung	19
Abbildung 5: Maßnahmen im Strukturierten Dialog gemäß QSKH-RL.....	20
Abbildung 6: Maßnahmen gemäß §11 und 12 QSKH-RL (Erfassungsjahre 2012 und 2011).....	24
Abbildung 7: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland (EJ 2012, EJ 2011)	28
Abbildung 8: Darstellung der Hinweise und der abschließenden Ergebniseinstufung der Stellungnahmen zu den rechnerischen Auffälligkeiten des Erfassungsjahres 2012	29
Abbildung 9: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufungen der Stellungnahmen nach Leistungsbereichen	32
Abbildung 10: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufungen der Stellungnahmen nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland.....	35
Abbildung 11: Von Krankenhäusern bekanntgegebene Verbesserungsmaßnahmen.....	40
Abbildung 12: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 12/1 (EJ 2012, EJ 2011)	42
Abbildung 13: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 10/2 (EJ 2012, EJ 2011).....	43
Abbildung 14: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für PNEU (EJ 2012, EJ 2011)	44
Abbildung 15: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 09/1-09/3 (EJ 2012, EJ 2011)	46
Abbildung 16: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 09/4-09/6 (EJ 2012, EJ 2011)	48
Abbildung 17: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 21/3 (EJ 2012, EJ 2011)	50
Abbildung 18: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für HCH (EJ 2012, EJ 2011)	51
Abbildung 19: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für HTX und LUTX (EJ 2011, EJ 2012).....	52
Abbildung 20: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für LTX und LLS (EJ 2011; EJ 2012)	53
Abbildung 21: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für NTX, PNTX und NLS (EJ 2011, EJ 2012).....	55
Abbildung 22: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 16/1 (EJ 2011, EJ 2012)	56
Abbildung 23: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für NEO (EJ 2011, EJ 2012)	57

Abbildung 24: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 15/1 (EJ 2012, EJ 2011)	58
Abbildung 25: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 18/1 (EJ 2012, EJ 2011)	60
Abbildung 26: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 17/1-17/3 (EJ 2011; EJ 2012)	61
Abbildung 27: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 17/5 und 17/7 (EJ 2011; EJ 2012)	62
Abbildung 28: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für DEK (EJ 2011; EJ 2012).....	63
Abbildung 29: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufungen der Stellungnahmen nach Abschluss des SD (gesamt) des EJ 2012 und des EJ 2011	68

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Beschreibung
AG	Arbeitsgruppe
ASA	American Society of Anesthesiologists
BFG	Bundesfachgruppe
EJ	Erfassungsjahr
ECST	European Carotid Surgery Trial
HCH	Herzchirurgie
HSM	Herzschrittmacher
ICD	Implantierbarer Cardioverter Defibrillator
ID	Identifikationsnummer
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
LQS	Landesgeschäftsstelle(n) für Qualitätssicherung
NASCET	North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial
PCI	Perkutane Koronarintervention
PG	Projektgruppe
O/E	Observed to Expected Ratio
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie (des G-BA) gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser
SD	Strukturierter Dialog
SGB	Sozialgesetzbuch
SOP	Standard Operating Procedure (Standard Vorgehensweise)
TAVI	Interventionelle, kathetergestützte Aortenklappenimplantation
TEP	Totale Endoprothese

Leistungsbereiche in der externen QS

Name des Leistungsbereichs	Beschreibung
Cholezystektomie	Chirurgische Entfernung der Gallenblase
Karotis-Rekonstruktion (seit 2013 Karotis-Revaskularisation)	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Herzschrittmacher-Revision/Systemwechsel/-Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Koronarangiographie: Spezielle Form der Röntgenuntersuchung zur Untersuchung der Herzkranzgefäße Perkutane Koronarintervention (PCI): Behandlungsmethode, bei der verengte Herzkranzgefäße mittels eines speziellen Eingriffs behandelt werden
Koronarchirurgie, isoliert	Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)
Aortenklappenchirurgie, isoliert	Konventionelle Methode: Der Ersatz der Aortenklappe erfolgt durch eine „offene“ Operation am stillstehenden Herzen unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine. Der Zugang zum Herzen erfolgt über das Brustbein. Kathetergestützte Methode: Die Aortenklappe wird kathetergestützt ersetzt. Der Zugang während des Eingriffs erfolgt entweder „transapikal“ (Hautschnitt über der Herzspitze) oder „transvaskulär“ (Punktion der Leistenarterie).
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und an der Aortenklappe
Herztransplantation	Übertragen eines Herzens von einem verstorbenen Organspender zu einem Empfänger
Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	Übertragen einer oder beider Lungen bzw. von Herz und Lunge gemeinsam von einem verstorbenen Organspender zu einem Empfänger
Lebertransplantation	Übertragen einer Leber oder eines Lebersegments von einem Organspender zu einem Empfänger
Leberlebendspende	Entnahme eines Lebersegments von einem Spender für einen Empfänger
Nierentransplantation	Übertragen einer Niere von einem Organspender zu einem Empfänger
Nierenlebendspende	Entnahme einer Niere von einem Spender für einen Empfänger

Name des Leistungsbereichs	Beschreibung
Pankreas- und Pankreas-Nieren-transplantation	Übertragung der Bauchspeicheldrüse bzw. gleichzeitige Übertragung einer Bauchspeicheldrüse und einer Niere von einem Spender zu einem Empfänger
Geburtshilfe	Die Geburtshilfe umfasst den Bereich kurz vor und nach der Entbindung (Betreuung der Schwangeren, Geburtsverlauf und Komplikationen).
Neonatologie	Die Neonatologie beschäftigt sich mit der medizinischen Versorgung von Neu- und Frühgeborenen.
Gynäkologische Operationen	Operationen in der Frauenheilkunde
Mammachirurgie	Operation an der Brust
Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen einer Prothese oder eines Prothesenteils im Bereich der Hüfte
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Austausch einer Prothese (Ersatz) oder eines Prothesenteils im Bereich der Hüfte bei Komplikationen oder Verschleiß
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen einer Prothese oder eines Prothesenteils im Bereich des Knies
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Austausch einer Prothese (Ersatz) oder eines Prothesenteils im Bereich des Knies bei Komplikationen oder Verschleiß
Pflege: Dekubitusprophylaxe	Maßnahmen zur Vorbeugung eines Druckgeschwürs während eines stationären Aufenthalts

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht enthält zahlreiche Informationen zu allen Ergebnissen, die im Rahmen des Strukturierten Dialogs 2013 – zu den Daten des Erfassungsjahres 2012 – ermittelt worden sind. Detaillierte Angaben zu den Qualitätsindikatoren der einzelnen Leistungsbereiche, zu den eingeleiteten Maßnahmen und zu den Ergebnissbewertungen sind im Anhang zu diesem Bericht zu finden.

An die beauftragten Stellen wurden im Erfassungsjahr 2012 von den 1.658 nach §108 zugelassenen Krankenhäusern 4.188.762 Datensätze, die im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung erhoben worden sind, geliefert.

Von den durch den Gemeinsamen Bundesausschuss eingesetzten und zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren wurden 274 Indikatoren durch die beauftragten Stellen (LQS und AQUA-Institut) geprüft. Es wurden insgesamt 17.686 rechnerische Auffälligkeiten identifiziert. Davon fielen ca. 98 % (n = 17.405) auf die 20 indirekten Leistungsbereiche und 2 % (n = 281) auf die 10 direkten Leistungsbereiche. Weitere Strukturierte Dialoge fanden zu landesspezifischen Qualitätsindikatoren bzw. zu nicht veröffentlichungspflichtigen Indikatoren statt, die jedoch in diesem Bericht nicht berücksichtigt werden, da sie nicht Bestandteil der gesetzlichen Qualitätssicherung sind.

Nach Analyse der 10.168 übermittelten Stellungnahmen wurden mit 115 Einrichtungen zusätzliche Maßnahmen wie Kollegiale Gespräche und/oder Vor-Ort-Begehungen durchgeführt.

In diesem Jahr kam erstmalig eine neue Bewertungssystematik zum Einsatz, weswegen eine Vergleichbarkeit der abschließenden Bewertungen von Krankenhausergebnissen nur bedingt möglich ist.

Die nachstehende Tabelle zeigt, wie viele und welche Maßnahmen im Strukturierten Dialog eingesetzt worden sind und welche Einstufungen vergeben wurden.

Tabelle 1: Maßnahmen und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs 2013

Strukturierter Dialog 2013 (EJ 2012)	Anzahl	Anteil
Rechnerische Auffälligkeiten (gesamt)	17.686	100 %
Maßnahmen		
Keine Maßnahmen	12	0,1 %
Hinweise	7.459	42,2 %
Stellungnahmen	10.168	57,5 %
Sonstiges	47	0,3 %
Weiterführende Maßnahmen (pro rechnerische Auffälligkeit)		
Anlass für Besprechung	278	1,6 %
Anlass für Begehung	43	0,2 %
Zielvereinbarung	714	4,0 %
Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten		
Hinweise [H20/H99]	7.245	41,0 %
Qualitativ unauffällig [U31/U32/U99]	6.401	36,2 %
Qualitativ auffällig [A41/A42/A99]	1.805	10,2 %

Strukturierter Dialog 2013 (EJ 2012)	Anzahl	Anteil
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation [D50/D51/D99]	1.838	10,4 %
Sonstiges [S90/S91/S99]	397	2,2 %
Begründungen zu den Einstufungen		
Qualitativ unauffällig: Besondere klinische Situation [U31]	828	4,7 %
Qualitativ unauffällig: Bedingt durch Einzelfälle [U32]	5.086	28,8 %
Qualitativ unauffällig: Sonstiger Kommentar [U99]	487	2,8 %
Qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur-oder Prozessmängel [A41]	1.357	7,7 %
Qualitativ auffällig: Keine ausreichend erklärenden Gründe [A42]	269	1,5 %
Qualitativ auffällig: Sonstiger Kommentar [A99]	179	1,0 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation [D50]	1.766	10,0 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Bedingt durch Softwareprobleme [D51]	49	0,3 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Sonstiger Kommentar [D99]	23	0,1 %
Sonstiges : Strukt. Dialog noch nicht abgeschlossen [S91]	41	0,2 %
Sonstiges: Mit Kommentar [S99]	329	1,9 %

Anmerkung: Die Anzahl der gewählten Maßnahme „Hinweise“ ist nicht gleichzusetzen mit der Summe aus „H20“ und „H99“. Es wurden zudem Hinweise versendet, die mit einer anderen Bewertungskategorie (U, A oder S) eingestuft worden sind.

Da die dokumentierten und übermittelten Daten die unverzichtbare Voraussetzung für die Beurteilung der Qualitätsindikatoren bzw. der Behandlungsqualität sind, findet sich nachstehend eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse des parallel durchgeführten QS-Verfahrens Datenvalidierung.

Im Datenvalidierungsverfahren wird geprüft, ob die Dokumentation der Qualitätssicherungsdaten (QS-Daten) korrekt, vollständig und vollzählig ist. Die Ergebnisse werden dazu genutzt, Verbesserungen in den Dokumentationsprozessen anzuregen und die Aussagekraft der Qualitätsindikatoren zu untermauern. Die umfassende Datenvalidierung mit Stichprobenverfahren erfolgte für das Erfassungsjahr 2012 zu den Leistungsbereichen *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation, Geburtshilfe, Herztransplantation und Lebertransplantation*.

In Tabelle 2 sind die Maßnahmen und Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung zur Plausibilität und zur Vollständigkeit dargestellt. Die ausführliche Darstellung zu allen Ergebnissen des Datenvalidierungsverfahrens findet sich in einem eigenen Bericht, der als notwendiger Bestandteil die sinnvolle Ergänzung zu diesem Bericht bildet.

Tabelle 2: Maßnahmen und Ergebnisse der Datenvalidierung (Stat. Basisprüfung: Plausibilität u. Vollständigkeit) EJ 2013

Datenvalidierung 2013 (EJ 2012)	Anzahl	Anteil
Rechnerischen Auffälligkeiten	1.272	100 %
Maßnahmen		
Keine Maßnahmen	1	0,1 %
Hinweise	174	13,7 %
Stellungnahmen	1.096	86,2 %
Sonstiges	1	0,1 %
Weiterführende Maßnahmen (pro rechnerische Auffälligkeit)		
Anlass für Besprechung	4	0,3%
Anlass für Begehung	0	0,0%
Zielvereinbarung	30	2,4%
Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten, zu denen eine Stellungnahme angefordert wurde		
Korrekte Dokumentation bestätigt	666	60,8 %
Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	347	31,7 %
Keine erklärenden Gründe genannt	32	2,9 %
Sonstiges	51	4,7 %

Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten bezogen auf die Qualitätsindikatoren von 19.440 auf 17.686 gesunken. Gleichzeitig sind in den meisten Leistungsbereichen die Anteile der qualitativen Auffälligkeiten im Vergleich zum Erfassungsjahr 2011 angestiegen. Dies könnte mit der neu eingeführten Bewertungssystematik und der verbesserten Trennschärfe für qualitative bzw. nicht qualitative Auffälligkeiten zusammenhängen.

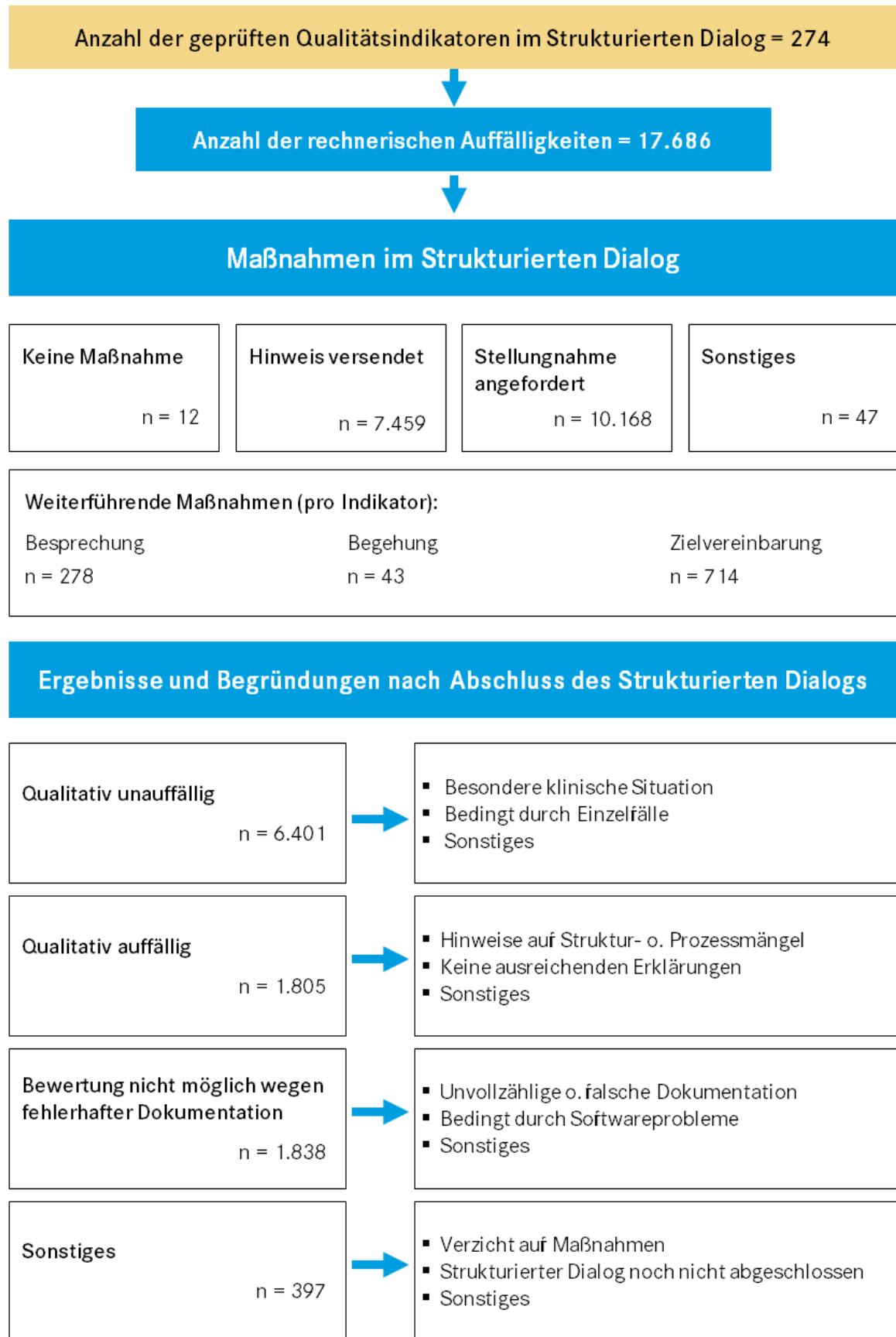


Abbildung 1: Verlauf des Strukturierten Dialogs 2013

1. Einleitung

Der vorliegende Bericht gemäß §15 Abs. 2 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) dient dazu, einen umfassenden Einblick in die Arbeit aller am externen Qualitätssicherungsverfahren nach §137 SGB V beteiligten Akteure zu geben sowie sämtliche Ergebnisse darzustellen. Da der Bericht inklusive des Anhangs im Lauf des Jahres auf der Homepage des AQUA-Instituts eingesehen werden kann, ist er sowohl für die fachlich versierte Leserschaft als auch für die interessierte Öffentlichkeit geschrieben. Die Berichte der Vorjahre sind unter nachstehendem Link zu finden: www.sqg.de/themen/strukturiertes-dialog/berichte-strukturiertes-dialog

Die Ergebnisse aus dem parallel stattfindenden Datenvalidierungsverfahren, wie die statistische Basisprüfung und die Stichprobenprüfung vor Ort, werden in einem separaten Bericht inkl. Anhang dargestellt. In der vorstehenden Zusammenfassung des vorliegenden Berichts finden sich – zur besseren Übersicht – die wichtigsten Ergebnisse in Kurzform dazu.

Der diesjährige Abschlussbericht über die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs 2013 ist geprägt von der geänderten Bewertungssystematik. Daher entfallen die Dreijahres-Vergleiche, die den Schwerpunkt des letztjährigen Berichts bildeten, in diesem Jahr. In verschiedenen Grafiken und Tabellen wird dennoch auf die Vorjahresergebnisse hingewiesen und versucht einen annähernden Vergleich herzustellen. Eine vollständige Übertragung des bisherigen Bewertungsschemas auf die neue Bewertungssystematik ist nur bedingt möglich, einige Bewertungskategorien jedoch lassen sich denen des Vorjahres zuordnen. Wie das für diesen Bericht umgesetzt wurde, zeigt die Tabelle 4 in Abschnitt 3.2. Die von den Landesgeschäftsstellen und dem AQUA-Institut überarbeitete Bewertungssystematik wurde für die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2012 erstmalig angewendet. Nähere Erläuterungen zu den Bewertungsziffern und Begründungen sind in Abschnitt 4.4 zu finden.

Weiterhin finden sich in Kapitel 4 sämtliche aggregierte Darstellungen zu allen durchgeführten Maßnahmen und Ergebnissen. Auf die Ergebnisse der einzelnen Leistungsbereiche wird in Kapitel 5 ausführlich eingegangen. Eine Gegenüberstellung der Bewertungen nach Abschluss des Strukturierten Dialogs des Erfassungsjahres 2011 zum EJ 2012 findet sich in Abschnitt 5.5. Zunächst werden jedoch die Methodik und die Abläufe des Verfahrens näher beschrieben.

2. Hintergrund und Methodik

Der Strukturierte Dialog dient dem Ziel, durch signifikante, valide und vergleichbare Erkenntnisse die Qualität von Krankenhausleistungen zu sichern und bei Bedarf zu verbessern. Die Grundlagen dazu sind in der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern des Gemeinsamen Bundesausschusses (QSKH-RL gemäß §137 Abs. 1 SGB V i.V.m. §135 SGB V) verankert.

Durch Fragestellungen und Prüfmaßnahmen wie

- Erfolgte eine angemessene Indikationsstellung für die Leistungserbringung?
- Ist die Leistung angemessen?
- Sind die strukturellen und sächlichen Voraussetzungen zur Erbringung der Leistungen erfüllt?
- Wie ist die Ergebnisqualität?

können Qualitätsmängel identifiziert werden. Sind nach den vorgegeben Prüfmaßnahmen tatsächlich Qualitätsdefizite festgestellt worden, so ist es außerdem Aufgabe des Strukturierten Dialogs die betroffenen Krankenhäuser bei geeigneten Optimierungsmaßnahmen zu unterstützen sowie ggf. Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten, die letztlich dem übergeordneten Ziel – Nutzen und Wohl der Patienten – dienen.

Um Verbesserungen zu erreichen, werden mit Einverständnis der medizinisch oder pflegerisch tätigen Einrichtungen – zumeist in kollegialen Besprechungen und/oder Vor-Ort Begehungen – konkrete Zielvereinbarungen geschlossen, die einer längerfristigen Beobachtung und Unterstützung durch die zuständigen Stellen unterliegen. Weitere Erkenntnisse, die aus dem Strukturierten Dialog gewonnen werden, dienen der Entwicklung von Indikatoren sowie der Weiterentwicklung des Verfahrens selbst.

Der zeitliche Rahmen für die Durchführung des Strukturierten Dialogs ist in der QSKH-RL geregelt. Dementsprechend wird der Strukturierte Dialog jeweils im Mai/Juni des auf die Datenerfassung folgenden Jahres eröffnet. Für die im Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren muss der Strukturierte Dialog bis zum 31. Oktober des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres abgeschlossen werden; für die übrigen Indikatoren endet die Frist am 31. Dezember. Der Strukturierte Dialog ist also ein Verfahren, das sich insgesamt über einen Drei-Jahres-Zeitraum erstreckt.

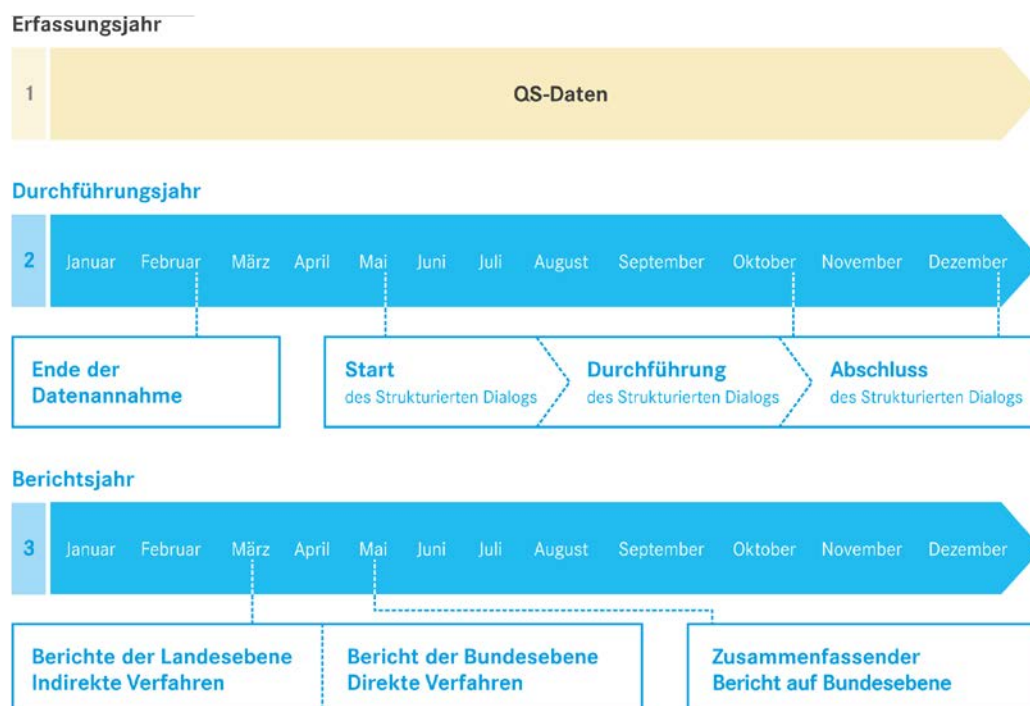


Abbildung 2: Zeitlicher Ablauf des Strukturierten Dialogs

2.1. Zuständigkeiten

In enger Kooperation mit den Einrichtungen sorgen die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) und die beauftragte Einrichtung auf Bundesebene (AQUA-Institut) dafür, dass die Ursachen der als auffällig identifizierten Ergebnisse geklärt und etwaige Qualitätsmängel behoben werden.

In der Qualitätssicherung werden grundsätzlich direkte und indirekte Verfahren unterschieden. Die direkten Verfahren umfassen Leistungsbereiche mit vergleichsweise niedrigen Fallzahlen (derzeit Transplantationen und Herzchirurgie), die unmittelbar von der Institution nach § 137a SGB V (AQUA-Institut) betreut werden. Die indirekten Verfahren decken Leistungsbereiche mit vergleichsweise höheren Fallzahlen ab und werden von den LQS auf Landesebene betreut. Die Gesamtverantwortung für den Strukturierten Dialog liegt für die Leistungsbereiche der direkten Verfahren beim Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA. Für die Leistungsbereiche der indirekten Verfahren sind die Lenkungsstellen der Bundesländer (QSKH-RL, §14) verantwortlich. Die Durchführung des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen obliegt den Projektstellen für Qualitätssicherung (LQS) auf Landes- und dem AQUA-Institut auf Bundesebene. Entsprechend erhalten die beauftragten Stellen die dokumentierten QS-Daten der Einrichtungen. Zur Vorbereitung und Umsetzung der Maßnahmen des Strukturierten Dialogs sind jeweils Fach- und Arbeitsgruppen mit unabhängigen Experten für jeden Leistungsbereich etabliert.

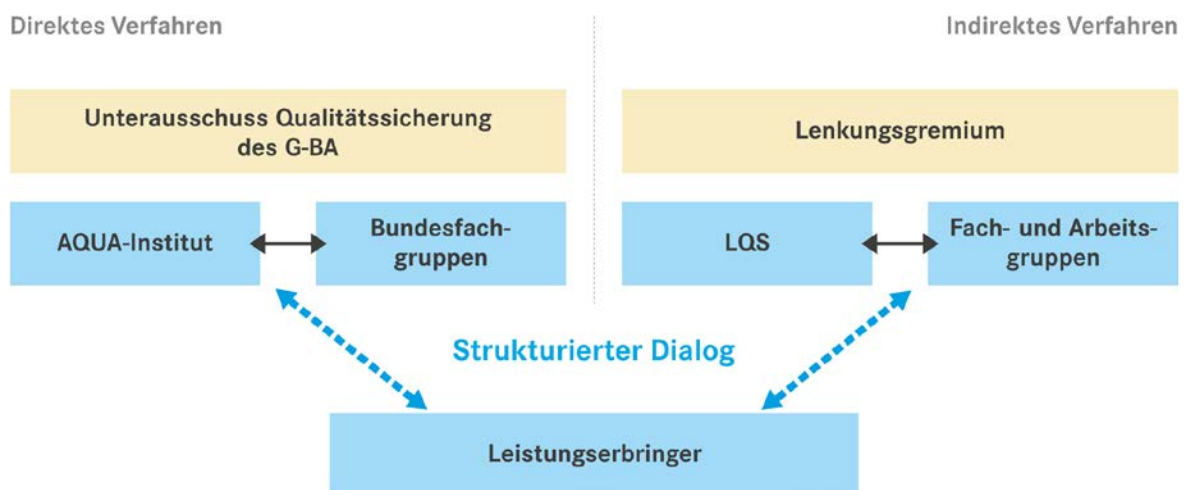


Abbildung 3: Zuständigkeiten der beteiligten Akteure

2.2. Referenzbereiche und rechnerische Auffälligkeiten

Für die meisten Qualitätsindikatoren der bestehenden und in Anwendung befindlichen Leistungsbereiche sind Referenzbereiche definiert. Als Auslösekriterium des Strukturierten Dialogs ist ein rechnerisch auffälliges Ergebnis bei einem Qualitätsindikator verantwortlich. Das heißt, das ausgewertete Ergebnis eines Krankenhauses für einen Qualitätsindikator liegt entweder innerhalb des definierten Referenzbereichs – und ist damit „unauffällig“ – oder außerhalb und gilt damit als „rechnerisch auffällig“.

Bei den Referenzbereichen wird noch zwischen Zielbereichen und Toleranzbereichen unterschieden.

Zielbereich: Gestützt auf wissenschaftliche Untersuchungen wird definiert, welches Ergebnis als gute Qualität anzusehen ist. Für diese Indikatoren wird ein fester Wert als Referenzbereich festgelegt.

Toleranzbereich: Für einige Indikatoren lässt sich keine sichere Grenze festlegen, die erreichbar gute Qualität beschreibt. Hier wird der Referenzbereich so festgelegt, dass er besonders auffällige Ergebnisse abgrenzt. Dies kann sowohl über einen festen Wert als auch über ein Perzentil erfolgen (Perzentil-Referenzbereich).

Die Lage eines Qualitätsindikatorwerts inner- oder außerhalb eines Referenzbereichs ist daher das erste Beurteilungskriterium, anhand dessen festgestellt wird, ob ein Behandlungsergebnis einem festgelegten Qualitätsziel entspricht. Es gibt verschiedene Arten von Indikatoren: Je nachdem welches Qualitätsziel im Fokus steht, misst der Indikator entweder die Prozess- oder die Ergebnisqualität.

Eine Sonderstellung nehmen die sogenannten Sentinel-Event-Indikatoren ein. Diese erfassen sehr seltene, dafür aber schwerwiegende Ereignisse. Diese Ereignisse werden grundsätzlich bei jedem einzelnen Auftreten als rechnerisch auffällig eingestuft. Insofern erfordert jeder aufgetretene Fall eine Stellungnahme des Krankenhauses und eine intensive Prüfung.

Die Auswahl, welche Qualitätsindikatoren eingesetzt werden, obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss, der sich in der Regel den Empfehlungen der eingesetzten Fachexperten anschließt.

Für einige Qualitätsindikatoren sind aus unterschiedlichen Gründen keine Referenzbereiche definiert. Anhand der Krankenhausergebnisse für diese Indikatoren kann zwar vergleichend die Behandlungsqualität einer Einrichtung beurteilt werden, es ist aber mangels Bezugsgröße nicht möglich, Krankenhausergebnisse als „auffällig“ oder „unauffällig“ einzustufen. Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich finden im Strukturierten Dialog deshalb keine unmittelbare Berücksichtigung. Sie können allerdings als Hintergrundinformation bei der Interpretation rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse einer Einrichtung von Interesse sein.

In der QSKH-RL (§ 10 Satz 1) heißt es: „die Ergebnisse eines Krankenhauses gelten als negativ oder positiv auffällig, wenn entweder ein Verdacht auf relevante Mängel in der Versorgungsqualität eines Krankenhauses besteht oder wenn die Versorgungsqualität eines Krankenhauses außergewöhnlich gut erscheint.“

Insofern sind auch gute Krankenhausergebnisse im Strukturierten Dialog zu berücksichtigen und ggf. zu hinterfragen.

2.3. Umgang mit Krankenhausergebnissen

Die nachfolgende Grafik stellt dar, wie das Ergebnis eines Qualitätsindikators oder eines Auffälligkeitskriteriums geprüft wird.

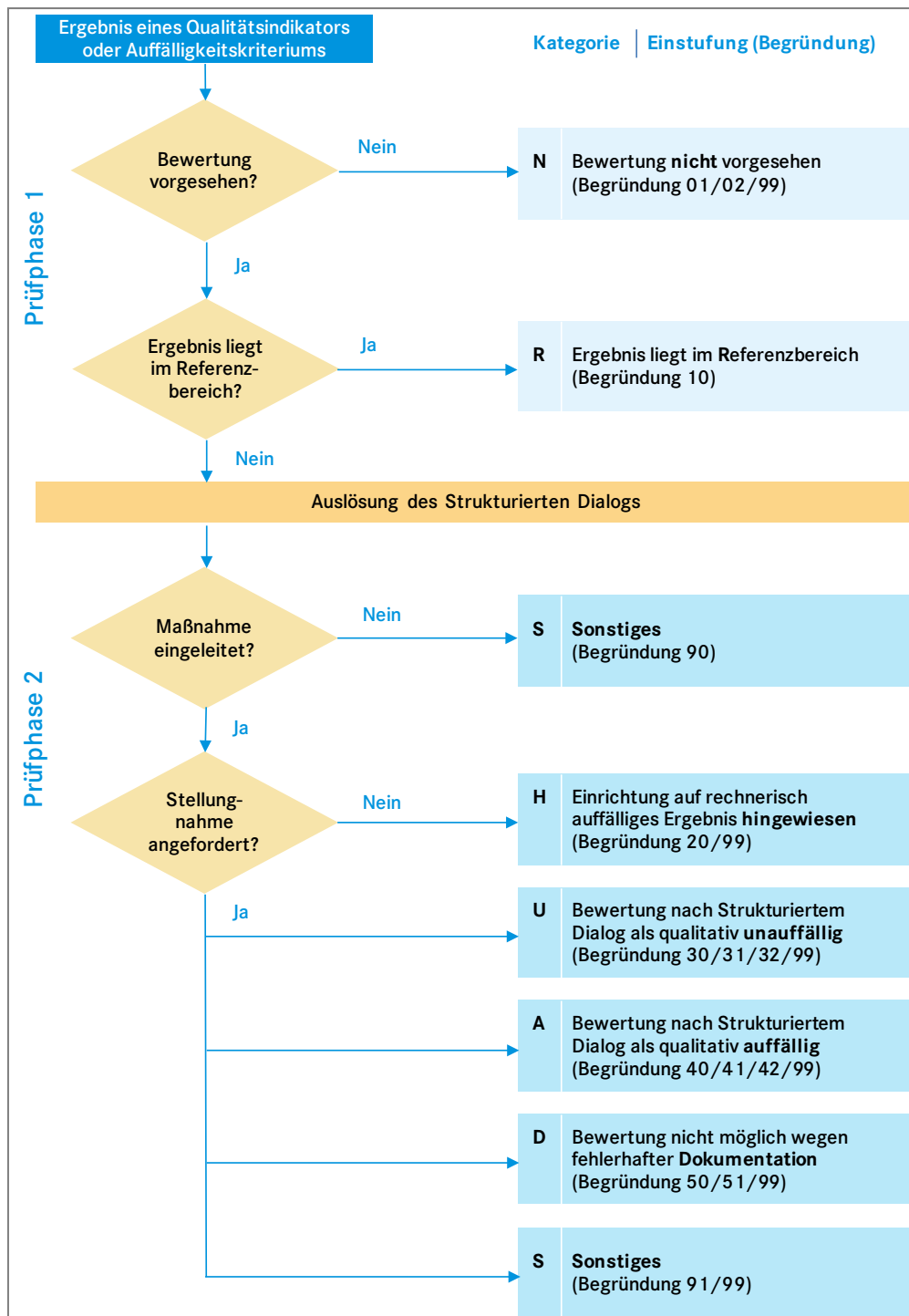


Abbildung 4: Ablaufdiagramm – Prüfschritte zur Bewertungseinstufung

3. Bearbeitung und Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten

3.1. Fachgruppenarbeit auf Bundes- und Landesebene

Die Entscheidung ob bei einem rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorergebnis eine Maßnahme eingeleitet wird, ein Hinweis an das Krankenhaus verschickt wird oder ob eine Stellungnahme angefordert wird, liegt im Ermessen der Landesgeschäftsstellen bzw. der Institution nach §137a SGB V. In der Regel erfolgt die Entscheidung in Abstimmung mit den Arbeits- bzw. Bundesfachgruppenmitgliedern.

Die übermittelten, anonymisierten Stellungnahmen der Krankenhäuser werden durch die Expertengruppen geprüft und abschließend bewertet.

Die folgende Abbildung zeigt die Maßnahmen im Strukturierten Dialog gemäß QSKH-RL im Überblick.

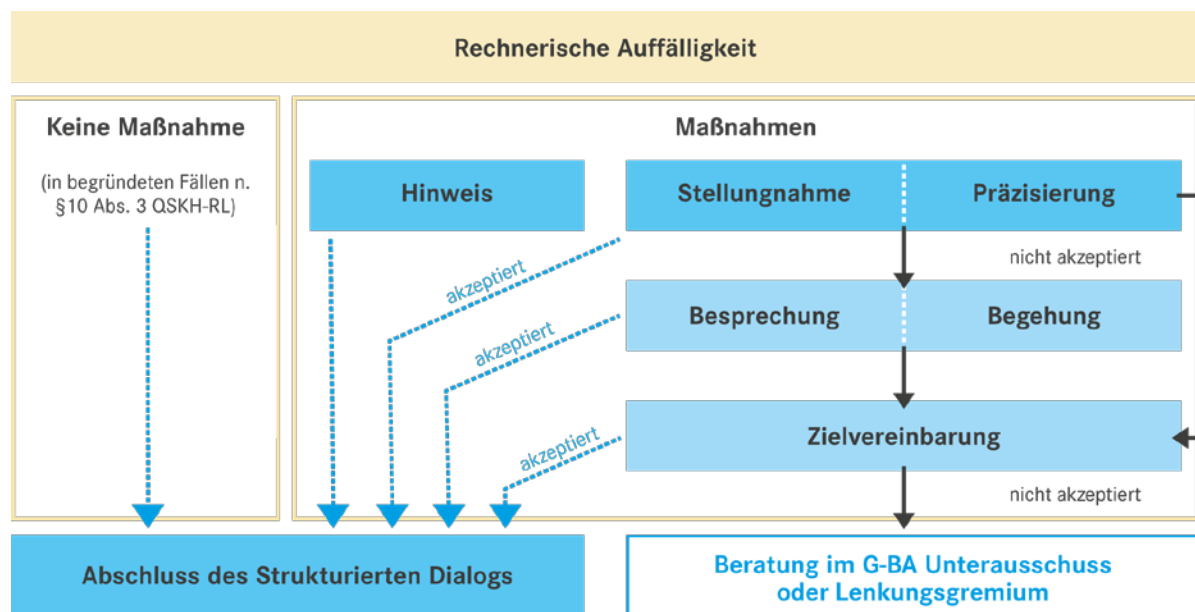


Abbildung 5: Maßnahmen im Strukturierten Dialog gemäß QSKH-RL

3.2. Bewertungskategorien

Die von den Landesgeschäftsstellen und dem AQUA-Institut überarbeitete Bewertungssystematik wurde für die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2012 erstmalig angewendet. Anstatt der bislang verwendeten Schlüsselnummern (von 1–14) erfolgt die Einstufung eines Ergebnisses nach dem Strukturierten Dialog nun durch die Wahl und Kennzeichnung mittels eines Buchstabens. Eine dahinterstehende Ziffer dient der Zuordnung zu Unterkategorien, die eine konkrete Begründung für die gewählte Einstufung liefern. Die Begründungen sind jeweils fest der vorstehenden Kategorie zugeordnet und dürfen nicht beliebig miteinander kombiniert werden.

Die nachstehende Tabelle zeigt die neu eingeführten bzw. überarbeiteten Bewertungskategorien mit ihren dazugehörigen Begründungstexten. Die Kategorien „N“ und „R“ inkl. Begründungstexte sind lediglich für den Strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser von Bedeutung. Sie sind für den Strukturierten Dialog nicht relevant, von daher wird in diesem Bericht nicht weiter auf diese Kategorien eingegangen. Die Begründungsziffern „U30“ und „A40“ (grau hinterlegt) dienen ausschließlich der Bewertung der Auffälligkeitskriterien im Rahmen der Datenvalidierung. Im Strukturierten Dialog kommen sie für die Bewertung der Qualitätsindikatoren nicht zur Anwendung.

Tabelle 3: Einstufungskategorien zum Erfassungsjahr 2012

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	01	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	10	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	30	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		31	Besondere klinische Situation
		32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	40	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		41	Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	50	Unvollständige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturiertem Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Eine eindeutige Überleitung vom bisherigen Bewertungsschema zu den neuen Bewertungskategorien ist nicht möglich. In der aktuell angewendeten Bewertungssystematik wurde bezüglich des Hinweisversandes eine neue Bewertungskategorie mit zwei Begründungstexten eingeführt (H20 bzw. H99). Zu dieser Bewertungskategorie findet sich kein Pendant in der alten Bewertungssystematik. In der Vergangenheit wurden rechnerisch auffällige Ergebnisse zu denen ein Hinweis versandt wurde in der Regel mit den Schlüsselnummern „1“ oder „2“ bewertet. In der überarbeiteten Bewertungssystematik ist der Bewertungsschlüssel 2 „unauffällig mit Verlaufskontrolle“ gestrichen worden. Auch bei der Einstufung wegen Dokumentationsmängeln findet sich eine veränderte Aussage. Die im Bericht dargestellten „Vergleiche“ von Bewertungseinstufungen in Grafiken und/oder Tabellen beziehen sich auf die in der untenstehenden Tabelle ersichtlichen, gegenübergestellten Bewertungsziffern.

Tabelle 4: Gegenüberstellung der Bewertungssystematiken

Bewertungskategorien ab EJ 2012		Bewertungsschlüssel bis EJ 2011	
Hinweise	[H20/H99]	-	-
Qualitativ unauffällig	[U31/U32/U99]	Qualitativ unauffällig	[1]
-	-	Qualitativ unauffällig mit Verlaufskontrolle	[2]
Qualitativ auffällig	[A41/A42/A99]	Qualitativ auffällig	[3, 4, 5]
-	-	Qualitativ auffällig wg. fehlerhafter Dokumentation	[13 u. 14]
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	[D50/D51/D99]	-	-
Sonstiges	[S90/S99]	Sonstiges	[9]
Sonstiges	[S91]	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen	[0]

4. Maßnahmen und Ergebnisse

4.1. Rechnerische Auffälligkeiten

Die Tabelle zeigt die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten pro Leistungsbereich des Erfassungsjahres 2012 im Vergleich zum Erfassungsjahr 2011.

Tabelle 5: Rechnerische Auffälligkeiten pro Leistungsbereich (EJ 2012, EJ 2011)

Leistungsbereich	Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	
	Erfassungsjahr 2012	Erfassungsjahr 2011
Cholezystektomie	840	907
Karotis-Revaskularisation	125	153
Ambulant erworbene Pneumonie	3.302	3.563
Herzschrittmacher-Implantation	849	966
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	814	906
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	748	780
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	770	934
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	313	375
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	263	279
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	1.074	943
Koronarchirurgie, isoliert	15	20
Aortenklappenchirurgie, isoliert	26	25
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	17	13
Herztransplantation	22	14
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	14	8
Lebertransplantation	32	22
Leberlebendspende	28	3
Nierentransplantation	29	22
Nierenlebendspende	77	10
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	21	_*
Geburtshilfe	826	997
Neonatologie	360	478
Gynäkologische Operationen	1.200	1.114
Mammachirurgie	1.140	1.689
Hüftgelenknahe Femurfraktur	1.108	1.264
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1.180	1.299
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1.226	1.265
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	524	743
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	484	398
Pflege: Dekubitusprophylaxe	259	250
Gesamt	17.686	19.440

* Im Bereich Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation finden sich im Erfassungsjahr 2011 keine Zahlen, da aufgrund der kleinen Fallzahlen eine kumulierte Auswertung über zwei Erfassungsjahre stattfand

4.2. Durchgeführte Maßnahmen

Alle rechnerischen Auffälligkeiten haben eine Maßnahme der jeweils betreuenden Stelle bzw. der entsprechenden Fachgruppe des Leistungsbereichs zur Folge. Einleitend wird das Krankenhaus entweder auf das rechnerisch auffällige Ergebnis hingewiesen oder zur Stellungnahme aufgefordert. Der Verzicht auf Maßnahmen soll nur in Ausnahmefällen erfolgen und ist mit einem Kommentar zu begründen. Dies wurde für das Erfassungsjahr 2012 zwölfmal wahrgenommen. Als Grund wurde einerseits angegeben, dass die betroffenen Abteilungen zwischenzeitlich geschlossen worden sind, andererseits wurde das Indikatorergebnis bereits bei einem anderen in Abhängigkeit dazu stehenden Indikator geprüft.

Neben den einleitenden Maßnahmen besteht die Möglichkeit weiterführende Maßnahmen wie Besprechungen oder Begehungen mit abschließenden Zielvereinbarungen durchzuführen.

Abbildung 6 zeigt die eingeleiteten Maßnahmen insgesamt im Vergleich zum Vorjahr. In Tabelle 6 ist eine Übersicht der durchgeführten Maßnahmen pro Leistungsbereich dargestellt. Die gleiche Darstellung, bezogen auf die durchgeführten Maßnahmen pro Bundesland, findet sich in Tabelle 7 und Abbildung 7 stellt die Maßnahmen pro Bundesland im Vergleich zum Vorjahr dar.

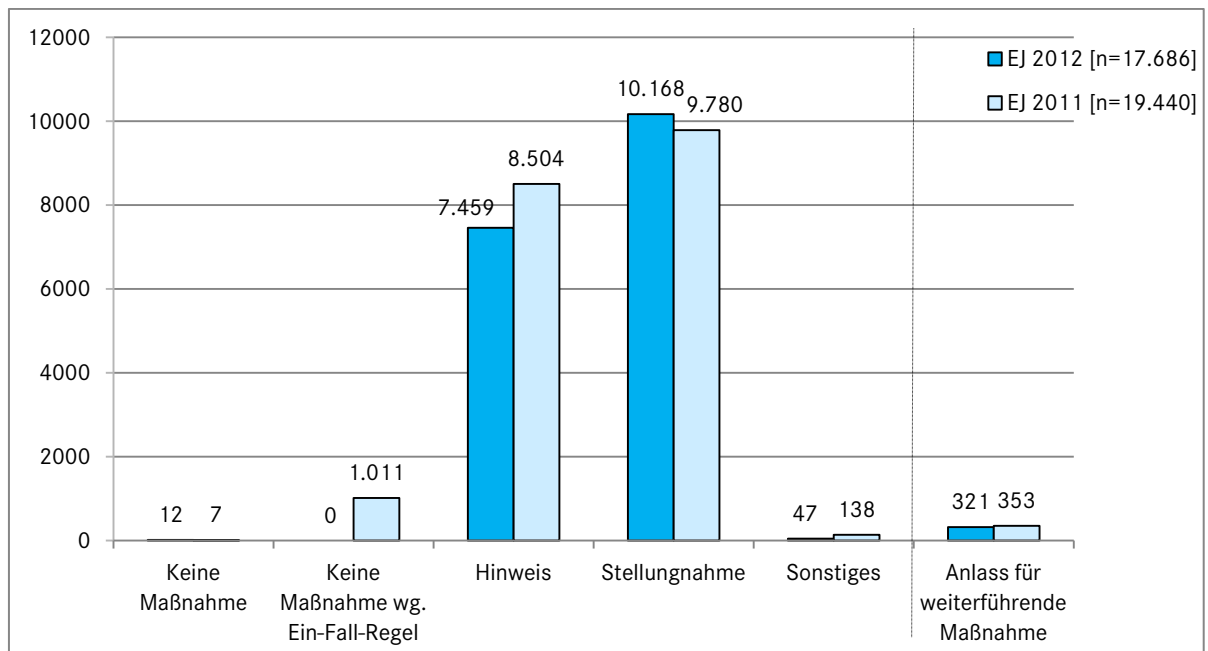


Abbildung 6: Maßnahmen gemäß §11 und 12 QSKH-RL (Erfassungsjahre 2012 und 2011)

Tabelle 6: Durchgeführte Maßnahmen pro Leistungsbereich

Leistungsbereich	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cholezystektomie	840	4,7	0	0,0	271	32,3	567	67,5	2	0,2	4	0,7	0	0,0	19	3,4
Karotis-Revaskularisation	125	0,7	0	0,0	43	34,4	82	65,6	0	0,0	6	7,3	0	0,0	7	8,5
Ambulant erworbene Pneumonie	3.302	18,7	2	0,1	1.387	42,0	1.900	57,5	13	0,4	43	2,3	0	0,0	235	12,4
Herzschrittmacher-Implantation	849	4,8	0	0,0	402	47,3	447	52,7	0	0,0	24	5,4	0	0,0	32	7,2
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	814	4,6	0	0,0	450	55,3	364	44,7	0	0,0	12	3,3	0	0,0	26	7,1
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	748	4,2	0	0,0	343	45,9	405	54,1	0	0,0	19	4,7	1	0,2	27	6,7
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	770	4,4	0	0,0	348	45,2	422	54,8	0	0,0	8	1,9	0	0,0	20	4,7
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	313	1,8	0	0,0	126	40,3	187	59,7	0	0,0	1	0,5	0	0,0	4	2,1
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	263	1,5	0	0,0	102	38,8	161	61,2	0	0,0	3	1,9	0	0,0	1	0,6
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	1.074	6,1	0	0,0	428	39,9	646	60,1	0	0,0	30	4,6	0	0,0	50	7,7
Koronarchirurgie, isoliert	15	0,1	0	0,0	1	6,7	14	93,3	0	0,0	1	7,1	0	0,0	1	7,1
Aortenklappenchirurgie, isoliert	26	0,1	0	0,0	2	7,7	24	92,3	0	0,0	2	8,3	0	0,0	2	8,3
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	17	0,1	0	0,0	2	11,8	15	88,2	0	0,0	1	6,7	0	0,0	1	6,7
Herztransplantation	22	0,1	0	0,0	0	0,0	22	100,0	0	0,0	4	18,2	0	0,0	6	27,3
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	14	0,1	0	0,0	0	0,0	14	100,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	1	7,1
Leberlebendspende	28	0,2	0	0,0	0	0,0	28	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lebertransplantation	32	0,2	0	0,0	0	0,0	32	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nierenlebendspende	77	0,4	0	0,0	0	0,0	77	100,0	0	0,0	3	3,9	0	0,0	3	3,9
Nierentransplantation	29	0,2	0	0,0	0	0,0	29	100,0	0	0,0	3	10,3	0	0,0	3	10,3
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	21	0,1	0	0,0	0	0,0	21	100,0	0	0,0	2	9,5	0	0,0	2	9,5
Geburtshilfe	826	4,7	4	0,5	206	24,9	616	74,6	0	0,0	20	3,2	22	3,6	49	8,0
Neonatalogie	360	2,0	0	0,0	126	35,0	231	64,2	3	0,8	3	1,3	0	0,0	12	5,2

Leistungsbereich	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gynäkologische Operationen	1.200	6,8	2	0,2	544	45,3	652	54,3	2	0,2	9	1,4	2	0,3	14	2,1
Mammachirurgie	1.140	6,4	0	0,0	630	55,3	483	42,4	27	2,4	29	6,0	18	3,7	55	11,4
Hüftgelenknahe Femurfraktur	1.108	6,3	0	0,0	432	39,0	676	61,0	0	0,0	10	1,5	0	0,0	27	4,0
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1.180	6,7	0	0,0	472	40,0	708	60,0	0	0,0	15	2,1	0	0,0	63	8,9
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1.226	6,9	0	0,0	615	50,2	611	49,8	0	0,0	13	2,1	0	0,0	17	2,8
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	524	3,0	0	0,0	187	35,7	337	64,3	0	0,0	6	1,8	0	0,0	25	7,4
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	484	2,7	0	0,0	286	59,1	198	40,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	3,0
Pflege: Dekubitusprophylaxe	259	1,5	4	1,5	56	21,6	199	76,8	0	0,0	6	3,0	0	0,0	6	3,0
Gesamt	17.686	100	12	0,1	7.459	42,2	10.168	57,5	47	0,3	278	2,7	43	0,4	714	7,0

Tabelle 7: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland (EJ 2012)

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	3.189	18,0	0	0,0	2.250	70,6	939	29,4	0	0,0	10	1,1	34	3,6	13	1,4
Brandenburg	517	2,9	0	0,0	44	8,5	473	91,5	0	0,0	10	2,1	0	0,0	0	0,0
Berlin	630	3,6	0	0,0	199	31,6	431	68,4	0	0,0	9	2,1	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	1.987	11,2	0	0,0	911	45,8	1.033	52,0	43	2,2	24	2,3	0	0,0	148	14,3
Bremen	140	0,8	5	3,6	16	11,4	119	85,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	970	5,5	0	0,0	250	25,8	718	74,0	2	0,2	53	7,4	8	1,1	53	7,4
Hamburg	259	1,5	0	0,0	115	44,4	144	55,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	324	1,8	5	1,5	32	9,9	287	88,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	1.883	10,6	0	0,0	800	42,5	1.083	57,5	0	0,0	52	4,8	0	0,0	45	4,2
Nordrhein-Westfalen	3.671	20,8	0	0,0	1.400	38,1	2.271	61,9	0	0,0	60	2,6	0	0,0	360	15,9
Rheinland-Pfalz	984	5,6	0	0,0	462	47,0	522	53,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	45	8,6
Schleswig-Holstein	478	2,7	2	0,4	136	28,5	340	71,1	0	0,0	8	2,4	0	0,0	0	0,0
Saarland	252	1,4	0	0,0	11	4,4	239	94,8	2	0,8	1	0,4	1	0,4	1	0,4
Sachsen	1.100	6,2	0	0,0	271	24,6	829	75,4	0	0,0	23	2,8	0	0,0	23	2,8
Sachsen-Anhalt	604	3,4	0	0,0	326	54,0	278	46,0	0	0,0	2	0,7	0	0,0	1	0,4
Thüringen	417	2,4	0	0,0	231	55,4	186	44,6	0	0,0	8	4,3	0	0,0	6	3,2
AQUA-Institut	281	1,6	0	0,0	5	1,8	276	98,2	0	0,0	17	6,2	0	0,0	19	6,9
Gesamt	17.686	100	12	0,1	7.459	42,2	10.168	57,5	47	0,3	278	2,7	43	0,4	714	7,0

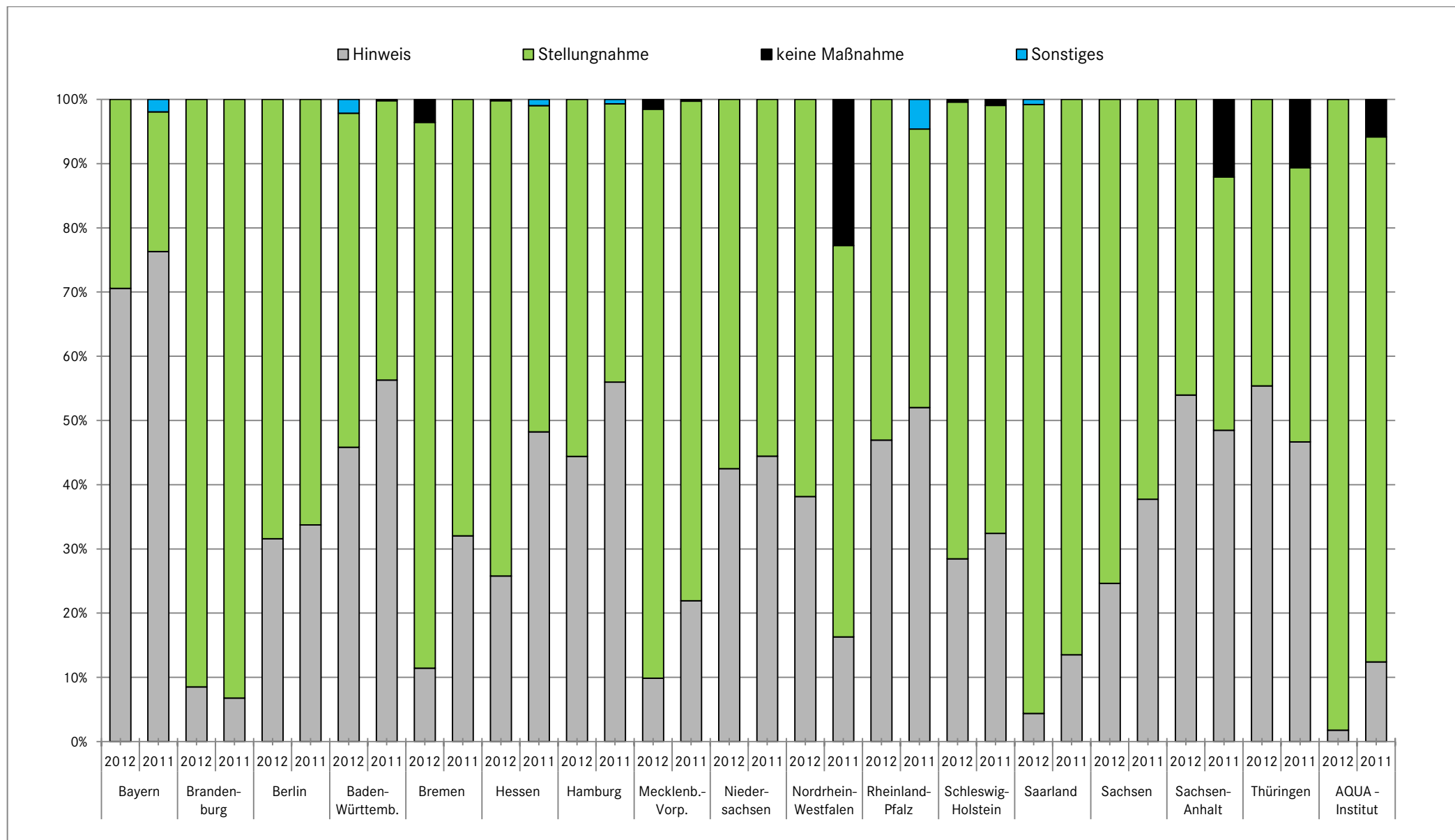


Abbildung 7: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland (EJ 2012, EJ 2011)

4.3. Abschließende Einstufung und Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten

Die rechnerischen Auffälligkeiten wurden von den jeweils betreuenden Stellen bzw. Fachgruppen anhand der in Abschnitt 3.2 erläuterten Bewertungssystematik eingestuft.

In Abbildung 8 sind die relativen Anteile der Bewertungen aller 17.686 rechnerischen Auffälligkeiten aus dem Erfassungsjahr 2012 dargestellt. Eine weitere grafische Darstellung zu den Vorjahresergebnissen findet sich in Abschnitt 5.5 (Abbildung 29).

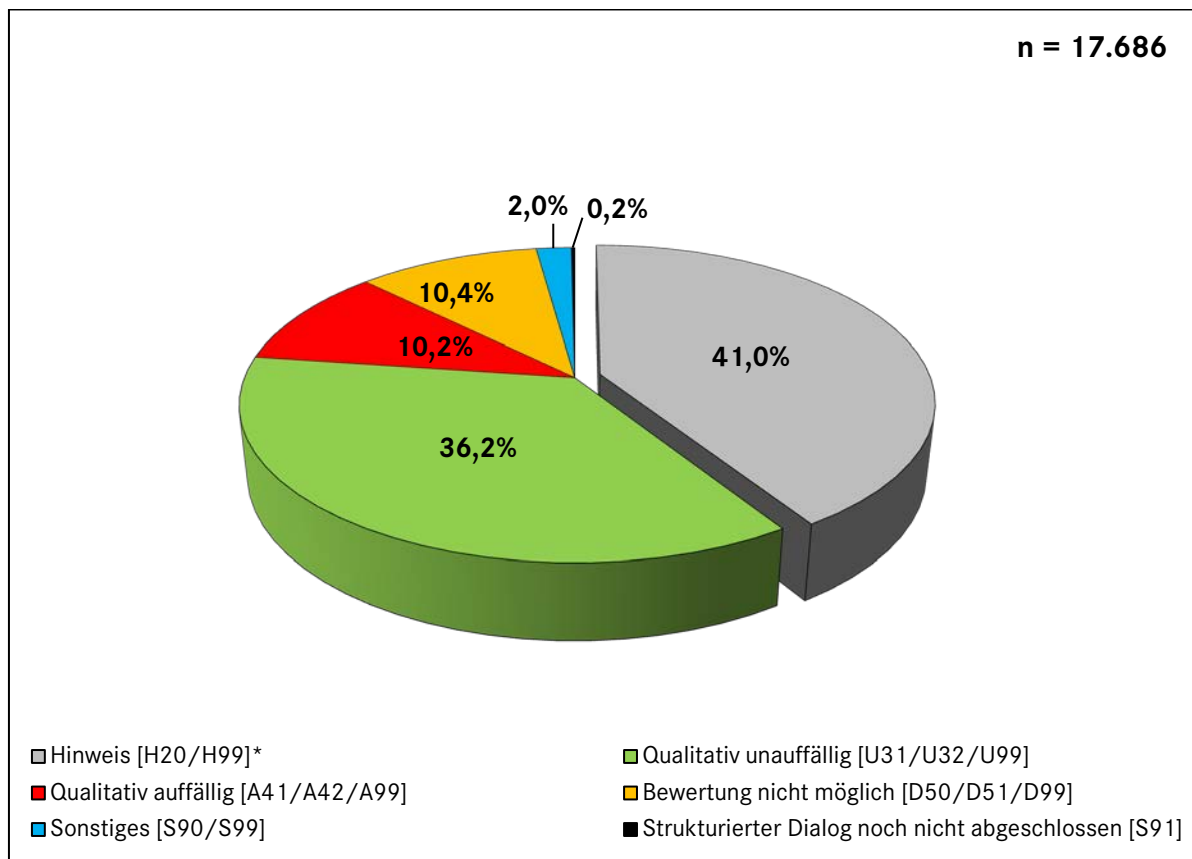


Abbildung 8: Darstellung der Hinweise und der abschließenden Ergebniseinstufung der Stellungnahmen zu den rechnerischen Auffälligkeiten des Erfassungsjahres 2012

*neue Bewertungskategorien gültig ab dem Erfassungsjahr 2012

In Tabelle 8 sind die gewählten Bewertungen aggregiert pro Leistungsbereich dargestellt. Die gleiche Darstellung pro Bundesland findet sich in Tabelle 9. Die Begründungen für die erteilten Bewertungen werden in Abschnitt 4.4 näher erläutert.

Tabelle 8: Ergebniseinstufungen der rechn. Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Leistungsbereich

Leistungsbereich	Rechnerische Auffälligkeit n	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20 + H99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cholezystektomie	840	32	3,8	453	53,9	31	3,7	19	2,3	4	0,5	5	0,6	25	3,0	3	0,4	3	0,4	0	0,0	0	0,0	6	0,7	259	30,8
Karotis-Revaskularisation	125	7	5,6	58	46,4	3	2,4	6	4,8	0	0,0	4	3,2	4	3,2	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	42	33,6
Ambulant erworbene Pneumonie	3.302	209	6,3	493	14,9	114	3,5	507	15,4	32	1,0	41	1,2	461	14,0	1	0,0	2	0,1	9	0,3	2	0,1	76	2,3	1.355	41,0
Herzschrittmacher-Implantation	849	17	2,0	294	34,6	14	1,6	69	8,1	12	1,4	10	1,2	25	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,4	13	1,5	392	46,2
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	814	19	2,3	140	17,2	17	2,1	80	9,8	7	0,9	12	1,5	75	9,2	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,1	17	2,1	445	54,7
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	748	17	2,3	281	37,6	4	0,5	65	8,7	12	1,6	4	0,5	27	3,6	3	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,1	4	0,5	330	44,1
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	770	20	2,6	214	27,8	27	3,5	20	2,6	15	1,9	2	0,3	97	12,6	6	0,8	2	0,3	0	0,0	3	0,4	25	3,2	339	44,0
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	313	4	1,3	90	28,8	2	0,6	29	9,3	4	1,3	3	1,0	46	14,7	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	9	2,9	125	39,9
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/ Systemwechsel/ Explantation	263	6	2,3	97	36,9	9	3,4	4	1,5	3	1,1	0	0,0	30	11,4	5	1,9	0	0,0	0	0,0	1	0,4	10	3,8	98	37,3
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	1.074	163	15,2	238	22,2	28	2,6	68	6,3	14	1,3	3	0,3	114	10,6	9	0,8	5	0,5	0	0,0	0	0,0	24	2,2	408	38,0
Koronarchirurgie, isoliert	15	0	0,0	7	46,7	0	0,0	5	33,3	2	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7
Aortenklappenchirurgie, isoliert	26	0	0,0	12	46,2	0	0,0	11	42,3	1	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,7
Kombinierte Koronar- u. Aortenklappenchirurgie	17	0	0,0	8	47,1	0	0,0	6	35,3	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	11,8
Herztransplantation	22	0	0,0	13	59,1	3	13,6	6	27,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lungen- u. Herz-Lungentransplantation	14	1	7,1	7	50,0	2	14,3	1	7,1	0	0,0	0	0,0	3	21,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Leberlebenspende	28	0	0,0	5	17,9	8	28,6	3	10,7	0	0,0	0	0,0	12	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Leistungsbereich	Rechnerische Aufälligkeit n	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis			
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20 + H99			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Lebertransplantation	32	0	0,0	12	37,5	0	0,0	13	40,6	0	0,0	0	0,0	6	18,8	1	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nierenlebenspende	77	0	0,0	8	10,4	6	7,8	4	5,2	0	0,0	46	59,7	13	16,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nierentransplantation	29	1	3,4	10	34,5	0	0,0	8	27,6	0	0,0	7	24,1	3	10,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pankreas- u. Pankreas- Nierentransplantation	21	0	0,0	12	57,1	1	4,8	4	19,0	0	0,0	0	0,0	4	19,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geburtshilfe	826	39	4,7	245	29,7	30	3,6	129	15,6	36	4,4	5	0,6	96	11,6	4	0,5	0	0,0	4	0,5	11	1,3	26	3,1	201	24,3		
Neonatologie	360	34	9,4	109	30,3	16	4,4	25	6,9	5	1,4	4	1,1	35	9,7	0	0,0	1	0,3	0	0,0	2	0,6	7	1,9	122	33,9		
Gynäkologische Operationen	1.200	48	4,0	400	33,3	52	4,3	33	2,8	13	1,1	4	0,3	87	7,3	0	0,0	1	0,1	5	0,4	1	0,1	16	1,3	540	45,0		
Mammachirurgie	1.140	32	2,8	206	18,1	24	2,1	58	5,1	18	1,6	3	0,3	146	12,8	7	0,6	1	0,1	0	0,0	2	0,2	38	3,3	605	53,1		
Hüftgelenknahe Femurfraktur	1.108	28	2,5	446	40,3	31	2,8	66	6,0	16	1,4	8	0,7	63	5,7	2	0,2	1	0,1	5	0,5	3	0,3	21	1,9	418	37,7		
Hüft-Endoprothesen- Erstimplantation	1.180	58	4,9	373	31,6	25	2,1	42	3,6	23	1,9	3	0,3	172	14,6	2	0,2	2	0,2	0	0,0	3	0,3	17	1,4	460	39,0		
Hüft-Endoprothesen- wechsel und -komponentenwechsel	1.226	37	3,0	477	38,9	3	0,2	21	1,7	22	1,8	8	0,7	47	3,8	3	0,2	0	0,0	0	0,0	7	0,6	8	0,7	593	48,4		
Knie-Totalendopro- thesen-Erstimplantation	524	33	6,3	145	27,7	16	3,1	16	3,1	13	2,5	2	0,4	107	20,4	1	0,2	2	0,4	0	0,0	0	0,0	8	1,5	181	34,5		
Knie-Endoprothesen- wechsel und - komponentenwechsel	484	7	1,4	156	32,2	2	0,4	3	0,6	10	2,1	3	0,6	23	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	3	0,6	276	57,0		
Pflege: Dekubituspro- phylaxe	259	16	6,2	77	29,7	19	7,3	36	13,9	6	2,3	2	0,8	45	17,4	1	0,4	1	0,4	4	1,5	0	0,0	1	0,4	51	19,7		
Gesamt	17.686	828	4,7	5.086	28,8	487	2,8	1.357	7,7	269	1,5	179	1,0	1766	10,0	49	0,3	23	0,1	27	0,2	41	0,2	329	1,9	7.245	41,0		

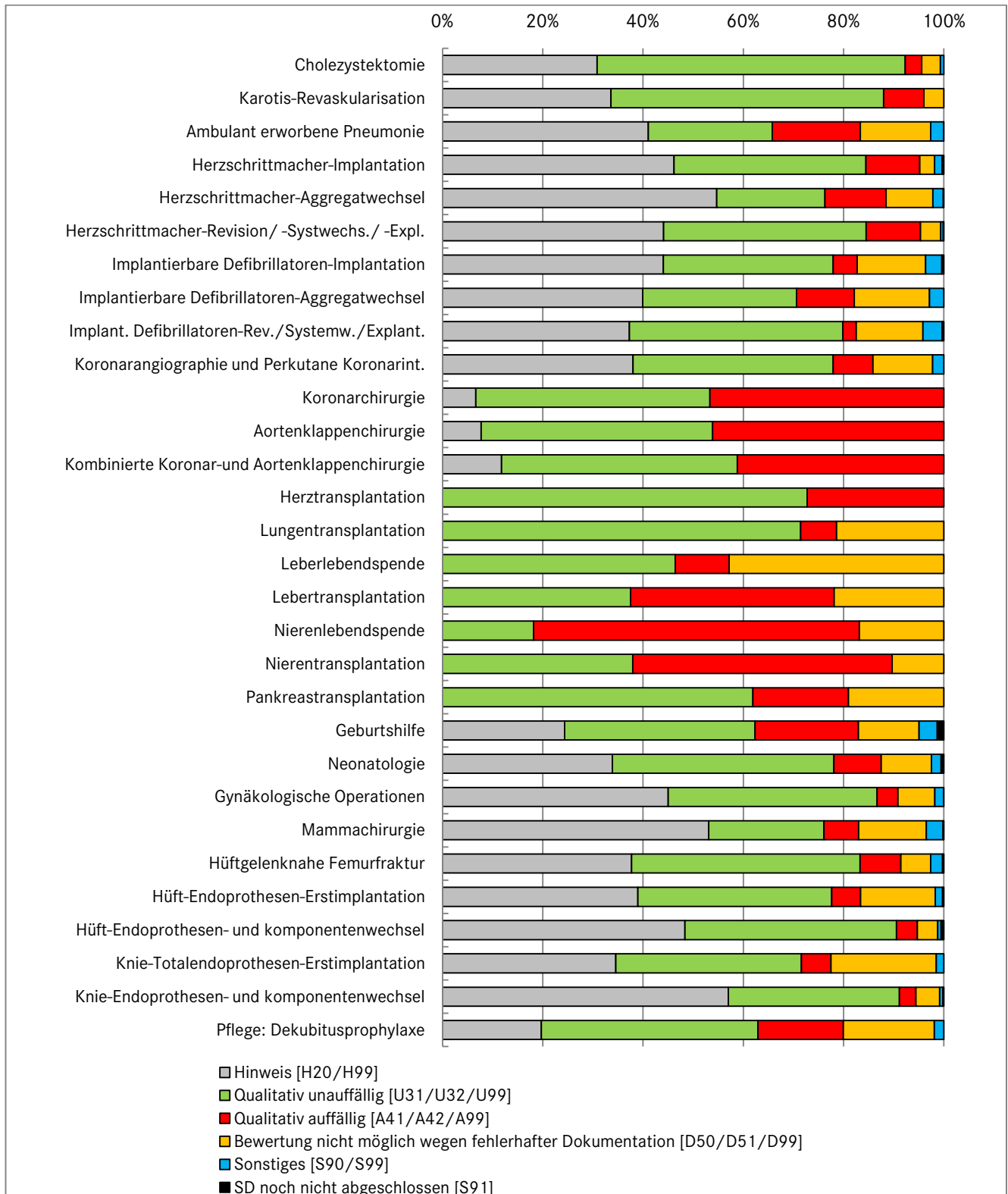


Abbildung 9: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufungen der Stellungnahmen nach Leistungsbereichen

Tabelle 9: Ergebniseinstufungen der rechn. Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit n	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20 + H99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	3.189	105	3,3	366	11,5	0	0,0	95	3,0	54	1,7	1	0,0	298	9,3	14	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,1	4	0,1	2.250	70,6
Brandenburg	517	15	2,9	274	53,0	17	3,3	62	12,0	22	4,3	8	1,5	74	14,3	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	44	8,5
Berlin	630	90	14,3	226	35,9	0	0,0	24	3,8	12	1,9	0	0,0	69	11,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	9	1,4	0	0,0	199	31,6
Baden-Württemberg	1.987	41	2,1	537	27,0	108	5,4	174	8,8	55	2,8	21	1,1	98	4,9	0	0,0	6	0,3	0	0,0	6	0,3	59	3,0	882	44,4
Bremen	140	9	6,4	97	69,3	5	3,6	4	2,9	1	0,7	0	0,0	5	3,6	2	1,4	0	0,0	5	3,6	0	0,0	0	0,0	12	8,6
Hessen	970	6	0,6	417	43,0	10	1,0	104	10,7	15	1,5	13	1,3	160	16,5	1	0,1	0	0,0	2	0,2	0	0,0	0	0,0	242	24,9
Hamburg	259	239	92,3	6	2,3	7	2,7	7	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	324	9	2,8	149	46,0	12	3,7	53	16,4	0	0,0	6	1,9	54	16,7	0	0,0	3	0,9	5	1,5	0	0,0	1	0,3	32	9,9
Niedersachsen	1.883	32	1,7	575	30,5	82	4,4	200	10,6	8	0,4	2	0,1	168	8,9	6	0,3	1	0,1	0	0,0	0	0,0	9	0,5	800	42,5
Nordrhein-Westfalen	3.671	187	5,1	1057	28,8	66	1,8	259	7,1	41	1,1	19	0,5	535	14,6	15	0,4	11	0,3	11	0,3	2	0,1	72	2,0	1.396	38,0
Rheinland-Pfalz	984	4	0,4	259	26,3	23	2,3	82	8,3	29	2,9	0	0,0	121	12,3	3	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2	461	46,8
Schleswig-Holstein	478	37	7,7	173	36,2	57	11,9	8	1,7	0	0,0	15	3,1	38	7,9	2	0,4	0	0,0	2	0,4	0	0,0	10	2,1	136	28,5
Saarland	252	0	0,0	167	66,3	6	2,4	34	13,5	12	4,8	0	0,0	17	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	2,4	10	4,0
Sachsen	1.100	19	1,7	381	34,6	35	3,2	120	10,9	15	1,4	36	3,3	51	4,6	3	0,3	0	0,0	0	0,0	12	1,1	157	14,3	271	24,6
Sachsen-Anhalt	604	22	3,6	199	32,9	24	4,0	45	7,5	1	0,2	5	0,8	11	1,8	0	0,0	2	0,3	2	0,3	10	1,7	9	1,5	274	45,4
Thüringen	417	11	2,6	109	26,1	15	3,6	25	6,0	0	0,0	0	0,0	26	6,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	231	55,4
AQUA-Institut	281	2	0,7	94	33,5	20	7,1	61	21,7	4	1,4	53	18,9	41	14,6	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	1,8
Gesamt	17.686	828	4,7	5086	28,8	487	2,8	1357	7,7	269	1,5	179	1,0	1.766	10,0	49	0,3	23	0,1	27	0,2	41	0,2	329	1,9	7.245	41,0

Abbildung 10 stellt die Bewertungen pro Bundesland der Erfassungsjahre 2011 und 2012 gegenüber. Dabei ist zu beachten, dass den Erfassungsjahren unterschiedliche Bewertungssystematiken zu Grunde lagen. War eine Bewertungskategorie nur für eines der Erfassungsjahre möglich, ist dies in Klammern hinter den Einträgen vermerkt. Bezüglich der Einstufung zum Hinweisversand ist anzumerken, dass diese erstmalig eine eigene Bewertungskategorie bekommen haben. In den Vorjahren wurden die Hinweise in der Regel entweder mit den Schlüsselnummern „1“ oder „2“ bewertet.

Folgende Tabelle verdeutlicht die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Bewertungssystematiken. Dabei wird sichtbar welche Kategorien in Abbildung 10 für beide Erfassungsjahre dargestellt werden können (qualitativ unauffällig, qualitativ auffällig und Sonstiges). Die übrigen Bewertungskategorien sind in Abbildung 10 jeweils nur für eines der Erfassungsjahre dargestellt.

Table 10: Gegenüberstellung der Bewertungssystematiken

Bewertungskategorien ab EJ 2012		Bewertungsschlüssel bis EJ 2011	
Hinweise	[H20/H99]	-	-
Qualitativ unauffällig	[U31/U32/U99]	Qualitativ unauffällig	[1]
-	-	Qualitativ unauffällig mit Verlaufskontrolle	[2]
Qualitativ auffällig	[A41/A42/A99]	Qualitativ auffällig	[3, 4, 5]
-	-	Qualitativ auffällig wg. fehlerhaf- ter Dokumentation	[13 u. 14]
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	[D50/D51/D99]	-	-
Sonstiges	[S90/S99]	Sonstiges	[9]
Sonstiges	[S91]	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen	[0]

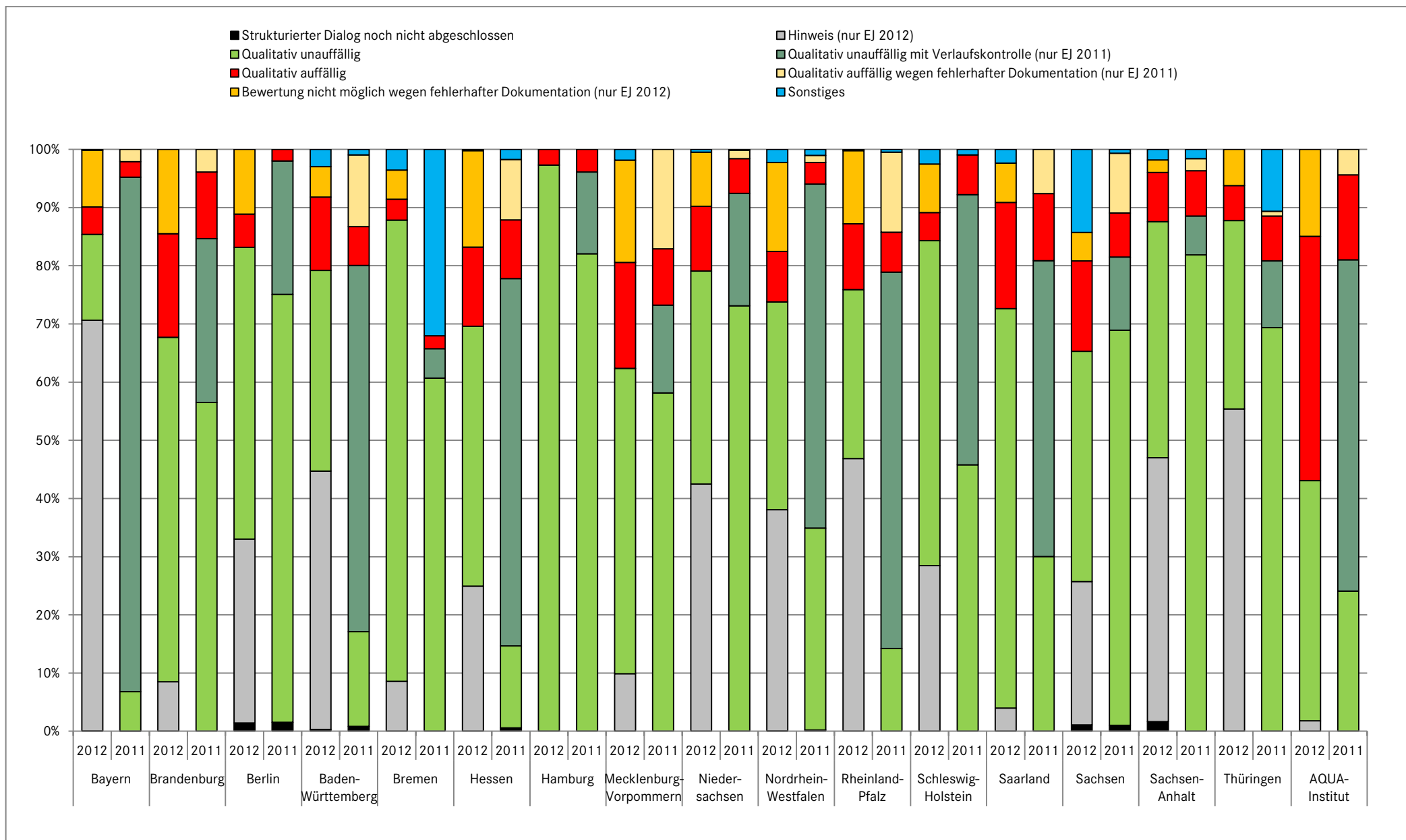


Abbildung 10: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufungen der Stellungnahmen nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland

4.4. Begründungen zu den Bewertungskategorien

4.4.1. Hinweise

H20 – Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen. Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

Für den Hinweisversand gibt es seit dem EJ 2012 zwei eigene Einstufungskategorien. Ein Hinweis kann versendet werden, wenn es sich bei der rechnerischen Auffälligkeit um einen einzelnen Fall (Ein-Fall-Regel) handelt, der die rechnerische Abweichung bedingte. Oder wenn das Krankenhaus im Vorjahr bereits mit einer zusätzlichen Maßnahme, wie z.B. ein Kollegiales Gespräch oder eine Vor-Ort-Begehung im Strukturierten Dialog gewesen ist und im Rahmen der vereinbarten Ziele mittlerweile verbesserte Ergebnisse aufzuweisen hat, aber dennoch eine rechnerische Auffälligkeit zu verzeichnen war, die jedoch nach abgeschlossenen Umsetzungsmaßnahmen behoben sein sollte. Die Einrichtungen erhalten in den erwähnten Fällen ein Hinweisschreiben mit der Aufforderung, die rechnerische Auffälligkeit im Rahmen des einrichtungsinernen Qualitätsmanagements zu analysieren. Insgesamt wurde bei 6.190 rechnerischen Auffälligkeiten auf diese Art des Hinweisversandes zurückgegriffen.

H99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Wenn Hinweise aus einem anderen Grund als den unter H20 aufgeführten Gründen versendet werden, so ist dies mit einem eigenen Kommentar näher zu erläutern. Insgesamt wurde 1.055-mal diese Begründungskategorie gewählt. Beispielhaft sind nachstehend die in diesem Jahr verwendeten Begründungskommentare aufgeführt:

- Anwendung der Ein-Fall-Regel gemäß Empfehlung der PG-Leitfaden¹.
- Gemäß der Empfehlung der Bundesfachgruppe beim AQUA-Institut wurde der formelle Strukturierte Dialog zu o.g. Indikator in diesem Jahr ausgesetzt, da eine Weiterentwicklung, u.a. des Referenzbereichs, vorgesehen ist. Aus diesem Grund ist eine Bewertung des rechnerischen Ergebnisses des Erfassungsjahrs 2012 nicht zielführend. Ihre Einrichtung erhält somit lediglich einen Hinweis.

Obwohl die Bewertungssystematik dies nicht vorsieht, erfolgte in wenigen Fällen nach Versand eines Hinweises die Einstufung in eine andere Kategorie (U, A oder S) als die dafür vorgesehenen H20 oder H99. Insofern ist die Anzahl der gewählten Maßnahme „Hinweise“ nicht gleichzusetzen mit der Summe aus H20 und H99.

4.4.2. Unauffällige Bewertungen und ihre Begründungen

U31 – Besondere klinische Situation

Diese Begründung zur Einstufung wird in der Regel vergeben, wenn es sich um ein Krankenhaus handelt, das eine spezielle Behandlungsmethodik anbietet und dadurch eine besondere Patientenklientel vorhanden ist, z.B. eine Einrichtung, die spezielle Lungenerkrankungen behandelt. Sollte diese Einrichtung in ihren Ergebnissen auffällig geworden sein, so kann es sein, dass nach erfolgter Überprüfung der übermittelten Stellungnahmen letztlich von den Fachexperten diese Begründungsziffer zur Bewertung ausgewählt worden ist. Insgesamt kam dies 828-mal vor.

U32 – Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Diese Bewertungskategorie wird vergeben, wenn anhand der Stellungnahmen von schicksalhaften Behandlungsverläufen auszugehen ist. Bundesweit wurde diese Einstufungsbegründung für 5.086 rechnerisch auffällige Ergebnisse vergeben.

U99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Wenn im Rahmen des Strukturierten Dialogs das rechnerisch auffällige Ergebnis abschließend als qualitativ unauffällig eingestuft wird, aber die Kategorien U31 oder U32 nicht zutreffen, wird die Kategorie U99 vergeben. Hierbei ist es notwendig, die Angabe „Sonstiges“ in einem Kommentar zu erläutern. Insgesamt wurde diese Einstufungsoption 487-mal gewählt.

¹ Projektgruppe Leitfaden: bestehend aus Mitgliedern der LQS und des AQUA-Instituts, die sich mit der Weiterentwicklung und Umsetzung der Maßnahmen des Strukturierten Dialogs beschäftigt.

Beispielhaft finden sich im Folgenden verschiedene Kommentare, die verwendet worden sind:

- Nach Strukturiertem Dialog kein Hinweis auf Mängel bei der fachlich gebotenen Qualität. Die rechnerische Abweichung wurde durch fehlerhafte QS-Dokumentation verursacht.
- Einzelfall als Erfassungsfehler, ohne Hinweis auf grundsätzliche Dokumentationsmängel, welche die Bewertbarkeit des Indikators beeinträchtigen.
- Intensive Beobachtung der Ergebnisse im nächsten Jahr.
- Die fehlende Nachsorgeinformation liegt nicht im Verschulden des Krankenhauses.
- Die Indikationen sind plausibel begründet.
- Aufgrund interner Fehleranalyse der Einrichtung sind sofort nachweisbar erfolgversprechende Maßnahmen umgesetzt worden.
- Der Referenzbereich wurde knapp verfehlt. Maßnahmen zur Behebung des Problems wurden bereits eingeleitet.

4.4.3. Auffällige Bewertungen und ihre Begründungen

A41 – Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel

Diese Bewertungskategorie wird vergeben, wenn die Stellungnahme Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel vermuten lässt. Teilweise wurden von den Vertretern der Krankenhäuser, die die Stellungnahmen erarbeitet haben, selbst Struktur- und Prozessmängel erkannt und Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet. Für 1.357 Indikatorergebnisse wurde der qualitative Mangel bestätigt.

A42 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt

Diese Bewertungskategorie kann vergeben werden, wenn keine oder eine unzureichende Stellungnahme abgegeben wird. Diese Bewertung wurde bundesweit 269-mal vergeben.

A99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Passt die Ursache für die Auffälligkeit nicht in die vorstehenden zwei Begründungskategorien (A41 oder A42), kann unter A99 jede Art eines auffälligen Ergebnisses individuell begründet werden. Nachstehend sind einige Kommentare aufgeführt, die im diesjährigen Strukturierten Dialog zu 179 Indikatorergebnissen verfasst worden sind:

- Die Einzelfälle wurden aus Sicht der Fachgruppe ausreichend begründet. Aufgrund der Häufung der Fälle, sowie der aufgetretenen Dokumentationsfehler, wird dies von der Fachgruppe zum Anlass genommen, die Ergebnisse im kommenden Jahr unter besonderer Berücksichtigung der diesjährigen Auswertung zu betrachten.
- Die Indikationsstellung zur Operation erfolgte ohne Berücksichtigung des Befundes.
- 12x D50 + 12x A41
- Sowohl Dokumentationsfehler als auch Mängel der Struktur- und Prozessqualität haben das auffällige Ergebnis verursacht.
- Der zuständige Arzt wurde nicht rechtzeitig hinzugezogen.
- Hohe Rate bei geringer Fallzahl, auch im Vorjahr.
- Die Fachgruppe sieht aufgrund der Ausführungen in der Stellungnahme einen medizinischen Dissens und bittet, die Rationale des Indikators zu beachten.

4.4.4. Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation

D50 – Unvollständige oder falsche Dokumentation

Um die Qualität der Behandlung beurteilen zu können, muss seitens des Krankenhauses eine ausreichende und korrekte Dokumentation der erbrachten Leistung erfolgen. Ist dies nicht der Fall, wird diese Begründungseinstufung ausgewählt. Diese Begründung wurde für 1.766 Indikatorergebnisse angegeben.

D51 – Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht

Immer wieder kommt es vor, dass eingesetzte Softwareprogramme Probleme bzgl. der Dokumentation verursachen, sei es durch inkompatible Schnittstellen oder durch falsche Konfiguration der verwendeten Tools. In diesen und ähnlichen Fällen kann für das Indikatorergebnis diese Begründung vergeben werden. Für das Erfassungsjahr 2012 wurde diese Einstufung bei 49 Indikatorergebnissen vergeben.

D99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Individuelle Begründungen für Dokumentationsmängel können unter Anwendung der Begründung D99 beschrieben werden. Insgesamt 23 Indikatorergebnisse erhielten diese Begründung. Folgende Kommentare wurden angegeben:

- Fälschlicherweise dokumentierter Sentinel-Event.
- Die rechnerische Abweichung wurde durch fehlerhafte QS-Dokumentation verursacht.
- Die Fachgruppe bestätigt die Leitlinienkonformität, es wurde aber falsch dokumentiert.
- Bei Patienten, die unter der Diagnose „Ambulant erworbene Pneumonie“ (siehe Einschlusskriterien QS-Filter) aufgenommen werden, muss die vorgegebene Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien erfolgen.

Teilweise wurden Dokumentationsfehler allerdings auch den Kategorien H99, U99, A99 und S99 zugeordnet. Dies ist aus den jeweiligen Kommentaren zur Einstufung ersichtlich und war bei ca. 300 rechnerischen Auffälligkeiten der Fall.

4.4.5. Sonstiges**S90 – Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog**

Diese Bewertungskategorie wird vergeben, wenn im Strukturierten Dialog auf Maßnahmen verzichtet wird. Insgesamt erfolgte diese Einstufung bei 27 rechnerischen Auffälligkeiten. Folgende Gründe für den Verzicht auf Maßnahmen wurden angegeben:

- Abteilung wurde unterjährig geschlossen.
- Stellungnahme zur anderen Kennzahl angefordert. Fälle dort sind impliziert.
- Zu geringe Fallzahl.
- Ergebnis weicht nicht signifikant vom Referenzwert ab.

S91 – Strukturiertes Dialog noch nicht abgeschlossen

Für den Fall, dass der Strukturierte Dialog zu einer rechnerischen Auffälligkeit nicht rechtzeitig abgeschlossen werden kann, wird diese Einstufung vergeben. Dieser Fall tritt z.B. ein, wenn ein Termin für ein Kollegiales Gespräch oder für eine Vor-Ort-Begehung noch aussteht (nach dem 30.10. eines jeden Jahres) und somit die Ursache für das abweichende Indikatorergebnis erst nach Durchführung der zusätzlichen Maßnahme bewertet werden kann. Insgesamt wurde diese Einstufungskategorie 41-mal vergeben

S99 – Sonstiges mit Kommentar

Wird ein rechnerisch auffälliges Indikatorergebnis aus anderen, als die bereits zur Verfügung stehenden Gründen, als „Sonstiges“ eingestuft, wird die Bewertungskategorie S99 mit einem erläuternden Kommentar vergeben. Dies kam insgesamt 329-mal zur Anwendung. Folgende Kommentare wurden am häufigsten verwendet:

- Dokumentationsfehler haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht.
- Klinik/Abteilung geschlossen.
- Leistung eingestellt.
- Die Klinik hat die Leistungserbringung zunächst ausgesetzt, bis die in der Zielvereinbarung besprochenen Maßnahmen umgesetzt worden sind.
- Personalwechsel Ende 2012, neue Leitung hat Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.
- Die Ergebnisse haben sich im Vergleich zum Vorjahr deutlich gebessert.
- Sowohl Dokumentationsfehler als auch begründete Einzelfälle haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht.
- Der Referenzbereich wurde von der Bundesfachgruppe beim AQUA-Institut rückwirkend infrage gestellt. Für den Indikator ist eine Weiterentwicklung vorgesehen. Aus diesem Grund ist eine Bewertung des rechnerischen Ergebnisses des Erfassungsjahres 2012 nicht zielführend

4.5. Weiterführende Maßnahmen

Entsprechend der Ursache, die die rechnerische Auffälligkeit bedingte, kann im Rahmen des Strukturierten Dialogs ein Kollegiales Gespräch, eine Vor-Ort-Begehung, eine schriftlich fixierte Zielvereinbarung oder eine sonstige Verbesserungsmaßnahme notwendig sein.

4.5.1. Kollegiale Gespräche und Begehungen

Das Kollegiale Gespräch und die Vor-Ort-Begehung sind die effektivsten Instrumente des Strukturierten Dialogs, um nachhaltig Veränderungen in den Abteilungen zu bewirken. Durch das persönliche Gespräch wird zudem die Akzeptanz des Verfahrens gestärkt. Wie aus den Auswertungen der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs hervorgeht, wurden in 12 Krankenhäusern Vor-Ort-Begehungen (zu 43 Qualitätsindikatoren) durchgeführt. Zu weiteren 278 Qualitätsindikatoren (als Auslösekriterium) wurden mit den Vertretern der 103 Krankenhäusern Kollegiale Gespräche geführt. Dies entspricht ungefähr der Anzahl des Vorjahres. Im Vorjahr lösten 290 Qualitätsindikatoren in insgesamt 129 Einrichtungen Kollegiale Gespräche und Vor-Ort-Begehungen aus.

4.5.2. Zielvereinbarungen und deren Nachverfolgung

Die am häufigsten vereinbarten Ziele und Verbesserungsmaßnahmen der zu 714 Indikatorergebnissen verfassten Vereinbarungen im Durchführungsjahr betrafen die Optimierung des Dokumentationswesens, die Mitarbeiterschulungen zu diversen Themenbereichen (z.B. externe Qualitätssicherung, Bedienung technischer Apparaturen etc.) sowie die Förderung der interdisziplinären kollegialen Zusammenarbeit. Weitere eingeleitete Verbesserungsmaßnahmen wurden der jeweils vorherrschenden Problematik angepasst (siehe oben).

Die Nachweise zu den Zielvereinbarungen sind zumeist in schriftlicher Form z.B. als Work-Flow, Protokoll zu bestimmten Themenbereichen und/oder Konzepten an die betreuenden Stellen zu übermitteln. Die eingereichten Unterlagen werden in der Regel erneut von den Vertretern der Arbeits- und Bundesfachgruppen überprüft. Ebenso wird die Wirksamkeit der vereinbarten Maßnahmen über einen längerfristigen Zeitraum anhand der Daten beobachtet. Sind eingeleitete Maßnahmen nicht erfolgversprechend, so wird wiederholt geprüft, was verbessert werden kann, bis die Zielvorgabe erreicht ist. Dieser Prozess kann durchaus mehrere Monate andauern.

4.5.3. Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen

Mit Abgabe der Stellungnahme werden die betroffenen Einrichtungen in der Regel dazu aufgefordert, ebenfalls den Status und gegebenenfalls Nachweise zu den bereits eingeleiteten Verbesserungs- oder Korrekturmaßnahmen mitzuteilen.

Folgende Verbesserungsmaßnahmen wurden angegeben:

- Mitarbeiterschulung zu (Dokumentationszweck); Mitarbeiterschulung (fachlich/medizinisch/pflegerisch), sonstige Fortbildungen
- Teambesprechungen, Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Einzelfallanalysen (z.B. M&M Konferenzen)
- Anpassung oder Umstellung des Behandlungskonzepts (SOP), Überarbeitung des Nachsorgekonzeptes
- Wechsel von Medikamenten/Medizinprodukten
- Kommunikationswege intern (z.B. EDV), Kommunikationswege extern (Zuweiser/Patienten)
- Veränderung Personalwesen (z.B. Wechsel, Aufstockung)
- Anpassung räumliche Strukturen (z.B. OP, Abteilung, Bettenzahl), Anpassung technisches Equipment

Abbildung 11 zeigt den Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten, die zu Verbesserungsmaßnahmen geführt haben.

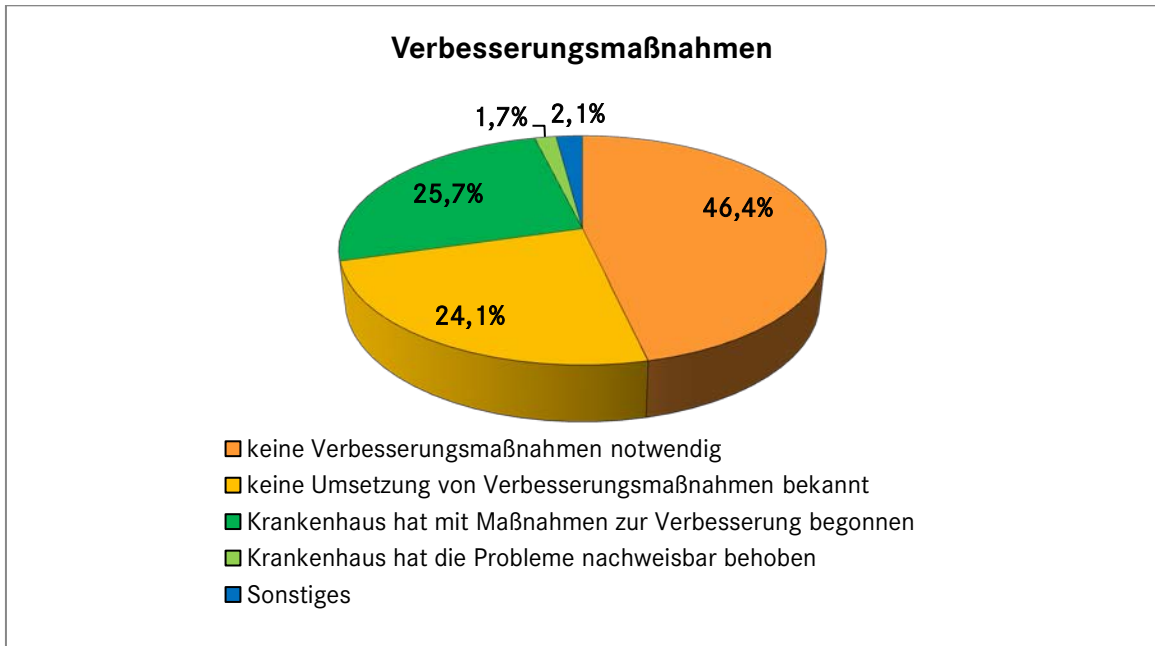


Abbildung 11: Von Krankenhäusern bekanntgegebene Verbesserungsmaßnahmen

Als Grund unter „Sonstiges“ wurde ausschließlich folgender Kommentar einer Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung abgegeben: „Krankenhaus zum Ergreifen geeigneter Maßnahmen aufgefordert.“

5. Betrachtung der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die aus dem Strukturierten Dialog des Erfassungsjahres 2012 gewonnenen Erkenntnisse näher beschrieben bzw. Besonderheiten dargestellt sowie Ergebnisse pro Leistungsbereich beurteilt. So finden sich, neben den - nach Vorlage der Ergebnisse der Bundesauswertungen und des Strukturierten Dialogs im Frühjahr- verfassten Empfehlungen von der Bundesebene zu einigen Qualitätsindikatoren auch verfahrensspezifische Besonderheiten für verschiedene Leistungsbereiche. Außerdem zeigt eine grafische Gegenüberstellung in Form von Kreisdiagrammen die erteilten Bewertungseinstufungen zu den Leistungsbereichen nach Abschluss des Strukturierten Dialogs des EJ 2012 und zu denen des Vorjahres (EJ 2011). Hierbei ist zu beachten, dass die Vergleichbarkeit eingeschränkt ist. Denn so wurde beispielsweise der Hinweisversand, der bei rechnerischen Auffälligkeiten mit z.B. geringfügiger Abweichung vom Referenzbereich oder bei Einzelfällen zur Anwendung kam, in den Jahren zuvor nicht näher kategorisiert, sondern er wurde in der Regel mit den vorher bestehenden Schlüsselnummern „1“ oder „2“ bewertet. Insofern kam erstmalig eine neue Bewertungs-/Einstufungskategorie zur Anwendung.

Fallbeispiele in Abschnitt 5.2 veranschaulichen die praktische Anwendung und die Wirkweise des Strukturierten Dialogs. Die bekannten landesspezifischen Projekte werden in Abschnitt 5.3 aufgeführt. In Abschnitt 5.4 sind die Empfehlungen der Landesebene zusammengefasst dargestellt und abschließend werden in Abschnitt 5.5 die Auswirkungen der geänderten Bewertungssystematik betrachtet.

5.1. Empfehlungen der Bundesebene, Besonderheiten und Ergebnisse

5.1.1. Cholezystektomie (12/1)

Insgesamt wurden 840 rechnerische Auffälligkeiten im Leistungsbereich *Cholezystektomie* für das Erfassungsjahr 2012 festgestellt. Bei 271 rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Hinweis versendet und bei 567 rechnerischen Auffälligkeiten wurde der Strukturierte Dialog eröffnet. Nach Analyse der Stellungnahmen wurden 61,4 % (n = 516) rechnerische Auffälligkeiten als qualitativ unauffällig bewertet. In 3,3 % (n = 28) der rechnerischen Auffälligkeiten wurden qualitative Mängel, die im Wesentlichen auf Struktur- und Prozessprobleme zurückzuführen waren, festgestellt. Zu 23 rechnerischen Auffälligkeiten wurden weiterführende Maßnahmen durchgeführt (Anlass für Kollegiale Gespräche n = 4; Anlass für Zielvereinbarungen n = 19). Die Ergebnisse werden im laufenden Jahr besonders kontrolliert.

Eine Landesfachgruppe empfahl die Implementierung eines neuen Datenfeldes „präoperative Antibiotikagabe bis zur OP (in Tagen)“. Hierdurch könne der Entscheidungspunkt zur Operation bei zunächst mehrtägiger konservativer Therapie (Antibiotikagabe) dargestellt werden. Dieser Vorschlag wird im Rahmen der Systempflege mit den Experten der Bundesfachgruppe diskutiert werden.

In einem Bundesland wurden nicht nur die auffälligen Ergebnisse betrachtet sondern auch unauffällige Ergebnisse. Es wurden hierzu ebenso Stellungnahmen angefordert mit dem Ziel, gut gehende Praktiken kennenzulernen und die Erkenntnisse anderen Beteiligten zur Verfügung zu stellen, im Sinne des „best practice“. Ein Peer-Review-Verfahren-Galle und weitere Prüfroutinen in diesem Zusammenhang sind als Pilotprojekt geplant.

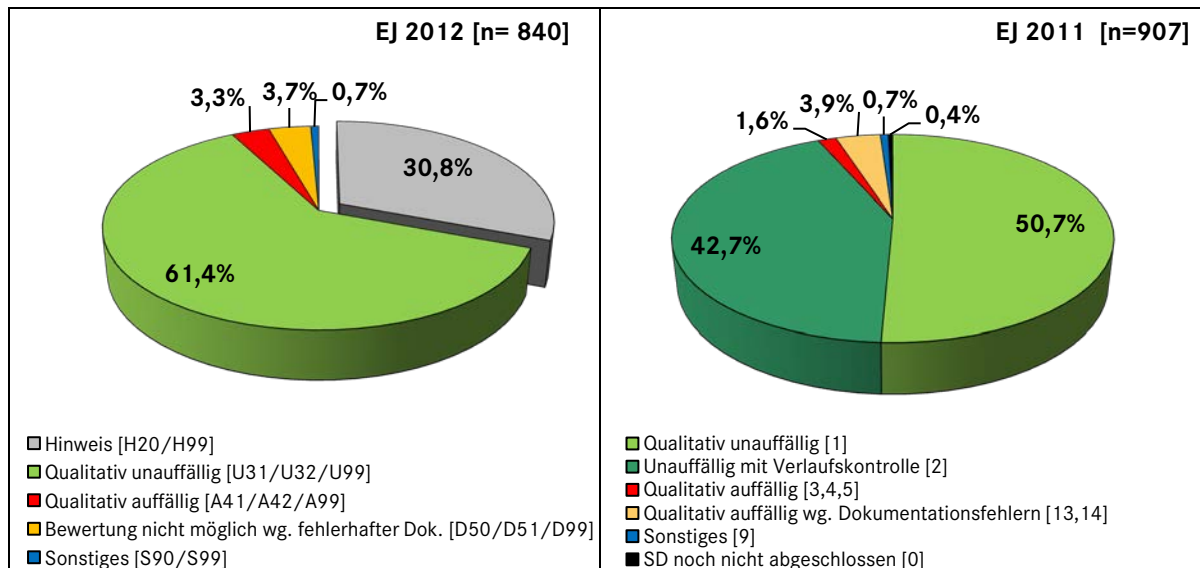


Abbildung 12: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 12/1 (EJ 2012, EJ 2011)

5.1.2. Karotis-Revaskularisation (10/2)

Im Leistungsbereich *Karotis-Revaskularisation* (ehemals Karotis-Rekonstruktion) wurden im Erfassungsjahr 2012 erstmals die kathetergestützten Karotiseingriffe erfasst. Da diese jedoch ohne Referenzbereiche ausgewertet wurden, war eine Auswertung seitens der Bundesebene für das Erfassungsjahr noch nicht vorgesehen. Dennoch haben einige Landesarbeitsgruppen sich entschieden, diesen Bereich mit zu betrachten und haben dazu ebenfalls Stellungnahmen angefordert. Um Erfahrungen im Umgang mit den neuen Indikatoren in den unterschiedlichen Krankenhäusern zu sammeln, wurden in einem Bundesland alle betroffenen Einrichtungen gebeten, ihre Entscheidung für/gegen ein kathetergestütztes Vorgehen zu erläutern.

Bei der offen-chirurgischen Revaskularisation wurden im Rahmen des Strukturierten Dialogs insgesamt 125 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Zu 43 Auffälligkeiten wurde ein Hinweis verschickt, da sich die abweichenden Ergebnisse überwiegend durch Einzelfälle erklärten. Eine Stellungnahme wurde zu jeweils 82 rechnerischen Auffälligkeiten angefordert. Nach Durchsicht der Stellungnahmen wurden 54,4 % der rechnerischen Auffälligkeiten daraufhin als qualitativ unauffällig bewertet. Für 5 rechnerische Auffälligkeiten (4,0 %) war eine Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich. Der Anteil qualitativer Auffälligkeiten ist mit 8 % eher gering und ist auf Struktur- und Prozessmängel (es fehlten den Einrichtungen sowohl geeignete Behandlungskonzepte als auch Fachpersonal) zurückzuführen. Neben den 82 Stellungnahmen wurden zu 13 rechnerischen Auffälligkeiten weiterführende Maßnahmen durchgeführt (Anlass für Kollegiale Gespräche n = 6; Anlass für Zielvereinbarungen n = 7).

Die Indikatoren, die im Rahmen des Strukturierten Dialogs 2013 berücksichtigt wurden, sind mit denen des Vorjahres vergleichbar. Die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten im Erfassungsjahr 2011 betrug 153, wobei im Strukturierten Dialog jedoch in einigen Ländern Indikatoren ohne Referenzbereich auf Bundesebene mit einem landesspezifischen Referenzbereich versehen wurden.

Die Bundesfachgruppe hatte die Landesgeschäftsstellen gebeten, im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2012 die Einhaltung der Kriterien nach dem North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial (NASCET) für die Dokumentation des Stenosegrades zu überprüfen. Die Fachausschüsse, die diese Überprüfung im Rahmen von Stellungnahmen oder Kollegialen Gesprächen bzw. Begehungen aus anderem Anlass durchgeführt hatten, berichteten von einer weitgehend korrekten Anwendung der NASCET-Kriterien. Einzelne Fachausschüsse entschieden sich dazu, den Krankenhäusern durch die Landesgeschäftsstellen erneut Fachinformationen zur Verfügung zu stellen, um den Grad der Karotisstenosen von den Kriterien des European Carotid Surgery Trial (ECST) zu NASCET korrekt umrechnen zu können.

Der Bundesfachgruppe war in den Erfassungsjahren 2011 und 2012 aufgefallen, dass entgegen den Leitlinienempfehlungen bei einem relativ hohen Anteil an Patienten zum Verschluss der Karotis kein Patch (Gewebestück) sondern eine Direktnaht angewandt wurde. Daher bat die Bundesfachgruppe die Landesgeschäftsstellen, eine Befragung bezüglich der korrekten Dokumentation und den Gründen für die Anwendung dieser Technik durchzuführen, sofern in einem Krankenhaus mehr als 5 dieser Fälle dokumentiert wurden. Die Rückmeldungen der Landesgeschäftsstellen aus dem Strukturierten Dialog zeigten, dass 47 % der Krankenhäuser Fehldokumentationen sowie jeweils 16 % die fälschliche Kodierung bei V-Y-Plastik und anderen Techniken als Ursache benannt hatten. 65 % der Krankenhäuser gaben an, dass in begründeten Einzelfällen eine Direktnaht erfolgt war, um bei einer Gefäßektasie ein Aneurysma durch Einnähen eines Patches zu vermeiden. 14 % der Krankenhäuser erklärten, dass nach Veröffentlichung der S3-Leitlinie zur *Karotis-Revaskularisation* keine Direktnaht mehr eingesetzt wurde. Mehrfachangaben waren dabei möglich.

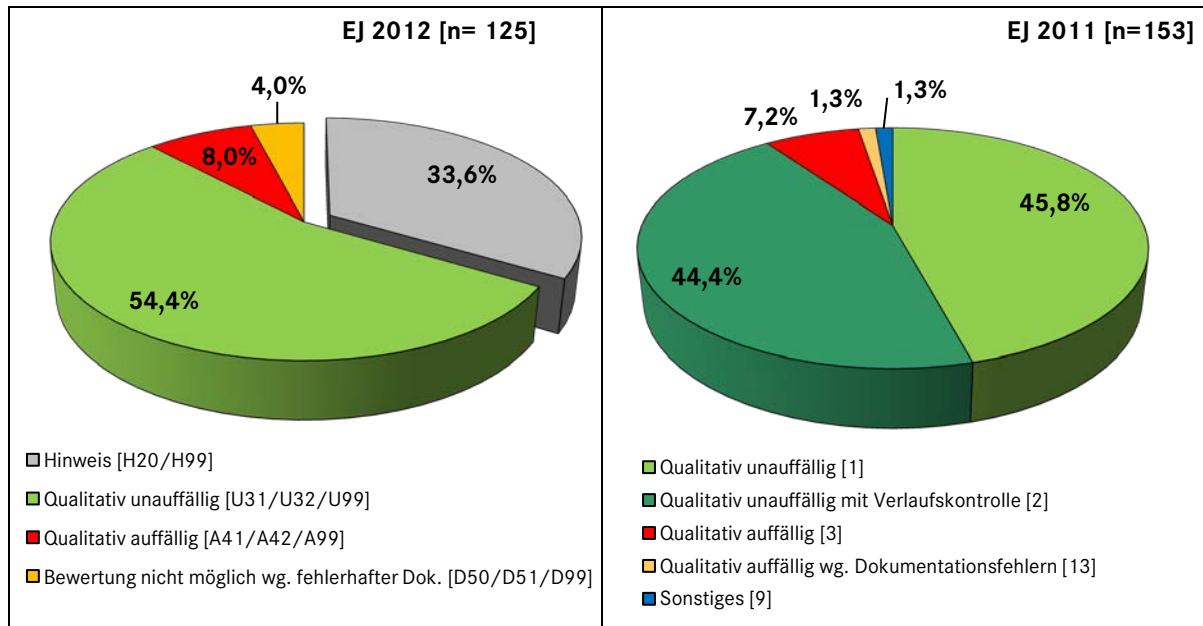


Abbildung 13: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 10/2 (EJ 2012, EJ 2011)

5.1.3. Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

Im Erfassungsjahr 2012 wurden insgesamt 3.302 rechnerische Auffälligkeiten für den Leistungsbereich *Ambulant erworbene Pneumonie* gegenüber 3.563 des Vorjahres festgestellt. 17,6 % der rechnerischen Auffälligkeiten wurden als qualitativ auffällig und ca. ein Viertel (24,7 %) als qualitativ unauffällig bewertet. Bei 14,1 % der rechnerischen Auffälligkeiten wurde die Einstufung „Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation“ vergeben. Auffällig in diesem Leistungsbereich ist, dass zu 41 % der rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse nur Hinweise verschickt wurden. Ein valider Vergleich mit den Werten aus dem Vorjahr ist aufgrund der umgestellten Bewertungssystematik nicht möglich. Ferner ist der Anteil, der als qualitativ auffällig bewerteten Indikatorergebnisse deutlich größer als im Vorjahr (17,6 % vs. 9,0 %).

An den nach Analyse der Stellungnahmen ermittelten qualitativen Auffälligkeiten haben die beiden Indikatoren QI-ID 2028: „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ und QI-ID 50722: „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ mit 149, respektive 241 Bewertungen als qualitativ auffällig den überwiegenden Anteil (68 %) an allen als qualitativ auffällig bewerteten Indikatoren. Der hohe Anteil von qualitativen Auffälligkeiten des QI-ID 50722 kann unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass für diesen Indikator nach der Einführung im Jahr 2010 für das Erfassungsjahr 2012 im Gegensatz zum Vorjahr viel mehr Stellungnahmen angefordert wurden. Im Jahr zuvor wurden hauptsächlich Hinweise versendet.

Als ursächliche Probleme für eine Bewertung als „qualitativ auffällig“ im Indikator QI-ID 2028: „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ wurden von zwei Bundesländern fehlende Unter-

suchungsstandards bezüglich der Atemfrequenz und der Sauerstoffsättigung angegeben. Dokumentationsfehler traten nach Informationen der Länder unter anderem aufgrund falscher Interpretation der Datenfelder mit der Formulierung „mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung“ auf. Die Messung der Atemfrequenz wird von den Landesarbeitsgruppen unterschiedlich eingeschätzt. Eine Arbeitsgruppe weist darauf hin, dass sie der durchgehenden Messung der Atemfrequenz kritisch gegenübersteht. Aus den anderen Bundesländern wurden keine Bedenken bezüglich dieser Messung geäußert. Ein Bundesland berichtet, dass der Indikator von den betroffenen Krankenhäusern akzeptiert wird und es Bemühungen hin zu strukturellen Verbesserungen gäbe. 4 Länder berichten, zu diesem Indikator explizit Zielvereinbarungen abgeschlossen zu haben.

Für den Indikator QI-ID 50722: „Bestimmung der Atemfrequenz“ wurden von den Bundesländern sowohl für eine Bewertung als „qualitativ auffällig“ als auch für eine nicht erfolgte Bewertung aufgrund von fehlerhaften Dokumentationen unterschiedliche Gründe genannt. Genannt wurden z.B. die mangelnde Einbindung von Pflegekräften in die Befunderhebung und Dokumentationsprozesse, Prozessprobleme aufgrund einer hohen Fluktuation des Personals oder die Problematik, dass die Atemfrequenzmessung zwar in der inneren Medizin als Standard etabliert ist, aber nicht notwendigerweise in anderen Fachabteilungen. Ebenfalls nicht durchgängig standardisiert ist die Atemfrequenzmessung bei klinikinternen Verlegungen. Von mehreren Bundesländern wurde die Problematik von Pneumonien erwähnt, die erst im Verlauf des klinischen Aufenthalts diagnostiziert wurden. In diesem Zusammenhang wurde auch auf die Indikatorengruppe „Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme“ verwiesen. Eine Landesgruppe empfiehlt den Krankenhäusern daher, die Atemfrequenzmessung als Standarduntersuchung bei Aufnahme (wie die Blutdruck- und Pulsmessungen) zu implementieren.

Für den Strukturierten Dialog 2013 wurde von der Bundesebene empfohlen, die Dokumentation des Feldes zum dokumentierten Therapieverzicht genauer zu betrachten, da es im Vorjahr aufgrund einer Neudefinition deutlich häufiger ausgewählt wurde als noch im Erfassungsjahr zuvor (EJ 2010). In einigen Bundesländern wurde der Therapieverzicht durchschnittlich in über 40 % der Fälle dokumentiert. Zwei Bundesländer sind dieser Empfehlung gefolgt. Sie haben auf Basis eigener Referenzwerte Strukturierte Dialoge mit den auffällig gewordenen Kliniken geführt. Das Ergebnis war, dass das größte Problem die Verständlichkeit des Feldes ist und es daher zu Fehldokumentationen kam. Auch 2 weitere Bundesländer weisen auf die Problematik hin. Ein Bundesland plant zukünftig Datenvalidierungen für dieses Feld. Die Fachgruppe eines anderen Bundeslandes empfiehlt, dass diejenigen Patienten, bei denen ein Therapieverzicht dokumentiert ist und die nicht versterben, aus der Berechnung der Qualitätsindikatoren nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden. Das AQUA-Institut hat diesen Hinweis aufgenommen und wird ihn in der nächsten Bundesfachgruppensitzung besprechen.

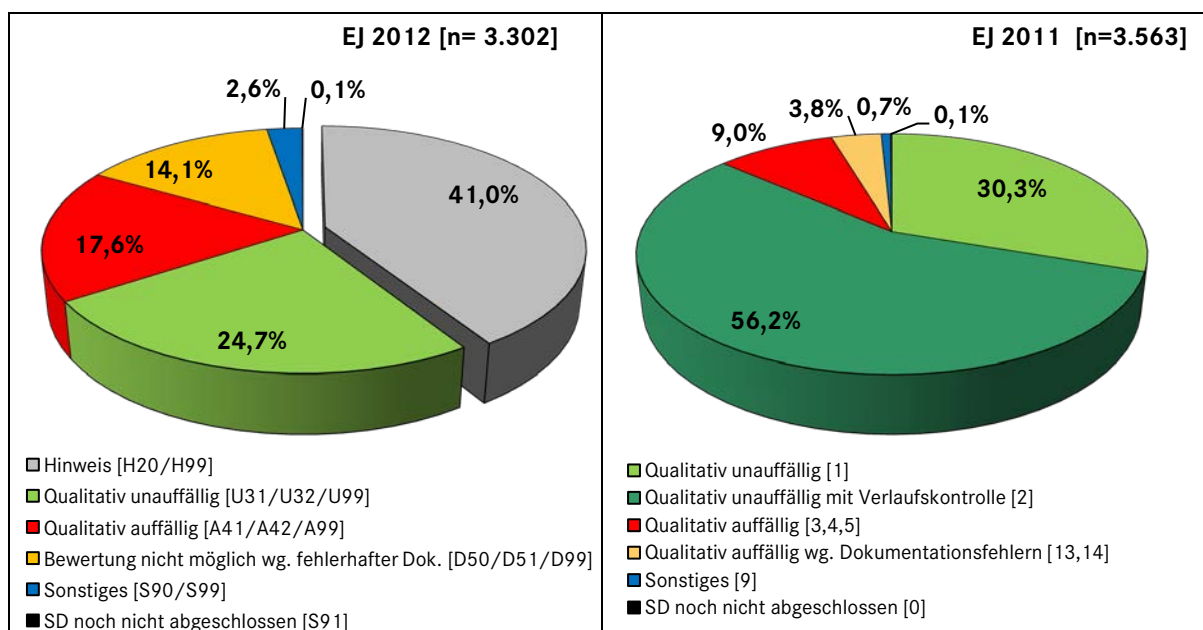


Abbildung 14: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für PNEU (EJ 2012, EJ 2011)

5.1.4. Herzschrittmacher-Implantation, -Aggregatwechsel, -Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/1 – 09/3)

Für das Erfassungsjahr 2012 waren insgesamt für die drei Leistungsbereiche 2.411 rechnerische Auffälligkeiten zu bearbeiten. Dies sind etwas weniger als im vorhergehenden Jahr. Etwa ein Drittel der rechnerischen Auffälligkeiten des EJ 2012 wurde nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als „qualitativ unauffällig“ bewertet (dieser Anteil entspricht dem des Vorjahres). 11,2 % der rechnerischen Auffälligkeiten des EJ 2012 wurden als „qualitativ auffällig“ bewertet. Für weitere 5,4 % der rechnerischen Auffälligkeiten war eine Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich. Im Vorjahr wurden (bei Verwendung eines anderen Bewertungsschemas) auch Dokumentationsfehler als „qualitativ auffällig“ gewertet. Wegen des ab 2012 geänderten Bewertungssystems sind die Bewertungskategorien „qualitativ unauffällig mit Verlaufskontrolle“ (2011) und „Hinweis“ (2012), denen jeweils etwa die Hälfte der rechnerischen Auffälligkeiten zugeordnet wurde, nicht direkt vergleichbar.

Herzschrittmacher-Implantation

Qualitativ auffällige Ergebnisse fanden sich vor allem in den Bereichen „Perioperative Komplikationen (Chirurgische Komplikationen und Sondendislokationen)“ und „Eingriffsdauer“.

Zum Indikator „Chirurgische Komplikationen“ lag eine Empfehlung der Bundesebene vor, wegen der hohen Zahl rechnerischer Auffälligkeiten im Strukturierten Dialog ggf. von der Möglichkeit Kollegialer Gespräche Gebrauch zu machen. In den Berichten der Bundesländer wird über eine intensive Kommunikation mit den Einrichtungen berichtet, die auch die Maßnahme „Besprechung“ einschloss. Den Länderberichten ist zu entnehmen, dass chirurgische Komplikationen mit (fehlender) Erfahrung der Operateure, vor allem in kleineren Einrichtungen, zusammenhängen könnten. Eine häufige chirurgische Komplikation ist der Pneumothorax, der durch die Wahl der Vena cephalica² als Zugangsweg bei der Implantation von Sonden ggf. vermieden werden könnte. Es kam entsprechend zu Zielvereinbarungen, welche u.a. die häufigere Verwendung der Vena cephalica betreffen.

Wie die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs für das Erfassungsjahr 2012 zeigen, kann eine (zu) hohe Eingriffsdauer ein Hinweis auf prozedurale Probleme der Schrittmacher-Implantation sein. Die Indikatoren für diesen Bereich wurden deshalb (ab dem Erfassungsjahr 2013) optimiert, indem die Zeitvorgaben für Herzschrittmacher-Eingriffe aktualisiert und die Einzelindikatoren zu einem Index zusammengefasst wurden. Durch die Indexbildung wird das Problem (zu) kleiner Fallzahlen reduziert (kleine Einrichtungen werden seltener zufallsbedingt rechnerisch auffällig).

Für den Qualitätsindikator „Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ ergab der Strukturierte Dialog, dass ein relativ gesehen hoher Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten (9/53 bzw. 17 %) auf fehlerhafte Dokumentation zurückzuführen ist. Eine faire Bewertung der Indikationsstellung zur Schrittmachertherapie kommt ohne ausreichende Informationsbasis nicht aus, daher ist die Zahl ausgewerteter Datenfelder im Vergleich zu anderen Indikatoren hoch. Wegen der zentralen Bedeutung einer korrekten Indikation ist eine sorgfältige Dokumentation der für die Indikation relevanten Befunde unabdingbar.

Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Qualitative Auffälligkeiten bei Aggregatwechseln waren vor allem für die Prozessindikatoren zur Amplituden- und Reizschwellenbestimmung bei Vorhof- und Ventrikelsonden zu verzeichnen. Die Wahrnehmung elektrischer Eigenaktivität des Herzens und die Abgabe elektrischer Stimulationsimpulse sind die elementaren Funktionen eines Herzschrittmachers. Die intraoperative Amplituden- und Reizschwellenbestimmung der Sonden hat somit zentrale Bedeutung für die einwandfreie Funktion des Schrittmachersystems.

Eine hohe Zahl qualitativer Auffälligkeiten wurde auch für die Dokumentation der Laufzeit des ausgetauschten Herzschrittmacher-Aggregats³ ermittelt. Die Aggregatlaufzeit ist das Bewertungskriterium für weitere Indikatoren des Leistungsbereichs. Eine Reduktion der Dokumentationsdefizite ist wünschenswert; daher sind die getroffenen Zielvereinbarungen mit 11 Einrichtungen, deren Ergebnisse auffällig waren, zu begrüßen.

² Große Vene an der Außenseite des Oberarms.

³ Zu dokumentieren ist das Jahr der Implantation des ausgetauschten Aggregats (aus dem die Laufzeit zum Zeitpunkt des Aggregatwechsels berechnet wird).

Erfahrungsgemäß treten bei isolierten Aggregatwechseln nur sehr wenige Todesfälle auf (EJ 2012: 33 Todesfälle bei Schrittmacher-Aggregatwechseln und 16 Todesfälle bei ICD-Aggregatwechseln). Des Weiteren ist zu vermuten, dass sich nur selten ein Zusammenhang dieser Sterbefälle mit dem operativen Eingriff nachweisen lässt. Daher sollte überprüft werden, ob eine Fortführung des Indikators weiterhin sinnvoll ist. Die LOS wurden daher gebeten, eingehende Stellungnahmen bzw. Epikrisen in anonymisierter Form für eine zentrale Auswertung zur Verfügung zu stellen. Die Ergebnisse dieser Auswertung liegen inzwischen vor – die Auswerter kommen zu der Schlussfolgerung, dass die Krankenhaus-Sterblichkeit bei Herzschrittmacher- oder ICD-Batterie-wechseln „im Wesentlichen nicht durch den Eingriff selbst bestimmt“ ist. Die Auswertung erbrachte ein weiteres interessantes Ergebnis: 23 % der während des durch den Aggregatwechsel bedingten stationären Aufenthalts verstorbenen Schrittmacherpatienten verstarben infolge von gravierenden Verschlechterungen des Gesundheitszustandes, welche durch einen vorangehenden Ausfall des Schrittmachers verursacht worden waren (ICD-Patienten: 38 %). Die betroffenen Schrittmacher waren nach völliger Erschöpfung (End of Life) der Batterie nicht mehr funktionsfähig; d.h. der Aggregatwechsel konnte nicht rechtzeitig durchgeführt werden. Als mögliche Ursachen dieser Entwicklungen kommen mangelnde Compliance des Patienten (Kontrolltermin versäumt) oder Defizite der Nachsorge in Frage. Die zweite Möglichkeit verweist auf die Notwendigkeit einer Qualitätssicherung auch im ambulanten Bereich. Die Ergebnisse werden der Bundesfachgruppe vorgelegt, die eine Empfehlung zur Weiterführung oder Einstellung des Indikators geben wird.

Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Ein bekanntes Problemfeld in diesem Leistungsbereich sind Sondenkomplikationen als Anlass eines Revisions-eingriffs. Dies zeigt sich auch in den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs: Der Indikator „Sondenproblem als Indikation zum Eingriff innerhalb eines Jahres“ führte zur Ermittlung von 166 rechnerischen Auffälligkeiten. Etwa ein Drittel dieser rechnerischen Auffälligkeiten wurden nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als „qualitativ auffällig“ bewertet. Es kam zu zahlreichen weiterführenden Maßnahmen (19 Anlässe für Kollegiale Gespräche, 1 Vor-Ort-Begehung, 27 Anlässe für Zielvereinbarungen).

Interessante Ergebnisse erbrachten zusätzliche Klinikgespräche einer LOS bei Einrichtungen mit hohem Implantationsvolumen und niedriger Komplikationsrate. Im Gespräch konnten die guten Ergebnisse dieser Krankenhäuser belegt werden. Die zuständigen Mitarbeiter (Operateure) dieser Kliniken zeichneten sich durch ein hohes Engagement bei der kritischen Auswahl verwendeter Sonden und umfangreiche Detailkenntnisse der technischen Merkmale von Schrittmachersonden aus.

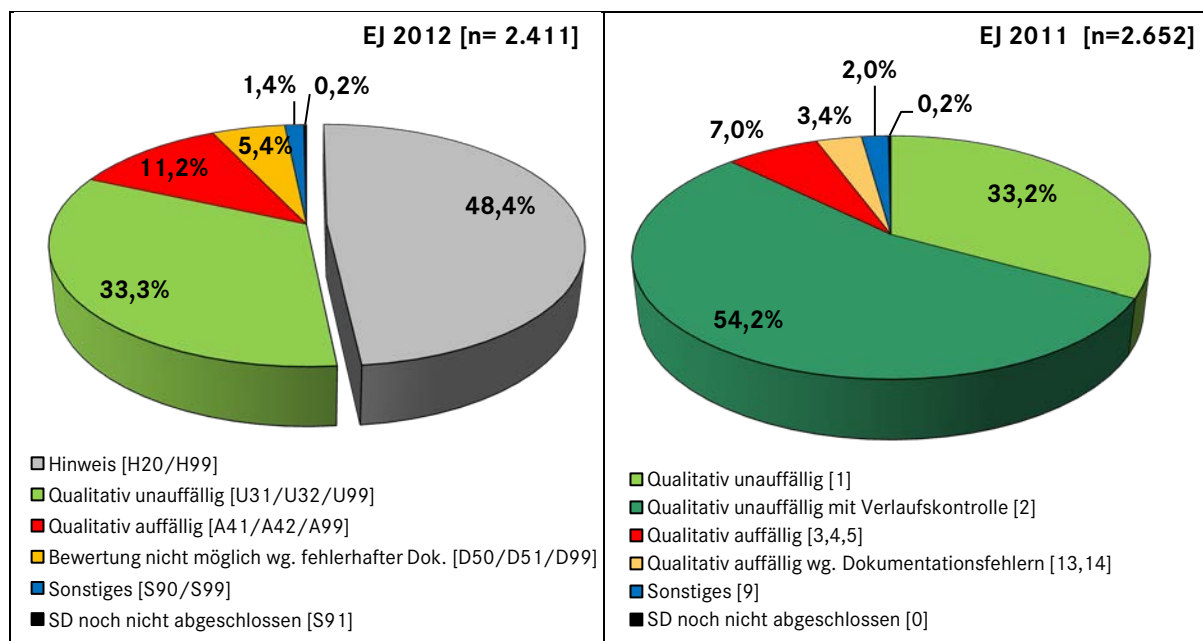


Abbildung 15: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 09/1-09/3 (EJ 2012, EJ 2011)

5.1.5. Implantierbare Defibrillatoren – Implantation, Aggregatwechsel, Revision/Systemwechsel/Explantation (09/4 – 09/6)

Für die Leistungsbereiche der implantierbaren Defibrillatoren wurden für das Erfassungsjahr 2012 insgesamt 1.346 rechnerische Auffälligkeiten identifiziert. Davon wurden zu 770 rechnerischen Auffälligkeiten Stellungnahmen erbeten. Für die übrigen 576 rechnerischen Auffälligkeiten erhielten die Krankenhäuser lediglich ein Hinweisschreiben. Nach Analyse der eingereichten Stellungnahmen durch die jeweiligen Landesarbeitsgruppen wurden 34,8 % der rechnerischen Auffälligkeiten als qualitativ unauffällig bewertet. 13,9 % (n = 187) rechnerische Auffälligkeiten konnten aufgrund fehlerhafter Dokumentation nicht bewertet werden. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden letztlich 5,9 % (n = 80) rechnerische Auffälligkeiten als „qualitativ auffällig“ eingestuft. 12 rechnerische Auffälligkeiten boten einen Anlass für ein Kollegiales Gespräch, und zu 25 rechnerischen Auffälligkeiten wurden jeweils Zielvereinbarungen geschlossen. Auch wenn aufgrund der neuen Bewertungssystematik kein direkter Vergleich mit den Vorjahresergebnissen zulässig ist, so bleibt doch festzustellen, dass der Anteil der qualitativen Auffälligkeiten leicht angestiegen ist.

Im Leistungsbereich *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* bildeten die Qualitätsindikatoren zur leitlinienkonformen Indikation (QI-ID 50004) und Systemwahl (QI-ID 50005) aufgrund zahlreicher rechnerischer Auffälligkeiten den Schwerpunkt des Strukturierten Dialoges. Die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten ist zwar im Vergleich zum EJ 2011 zurückgegangen, aber mit 145 bzw. 241 Fällen weiterhin relativ hoch. Zumindest bezüglich des Indikators „Leitlinienkonforme Indikation“ werden positive Entwicklungen von einigen Landesgeschäftsstellen berichtet, die auf die Effektivität eines intensiv geführten Strukturierten Dialogs in den letzten Jahren zurückgeführt wird. Bei beiden Indikatoren, zu deren Berechnung zahlreiche Datenfelder Verwendung finden, war ungefähr ein Viertel der rechnerisch auffälligen Fälle aufgrund fehlerhafter Dokumentation (z.B. Probleme bei der Angabe der linksventrikulären Ejektionsfraktion) nicht bewertbar, sodass eine Verbesserung der Dokumentationsqualität in diesem Leistungsbereich anzustreben ist

Verbesserungs- bzw. Vereinfachungsvorschläge aus den Landesgeschäftsstellen bzw. -fachausschüssen, insbesondere für den Indikator „Leitlinienkonforme Systemwahl“, wurden aufgegriffen und die Spezifikation bzw. die Rechenregeln entsprechend angepasst. Des Weiteren wurden die Algorithmen auf Basis der neuen europäischen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie überarbeitet. Die vom AQUA-Institut erarbeitete Anleitung zur Überprüfung rechnerischer Auffälligkeiten, die den Landesgeschäftsstellen erstmals zur Verfügung gestellt wurde, konnte die Durchführung des Strukturierten Dialogs erleichtern, während die in den Indikatorenbeschreibungen enthaltenen ausführlichen Hintergrundtexte den Leistungserbringern halfen, die jeweiligen Einstufungen hinsichtlich der Leitlinienkonformität nachzuvollziehen. Aufgrund der positiven Entwicklung der beiden Indikatoren seit Einführung des Verfahrens kann davon ausgegangen werden, dass die Qualitätssicherung und die im Rahmen des Strukturierten Dialogs erfolgten Maßnahmen zu einer stärkeren Verbreitung der Leitlinien in der klinischen Praxis beitragen. In einem Bundesland wurden beispielsweise Leitlinienschulungen mit einigen Krankenhäusern vereinbart.

Wie auch bei den Herzschrittmacher-Aggregatwechseln wurden im Leistungsbereich *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel* vor allem bei den Qualitätsindikatoren zur intraoperativen Reizschwellen- und Amplitudenbestimmung qualitativ auffällige Ergebnisse identifiziert, wobei der Indikator „Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden“ (QI-ID 50029) sowohl bezüglich der rechnerischen als auch der qualitativen Auffälligkeiten hervorsteht. Dieser Indikator umfasst jedoch auch linksventrikuläre Sonden, für die eine Amplitudenmessung nicht möglich ist – an seiner Stelle wird deshalb ab EJ 2013 der Indikator „Intraoperative Amplitudenbestimmung der Pace/Sense-Sonde“ (1. oder 2. Ventrikelsonde) (QI-ID 52003) eingeführt, für den eine geringere Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten zu erwarten ist. Die betroffenen Krankenhäuser wurden im Rahmen des Strukturierten Dialogs auf die Notwendigkeit einer intraoperativen Messung hingewiesen. Bei Bedarf wurden geeignete Zielvereinbarungen getroffen, wie z.B. die Erarbeitung von detaillierten Vorgaben zur Prozessoptimierung mit Nennung von Zuständigkeiten.

Aus den Stellungnahmen zu Todesfällen, die sich in Zusammenhang mit einem ICD-Aggregatwechsel ereigneten, ging hervor, dass diese ausnahmslos nicht als prozedurbedingt anzusehen sind. Weitere Ergebnisse der Auswertung zur Krankenhaus-Sterblichkeit bei Aggregatwechseln kann dem Abschnitt zu Herzschrittmachern entnommen werden.

Im Leistungsbereich *Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation* wurde der Strukturierte Dialog – auf Empfehlung der Bundesfachgruppe hin – schwerpunktmäßig zum Indikator „Sondenproblem als Indikation zum Eingriff“ (QI-ID 50034) geführt, da die Anzahl an Sondenrevisionen von der Bundesfachgruppe als unakzeptabel hoch angesehen wird. So mussten 5 % der Krankenhäuser – bezogen auf ihr geschätztes Implantationsvolumen – bei mindestens einem Viertel ihrer Behandlungsfälle eine Revision aufgrund eines Sondenproblems vornehmen. Die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten war dagegen aufgrund des perzentilbasierten Referenzbereichs überschaubar. Nach Ansicht der eingegangenen Stellungnahmen wurden letztlich 8,6 % der rechnerisch auffälligen Fälle auch als qualitativ auffällig eingestuft. Dokumentationsprobleme wurden bei diesem Qualitätsindikator nicht festgestellt. Als qualitativ unauffällig wurden Behandlungsfälle z.B. aufgrund bekannter Produktmängel eingestuft oder weil das Sondenproblem später als ein Jahr nach Implantation der Sonde auftrat und somit nicht mehr kausal auf diese zurückzuführen ist. Ab EJ 2013 werden deshalb nur noch Frühkomplikationen (Aufreten innerhalb eines Jahres nach der Implantation) berücksichtigt, was dazu beitragen sollte, dass vermehrt jene Krankenhäuser durch rechnerisch auffällige Ergebnisse identifiziert werden, die tatsächlich Defizite in der Behandlungsqualität aufweisen. Ein neuer Zuschnitt der verschiedenen Komplikationen zu den einzelnen Indikatoren, was u.a. die Einführung des Qualitätsindikators „Prozedurassoziiertes Problem“ (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff (QI-ID 52001) bedingt, und die Einführung eines fixen Referenzbereichs von $\leq 6,0\%$ (Toleranzbereich) stellen weitere Anpassungen für die Auswertung zum EJ 2013 dar.

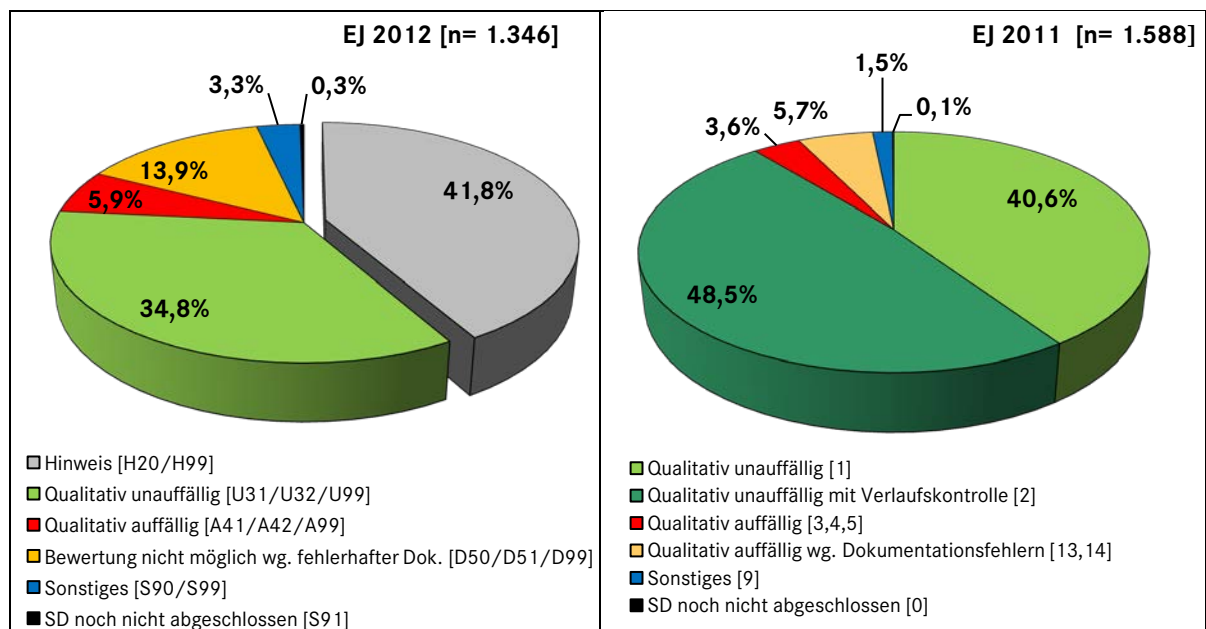


Abbildung 16: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 09/4-09/6 (EJ 2012, EJ 2011)

5.1.6. Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (21/3)

Für den Leistungsbereich *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)* wurden für das Erfassungsjahr 2012 insgesamt 1.074 rechnerische Auffälligkeiten identifiziert. Für 646 rechnerische Auffälligkeiten wurden von den Einrichtungen Stellungnahmen erbeten. Für die übrigen 428 rechnerischen Auffälligkeiten erhielten die Krankenhäuser lediglich ein Hinweisschreiben. Nach Analyse der eingereichten Stellungnahmen durch die jeweiligen Landesarbeitsgruppen wurden 39,9 % der rechnerischen Auffälligkeiten als qualitativ unauffällig bewertet. 11,9 % (n = 128) rechnerische Auffälligkeiten konnten aufgrund fehlerhafter Dokumentation nicht bewertet werden. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden letztlich 7,9 % (n = 85) rechnerische Auffälligkeiten als „qualitativ auffällig“ eingestuft. 30 rechnerische Auffälligkeiten boten einen Anlass für ein Kollegiales Gespräch und zu 50 rechnerischen Auffälligkeiten wurden jeweils Zielvereinbarungen geschlossen. Auch wenn die neue Bewertungssystematik keinen direkten Vergleich der Bewertungsoptionen zulässt, bleibt doch festzustellen, dass der Anteil der qualitativen Auffälligkeiten angestiegen ist. Allerdings wurden im Erfas-

sungsjahr 2011 nur zu 517 rechnerischen Auffälligkeiten Stellungnahmen angefordert und schlussendlich wurden 5,4 % der Ergebnisse als qualitativ auffällig konstatiert.

Da die risikoadjustierte Sterblichkeit nach *PCI* im Bundesdurchschnitt des EJ 2012 im Vergleich zum Vorjahr moderat, jedoch erstmals signifikant zugenommen hatte, bat die Bundesfachgruppe die beauftragten Institutionen der Bundesländer, mögliche Ursachen für diese Entwicklung im Rahmen des Strukturierten Dialogs besonders zu prüfen. Der Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei *PCI*“ (QI-ID 11863) wird wesentlich durch die Sterblichkeit bei Herzinfarkt bestimmt. Bei diesen Patienten sollte im Strukturierten Dialog daher nicht nur die Behandlung im Herzkatheterlabor hinterfragt werden, sondern auch Hinweisen auf lokale Verbesserungspotenziale in der prästationären Behandlung oder der Behandlung auf der Coronary Care Unit (Intensivstation) nachgegangen werden. Diese Informationen können wichtige Ansatzpunkte für eine Trendumkehr und für die Entwicklung weiterer sinnvoller Prozessindikatoren geben. Als einen wichtigen ersten Schritt in diese Richtung bewertet die Bundesfachgruppe die geplante Einführung der neuen Qualitätsindikatoren „Door-to-balloon-Zeit“⁴ und „Erreichen des Rekanalisationsziels bei *PCI* bei Herzinfarkt (TIMI-Fluss)“ für das aktuelle Jahr 2014.

Für den besonders zu beachtenden Indikator QI-ID 11863 wurden bundesweit 33 rechnerische Auffälligkeiten verzeichnet. Im Erfassungsjahr 2011 waren es 39 rechnerische Auffälligkeiten. Da erfreulicherweise nicht in allen Ländern rechnerische Auffälligkeiten auftraten, konnten jedoch nur wenige Bundesländer der Bitte der Bundesfachgruppe nachgekommen und die Kliniken im Rahmen der Stellungnahmeanforderung zu den gewünschten Aspekten befragen. Die Bundesländer, bei denen eine Abfrage stattfand, schilderten, dass es sich hierbei häufiger um Leistungserbinger mit Verbringungsleistungen handelte. Da Verbringungsleistungen dann erforderlich werden, wenn die Einrichtung über kein eigenes Herzkatheterlabor verfügt, handelt es sich stets um Einrichtungen mit geringer Fallzahl an abgerechneten Herzkatheterleistungen. Strukturelle Probleme wurden in den betroffenen Einrichtungen nicht beschrieben. Nur bei 3 Einrichtungen wurden qualitative Mängel erkannt. Aus den von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung an das AQUA-Institut weitergeleiteten Informationen lassen sich keine medizinischen Details entnehmen, die diese qualitativen Auffälligkeiten erklären. Gleiches gilt für die Inhalte der geschlossenen Zielvereinbarungen. Eine leistungserbringerübergreifende Analyse ist somit auf Bundesebene leider nicht möglich.

Wie den Länderberichten und Daten zu entnehmen ist, wurden die meisten Auffälligkeiten bundesweit im Leistungsbereich *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention* zum Indikator QI-ID 12773: „Fehlende Dokumentation des Flächendosisprodukts“ (n = 118) verzeichnet. Den größten Anteil an qualitativen Auffälligkeiten in Bezug auf die rechnerische Auffälligkeiten wies jedoch der Indikator QI-ID 50749: „Einzeitig-*PCI* mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm²“ auf. Von 34 rechnerischen Auffälligkeiten sind letztlich 14 als qualitativ auffällig eingestuft worden, dies entspricht einem Anteil von 41,2 %. Allerdings ist zu vermerken, dass die Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr (n = 46) gesunken ist. Da die Indikatoren zum Flächendosisprodukt sich in den Bundesmittelwerten seit der Einführung der neuen Schwellenwerte und der Umstellung von median- auf ratenbasierte Indikatoren stetig verbessert haben, wird der konsequente Strukturierte Dialog bei diesen Indikatoren als besonders zielführend und effektiv bewertet.

Ein Bundesland berichtet, dass an der Arbeitsgruppe ebenso Vertreter des vertragsärztlichen Sektors als Gäste an den Beratungssitzungen teilgenommen haben.

⁴ Zeit zwischen Ankunft in der Klinik und Eröffnung eines verschlossenen Herzkranzgefäßes (Infarkt).

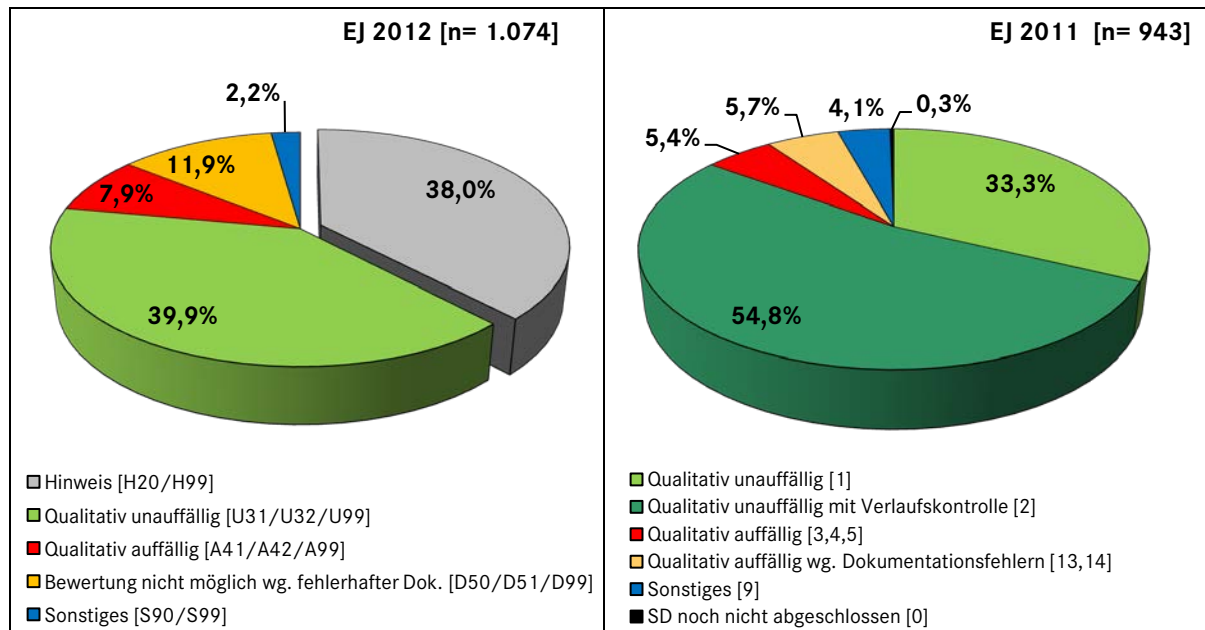


Abbildung 17: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 21/3 (EJ 2012, EJ 2011)

5.1.7. Herzchirurgie (HCH)

Insgesamt verlief der Strukturierte Dialog zufriedenstellend und konnte fristgerecht beendet werden. Die überwiegende Anzahl der übermittelten Stellungnahmen war ausführlich und wurde als nachvollziehbar angesehen. Vertreter von zwei Krankenhäusern wurden zum Kollegialen Gespräch eingeladen. In einem Fall erfolgte die Einladung aufgrund rechnerisch auffälliger Ergebnisse im Indikator „risikoadjustierte Sterblichkeit“ in allen 3 herzchirurgischen Leistungsbereichen, im anderen Fall erfolgte die Einladung aufgrund langjährig bestehender Dokumentationsprobleme. Beide Gespräche verliefen konstruktiv und wurden mit Zielvereinbarungen zur Verringerung der Sterblichkeit bzw. zur Verbesserung der Dokumentationsqualität abgeschlossen.

Im Leistungsbereich *Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt* lag das Hauptaugenmerk auf dem Qualitätsindikator „Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem Euroscore“. Die Ergebnisse zu diesem Indikator lagen, wie auch im Vorjahr, in einem unerwartet niedrigen Bereich. Die beachtlich große Spannweite der Ergebnisse von 8,7 % bis 80,6 % hat die unterschiedliche Umsetzung der Empfehlungen zur Indikationsstellung hinsichtlich der kathetergestützten Aortenklappenimplantation (TAVI-Verfahren) in den Krankenhäusern gezeigt. Für das Erfassungsjahr 2012 wurde erstmalig ein Referenzbereich (10. Perzentil) festgelegt, sodass im Rahmen des Strukturierten Dialogs bei 10 % der Krankenhäuser mit den niedrigsten Raten erfüllter Indikationskriterien die Gründe analysiert werden konnten.

Ein Krankenhaus hatte nur einen Hinweis erhalten, da es sich hier um einen Einzelfall handelte. 9 Krankenhäuser sind um eine Stellungnahme gebeten worden. Darüber hinaus ist an alle Krankenhäuser mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis ein eigens von der Bundesfachgruppe entwickelter Fragebogen verschickt worden. Auf diese Weise konnte die Bundesfachgruppe einen Eindruck gewinnen, wie die Qualitätsanforderungen der Leitlinien umgesetzt wurden und welche weiteren Gründe neben Alter und Hochrisiko als Indikationskriterien von den Krankenhäusern akzeptiert wurden.

Die Umfrage ergab, dass in den angeschriebenen Krankenhäusern ein spezielles Team für TAVIs gebildet worden war. Allerdings war die Zusammensetzung der Teams und insbesondere die Besprechungsfrequenz (z.B. „täglich“ versus „einmal im Monat“) sehr unterschiedlich. Die Hälfte der befragten Krankenhäuser hatte angegeben, über alle Patienten mit Aortenklappenstenose in diesem Team zwecks Indikationsabstimmung zu sprechen, nur 2 Krankenhäuser gaben an, dass Besprechungsprotokolle zu den Sitzungen erstellt wurden. Als weitere Indikationskriterien neben Alter und Euroscore wurden häufig die gemäß Leitlinien akzeptierten Gründe wie Porzellanaorta oder Frailty (Gebrechlichkeit) genannt. Darüber hinaus wurden als Indikationskriterien aber

auch Gründe wie Herzinsuffizienz, Dialyse oder Demenz genannt. Für das Erfassungsjahr 2013 wurde der Indikator um die gemäß Leitlinien akzeptierten Indikationskriterien erweitert. Zu den Kriterien gehören die Porzellanaorta, ein Malignom, eine prognoselimitierende Zweiterkrankung, der Patientenwunsch und Frailty. Das Frailty-Syndrom ist ein sehr komplexes Syndrom. In der Literatur finden sich zum Teil sehr unterschiedliche Angaben, welche Kriterien erfüllt sein müssen, damit vom Frailty-Syndrom gesprochen werden kann. Die Analyse der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2013 wird zeigen, wie häufig die verschiedenen Indikationskriterien angegeben wurden. Aufgrund der Angaben im vergangenen Strukturierten Dialog wurde von der Bundesfachgruppe bereits die Definition für Frailty in den Ausfüllhinweisen für die Spezifikation 2015 präzisiert. Der kommende Strukturierte Dialog wird weitere Ergebnisse liefern und darüber hinaus zeigen, wie häufig „sonstige“ Gründe für eine TAVI angegeben wurden und was sich hinter der Angabe „sonstige“ verbirgt.

Um bundesweit die Qualität der stetig zunehmenden Anzahl der TAVI-Eingriffe besser beurteilen zu können, fasste die Bundesfachgruppe zudem den Entschluss, auch die Krankenhäuser, die über keine herzchirurgische Abteilung im Haus verfügen, nach ihren Strukturen und Prozessen zu befragen. Insgesamt wurden 16 Einrichtungen um eine konkrete Darstellung ihrer Umsetzung der Leitlinienempfehlungen gebeten. Zwei der angesprochenen Einrichtungen legten dar, dass aktuell keine Eingriffe dieser Art mehr durchgeführt werden. Die anderen Einrichtungen gaben an, dass Kooperationsverträge mit Krankenhäusern mit einer herzchirurgischen Abteilung bestehen und ein herzchirurgisches Team für den Notfall zur Verfügung steht. 7 Antwortschreiben ist explizit zu entnehmen gewesen, dass ein Herzchirurg während der Eingriffe im Raum anwesend war.

Die Anzahl der rechnerisch auffälligen Ergebnisse bezogen auf die Qualitätsindikatoren der herzchirurgischen Leistungsbereiche des Erfassungsjahres 2012 ist unverändert zum Vorjahr. Vergleicht man die abschließenden Bewertungen mit den Vorjahresergebnissen, fällt auf, dass die Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs häufiger als qualitativ auffällig eingestuft worden sind. Wurden im Vorjahr ca. 25 % der Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig eingestuft, so wurden für das Erfassungsjahr 2012 ca. 45 % als qualitativ auffällig eingestuft. Dieser Anstieg der qualitativ auffälligen Ergebnisse sollte aber nicht automatisch mit einer Verschlechterung der Behandlungsqualität gleichgesetzt werden. Vielmehr ist dies auf die geänderte Bewertungssystematik und die stringente Anwendung derselben zurückzuführen.

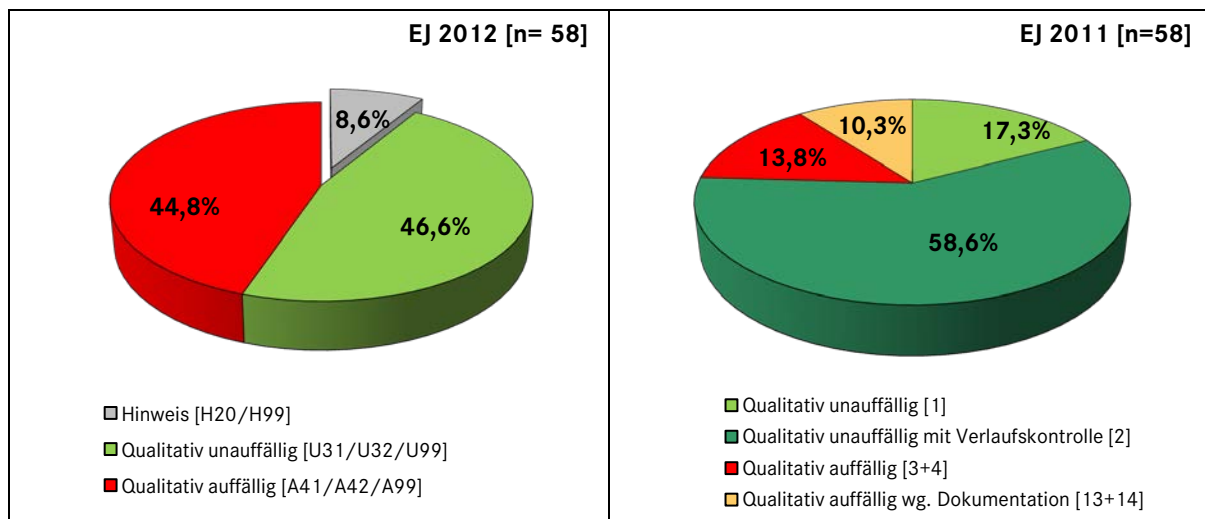


Abbildung 18: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für HCH (EJ 2012, EJ 2011)

5.1.8. Herztransplantation, Lungen- und Herz-Lungentransplantation (HTX/LUTX)

Im Vergleich zum letzten Jahr konnte in den Leistungsbereichen *Herztransplantation* und *Herz-Lungentransplantation* ein geringfügiger Anstieg an rechnerischen Auffälligkeiten festgestellt werden (2011 n = 22, 2012 n = 36). Dies ist unter anderem auf die Einführung der Worst-Case-Indikatoren⁵ zurückzuführen.

Insgesamt wurden Vertreter von 4 Krankenhäusern zu einem Kollegialen Gespräch eingeladen. 3 Einrichtungen wurden für den Leistungsbereich *Herztransplantation* zu einem Gespräch gebeten und ein weiteres Krankenhaus war im Leistungsbereich *Lungen- und Herz-Lungentransplantation* eingeladen. In den Gesprächen wurde seitens der Vertreter der Transplantationszentren Schwierigkeiten bei den Behandlungen durch eine verschlechterte Organqualität beschrieben, die u.a. für eine erhöhte Sterblichkeitsrate als ursächlich angesehen wurde. Eine kritische Evaluierung der Todesfälle erfolgte. Außerdem wurde deutlich, dass die strukturellen Anforderungen, die an ein gut funktionierendes Transplantationszentrum zu stellen sind, nicht in allen Zentren erfüllt werden bzw. es auf Dauer schwierig ist, diese kontinuierlich beizubehalten (z.B. durch Personalmangel, Mitarbeiterwechsel, andere Kooperationspartner etc.). Einen besonderen Schwerpunkt stellte in diesem Zusammenhang auch die Überprüfung der Nachsorgequalität dar. In den konstruktiven Kollegialen Gesprächen konnten die Experten der Fachgruppe den betroffenen Einrichtungen einige Verbesserungsvorschläge für zu etablierende Prozesse und/oder Strukturen unterbreiten. Anhand von Zielvereinbarungen und zu übermittelnder Nachweise werden die Umsetzungsmaßnahmen weiterverfolgt.

Die neu eingeführten Worst-Case-Indikatoren als Auslöser des Strukturierten Dialogs haben sich bewährt. Durch gezielte Nachforderung aller unklaren Follow-up-Fälle konnte, zumindest nachträglich, die Vollständigkeit der Datenerfassung verbessert werden. Durch die umfangreiche Anforderung von Stellungnahmen wurde den Zentren deutlich gemacht, dass es Ziel der Qualitätssicherung sein muss, auch im Follow-up eine hundertprozentige Vollständigkeit zu erreichen.

Die Ergebnisse des Stichprobenverfahrens im Leistungsbereich *Herztransplantation* mit Datenabgleich (Datenvalidierung) sind im Bericht zu den Ergebnissen der Datenvalidierung einzusehen.

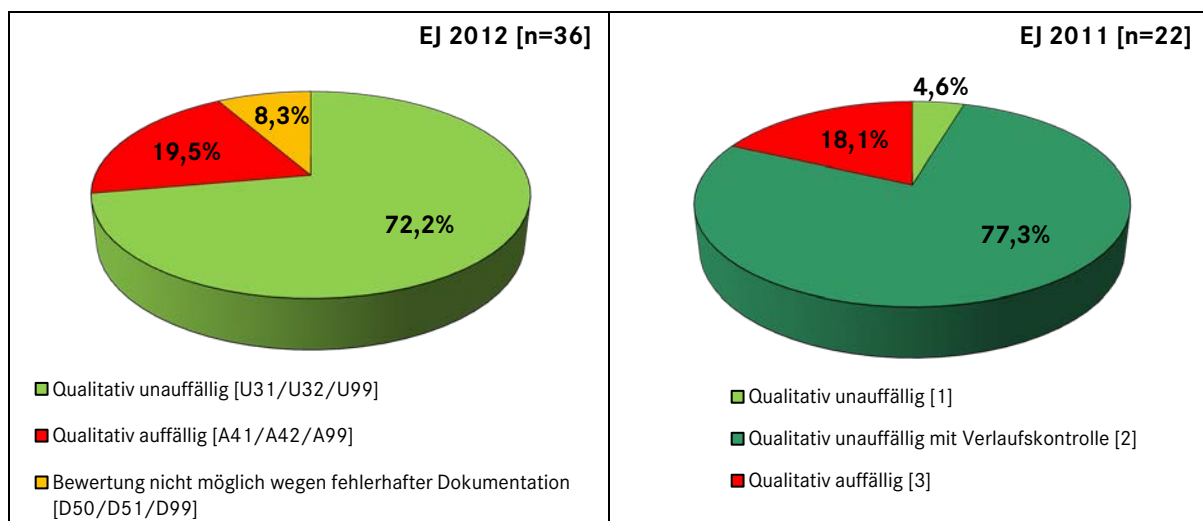


Abbildung 19: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für HTX und LUTX (EJ 2011, EJ 2012)

5.1.9. Lebertransplantation, Leberlebendspende (LTX/LLS)

Insgesamt waren in den Leistungsbereichen *Lebertransplantation* und *Leberlebendspende* 60 rechnerische Auffälligkeiten bei den Qualitätsindikatoren zu verzeichnen. Davon wurden 16 (26,7 %) als „qualitativ auffällig“ bewertet. Im Vorjahr waren deutlich weniger Ergebnisse qualitativ auffällig (16,0 %). Dieser Anstieg beruht fast ausschließlich auf der Einführung der Worst-Case-Indikatoren zum Überleben. Über beide Leistungsbereiche hinweg machten allein diese neu angewendeten Indikatoren 60 % der rechnerischen Auffälligkeiten aus. Der

⁵ Bei den Worst-Case-Indikatoren zum Überleben werden fehlende Datensätze als Todesfall gewertet.

Strukturierte Dialog machte deutlich, dass der Anteil an Patienten, zu denen die Krankenhäuser tatsächlich keine Follow-up Informationen einholen konnten, eher gering ist. In den angeforderten Stellungnahmen legten die meisten Krankenhäuser glaubhaft dar, dass die Informationen zum Überlebensstatus der Patienten doch sehr häufig im Krankenhaus vorlagen. Die rechnerischen Auffälligkeiten beruhten vielmehr auf Versäumnissen bei der vollzähligen und fristgerechten Dokumentation dieser Fälle.

Da der Strukturierte Dialog zu fehlenden Follow-up Informationen durch die Worst-Case-Analyse im Rahmen der Qualitätsindikatoren geführt wird, kommt dem Thema der vollzähligen Follow-up-Dokumentation eine höhere Bedeutung zu. So ist auch der Anstieg an qualitativen Auffälligkeiten zwischen den Jahren 2011 und 2012 zu erklären. Die Bundesfachgruppe Lebertransplantation wertete eine erhebliche Unterdokumentation im Follow-up als Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel und bewertete einige Qualitätsindikator-Ergebnisse aus diesem Grund als qualitativ auffällig. Aber auch qualitative Defizite aus medizinischer Sicht führten im Leistungsbereich *Lebertransplantation* zu dieser Bewertung.

Insgesamt betrachtet ist es bedauerlich, dass die Bundesergebnisse durch die Ergebnisse einzelner Krankenhäuser aufgrund von Versäumnissen bei der Follow-up-Dokumentation verzerrt werden. Insbesondere in Anbetracht der Tatsache, dass sich im Strukturierten Dialog herausstellte, dass die Follow-up-Informationen zu den meisten Patienten im Krankenhaus vorlagen. Unabhängig von der unvollzähligen Follow-up Dokumentation zeugen die Ergebnisse im Leistungsbereich *Lebertransplantation* nach Ansicht der Bundesfachgruppe von einer Behandlungsqualität, die im erwarteten Bereich liegt. Grundlegende Qualitätsdefizite bezüglich der medizinischen Versorgung wurden nicht identifiziert. Dennoch konnten bei einzelnen Krankenhäusern Qualitätsmängel festgestellt werden. So erhielten 3 Krankenhäuser die Bewertung qualitativ auffällig aufgrund einer erhöhten Sterblichkeit im Krankenhaus (QI-ID 2096). Hier waren Struktur- und Prozessmängel festgestellt worden.

Im Leistungsbereich *Leberlebenspende* wurde lediglich aus oben genannten Dokumentationsproblemen die Bewertung qualitativ auffällig vergeben. In keinem Fall konnten Qualitätsdefizite aus medizinischer Sicht festgestellt werden.

Der Leistungsbereich *Lebertransplantation* wurde im Erfassungsjahr 2012 einer umfassenden Datenvalidierung unterzogen. Detaillierte Ergebnisse sind im dazugehörigen Bericht zur Datenvalidierung zu finden.

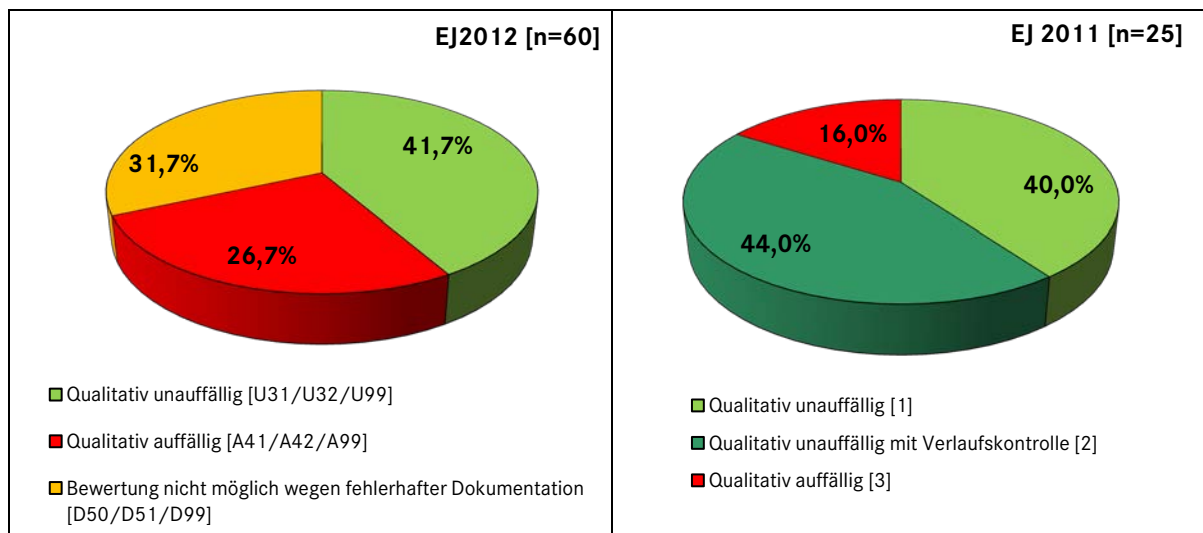


Abbildung 20: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für LTX und LLS (EJ 2011; EJ 2012)

5.1.10. Nierentransplantation, Nierenlebenspende, Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (NTX/NLS/PNTX)

In den Leistungsbereichen *Nierentransplantation*, *Nierenlebenspende* sowie *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* gab es im Erfassungsjahr 2012 insgesamt 127 rechnerische Auffälligkeiten in Bezug auf die Qualitätsindikatoren. Davon wurden 69 identifizierte Abweichungen (54,3 %) als qualitativ auffällig bewertet, davon 50 Abweichungen (39,4 %) im Leistungsbereich *Nierenlebenspende*. Der Anstieg der rechnerischen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr beruht überwiegend auf der Einführung der Worst-Case-Indikatoren zum Überleben. Darüber hinaus konnte der Strukturierte Dialog im Leistungsbereich *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* aufgrund der über zwei Erfassungsjahre (EJ 2011 und EJ 2012) kumulierten Auswertung und der erstmalig mit Referenzbereichen versehenen Qualitätsindikatoren zum ersten Mal zur Anwendung kommen.

Die schriftlichen Stellungnahmen der Krankenhäuser stellen mehrheitlich eine angemessene Grundlage zur Bewertung der Ergebnisse dar. Präzisierungen mussten überwiegend zu fehlenden Follow-up-Informationen bei den Worst-Case-Indikatoren angefordert werden. Hauptsächlich erfolgte dies im Leistungsbereich der *Nierenlebenspende*, da es sich um einen hochsensiblen Bereich handelt, in welchem die Nachsorge und deren Dokumentation einen besonderen Stellenwert einnehmen. Durch die Stellungnahmen wurde deutlich, dass zu vielen Patienten die Information zum Überlebensstatus im Krankenhaus vorlag aber letztlich Struktur- bzw. Prozessmängel bei der Dokumentation zu dem rechnerisch auffälligen Ergebnis geführt haben. Einigen Einrichtungen war überdies nicht bewusst, dass auch Untersuchungsergebnisse von anderen an der Nachsorge beteiligten Einrichtungen und Ärzten verwendet werden dürfen. Die Dokumentation konnte somit aufgrund von fehlenden Informationen nicht abschlossen und übermittelt werden. Vereinzelt Krankenhäuser sehen die Einführung der Worst-Case-Indikatoren im Leistungsbereich der *Nierenlebenspende* und vor allem deren Bewertung im Rahmen des Strukturierten Dialogs kritisch, da Spender gesetzlich nicht dazu verpflichtet sind an der Nachsorge teilzunehmen und Krankenhäuser keine entsprechenden Sanktionsmöglichkeiten besitzen. Hinzu kommt, dass viele Spender im Ausland leben und die Bereitschaft zur Nachsorge aus verschiedenen Gründen sowohl seitens der Patienten als auch seitens der betreuenden Ärzte oftmals sehr gering ist.

In den Leistungsbereichen *Nierentransplantation* und *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* haben die Worst-Case-Analysen allerdings gezeigt, dass im Rahmen des Strukturierten Dialogs tatsächlich nicht bekannte Todesfälle identifiziert werden konnten, die nachfolgend einer kritischen Prüfung unterzogen worden sind. Unter Berücksichtigung der oben aufgeführten Argumente einzelner Krankenhäuser und dem besonderen Stellenwert der Nachsorge in der Transplantationsmedizin hat sich die Bundesfachgruppe bewusst dazu entschlossen die Worst-Case-Indikatoren sehr einheitlich und stringent zu bewerten. Den Krankenhäusern soll dadurch eindeutig signalisiert werden, dass sie ihre Prozesse und Kontaktmöglichkeiten zur Verbesserung der Follow-up-Dokumentation weiter verfolgen und ausbauen sollen. Es bleibt abzuwarten, ob sich dadurch bereits im nächsten Strukturierten Dialog eine Verbesserung der Vollständigkeit der Follow-up-Dokumentation abzeichnet.

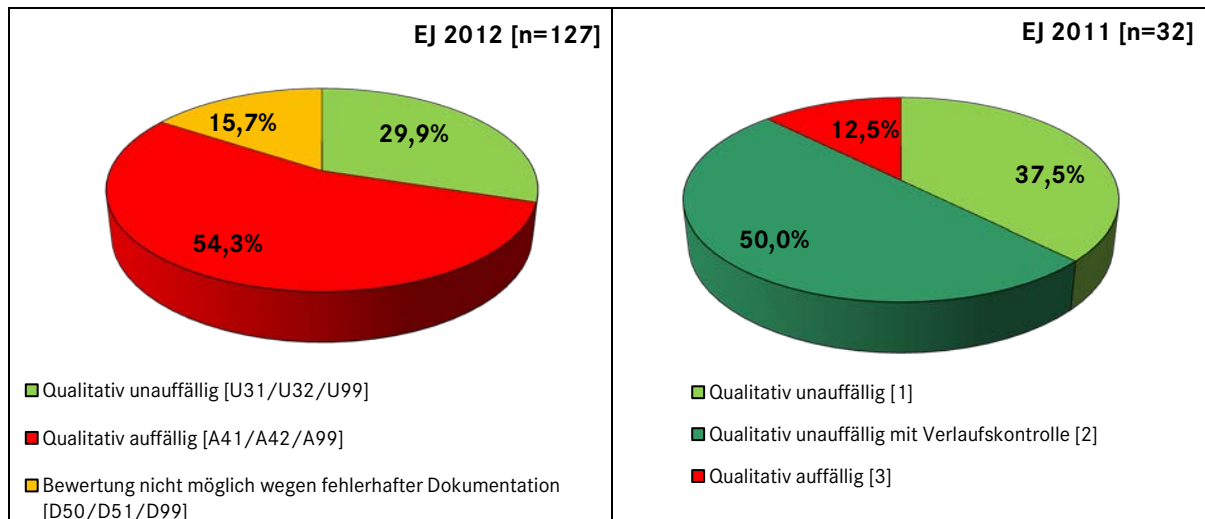


Abbildung 21: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für NTX, PNTX und NLS (EJ 2011, EJ 2012)

5.1.11. Geburtshilfe (16/1)

Insgesamt wurden im Leistungsbereich *Geburtshilfe* im EJ 2012 weniger rechnerische Auffälligkeiten ermittelt (826) als noch im Vorjahr (997). Es wurden 206 Hinweise versendet und 616 Stellungnahmen angefordert. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs ist die Anzahl an ermittelten qualitativen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr jedoch angestiegen. Wurden im Vorjahr 15,7 % der rechnerischen Auffälligkeiten als „qualitativ auffällig“ bewertet, sind es im Erfassungsjahr 2012 20,6 %. Aufgrund fehlerhafter Dokumentationen konnten 12,1 % der rechnerischen Auffälligkeiten nicht bewertet werden.

Im Leistungsbereich *Geburtshilfe* wurde der Strukturierte Dialog vor allem intensiv zu den Sentinel-Event-Indikatoren QI-ID 1059: „Kritisches Outcome bei Reifgeborenen“ und QI-ID 1058: „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ durchgeführt. Bei letzterem zeigte sich, dass der Indikator besonders anfällig für Dokumentationsfehler ist. Die Hälfte der rechnerischen Auffälligkeiten war daher aufgrund von Dokumentationsfehlern nicht zu bewerten. Die Differenzierung zwischen einer Notfall-Sectio und einer eiligen Sectio ist die häufigste Ursache für dieses Ergebnis. Auch die zeitliche Einordnung der Entschlusszeit ist vermutlich fehleranfällig. Um dieser Problematik entgegenzuwirken, wird die Bundesfachgruppe in der kommenden Sitzung über eine präziserte Abbildung der E-E-Zeit z.B. durch die exakte Dokumentation des Zeitpunkts des Eintrittes bzw. der Erkennung des Notfalls beraten.

Beim Indikator „Kritisches Outcome bei Reifgeborenen“ konnten nach Überprüfung neben Dokumentationsproblemen vor allem ebenso qualitative Mängel durch unzureichende Prozessoptimierungen festgestellt werden. Hier wurden durch die Arbeitsgruppender Länder zumeist notwendige Schulungen zur Beurteilung pathologischer CTG-Befunde angeregt.

Insgesamt wurden zu 42 rechnerischen Auffälligkeiten Kollegiale Gespräche und/oder Vor-Ort-Begehungen durchgeführt. 49 Zielvereinbarungen wurden geschlossen. Dies betraf insbesondere den Indikator QI-ID 50045: „Perioperative Antibiotikaphylaxe“ (siehe Fallbeispiel in Abschnitt 5.2.1). sowie den QI-ID 51397: „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen⁶ bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung“. Ein Bundesland berichtet, dass zudem ein Krankenhaus entanonymisiert werden musste, da sich schwerwiegende Struktur- und Prozessmängel ergaben. Bei dem Indikator QI-ID 319: „Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes bei lebendgeborenen Einlingen“ waren von 11 rechnerischen Auffälligkeiten nach Überprüfung im Strukturierten Dialog 5 als qualitativ auffällig bewertet worden, das entspricht einem Anteil von 45,5 %.

⁶ Übersäuerung.

Der Leistungsbereich *Geburtshilfe* wurde für das Erfassungsjahr 2012 einem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich (Datenvalidierung) unterzogen. Die Ergebnisse dazu sind im Bericht zu den Ergebnissen der Datenvalidierung einzusehen.

In einigen Bundesländern werden neben den gesetzlichen Vorgaben zusätzliche Projekte für den Bereich der Geburtshilfe und der Neonatologie durchgeführt. Außerdem gibt eine Projektgruppe „Mütterliche Todesfälle“ des AQUA-Instituts, die in Abstimmung mit Landesvertretern, alle Todesfälle bundesweit aufarbeitet.

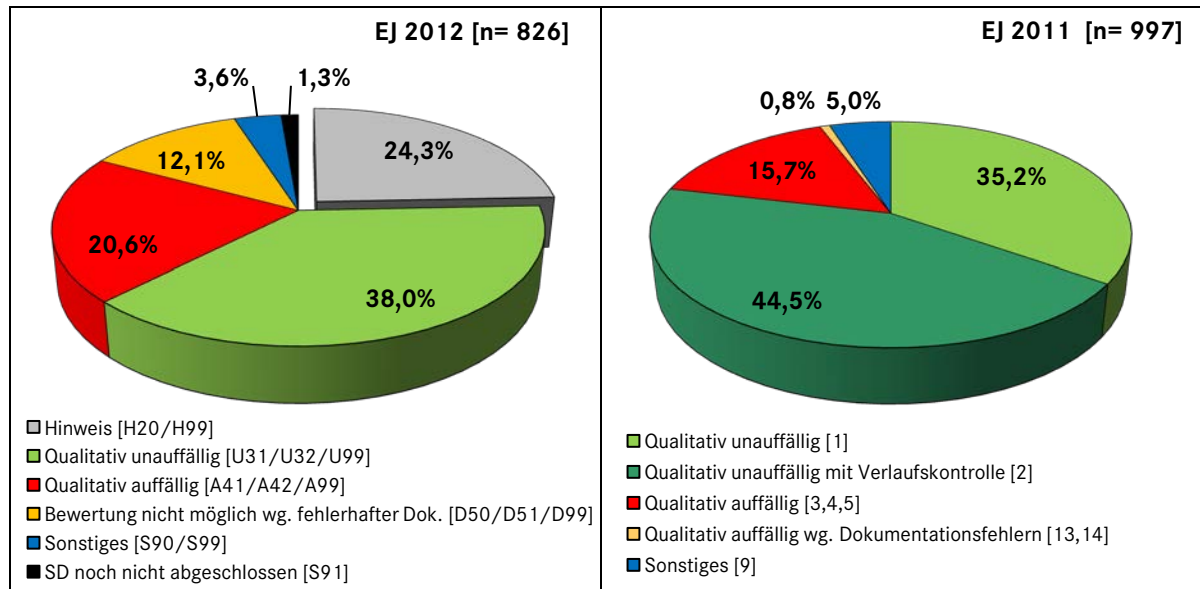


Abbildung 22: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 16/1 (EJ 2011, EJ 2012)

5.1.12. Neonatologie (NEO)

Insgesamt wurden im Leistungsbereich *Neonatologie* im Erfassungsjahr 2012 weniger rechnerische Auffälligkeiten ermittelt (360) als noch im Vorjahr (478). Zu diesen rechnerischen Auffälligkeiten wurden insgesamt 231 Stellungnahmen anfordert sowie 126 Hinweise versendet. Der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten, die nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig bewertet wurden, hat sich mit 9,4 % mehr als verdoppelt. Darüber hinaus wird deutlich, dass die Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten als „qualitativ unauffällig“ (44,2 %) zum Vorjahr (47,1 %) leicht abgenommen hat. Insgesamt 12 Zielvereinbarungen wurden geschlossen.

Im Leistungsbereich *Neonatologie* wurde der Strukturierte Dialog vor allem zu den Indikatoren „Durchführung eines Hörtest“, „Bronchopulmonale Dysplasie“⁷ sowie zu den Indikatoren zur Sterblichkeit durchgeführt. Bei dem Indikator „Durchführung eines Hörtest“ waren hauptsächlich Dokumentationsfehler der Grund für die rechnerische Auffälligkeit. Beim Indikator „Bronchopulmonale Dysplasie“ traten ebenfalls häufig Dokumentationsfehler auf, die allerdings zum Teil auf einer nicht einheitlichen Definition von Bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) beruhen. Die Bundesfachgruppe hat sich dieser Thematik bereits angenommen, um eine einheitliche Auswertungsgrundlage zu gewährleisten. Bei den Sterblichkeitsindikatoren kam es insgesamt zu 71 rechnerischen Auffälligkeiten, wovon nur eine als qualitativ auffällig aufgrund von Struktur- und Prozessmängeln bewertet wurde. Es fällt auf, dass zu 60 % der rechnerischen Auffälligkeiten bei den Sterblichkeitsindikatoren keine Stellungnahme angefordert, sondern lediglich Hinweise versendet worden sind. Bei den anderen Indikatoren des Leistungsbereichs *Neonatologie* liegt diese Rate niedriger.

Die meisten qualitativen Auffälligkeiten für den Leistungsbereich *Neonatologie* wurden bei den Indikatoren „Aufnahmetemperatur unter 36.0 Grad“ und „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) bei beat-

⁷ Erkrankung der Lunge des Frühgeborenen (durch künstliche Beatmung).

meten Kindern mit Pneumothorax“ festgestellt. Hier wurden von der Landesebene jeweils 8 Krankenhäuser zumeist aufgrund von Struktur- oder Prozessmängeln als qualitativ auffällig bewertet.

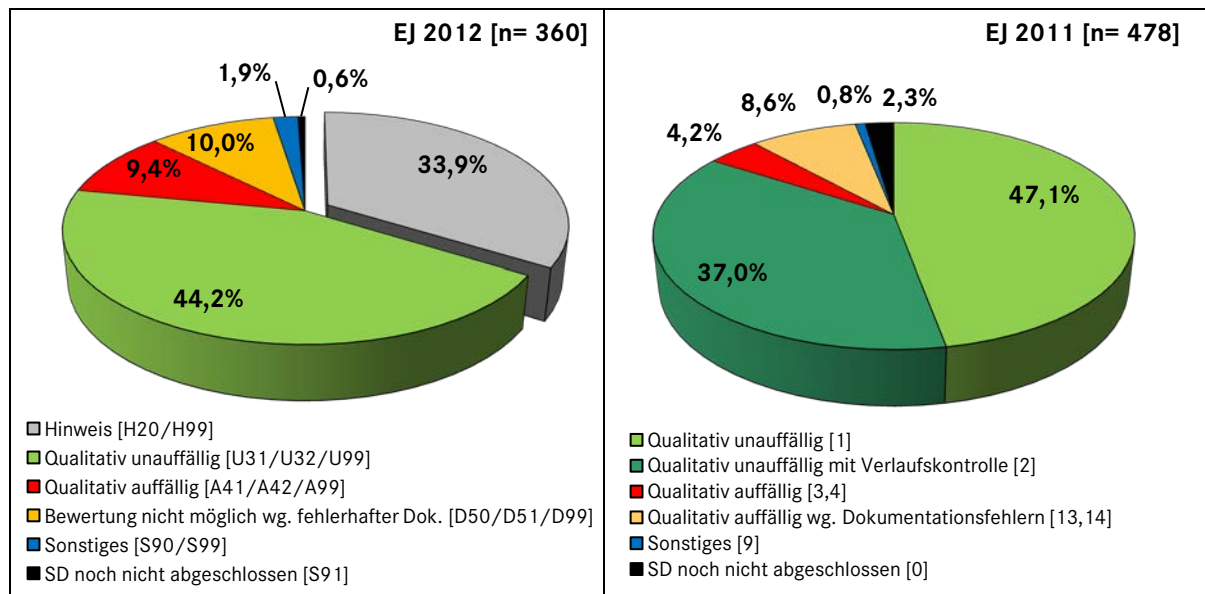


Abbildung 23: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für NEO (EJ 2011, EJ 2012)

5.1.13. Gynäkologische Operationen (15/1)

Im Strukturierten Dialog 2013 zum Erfassungsjahr 2012 wurden insgesamt 1.200 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Es wurden 544 Hinweise versendet sowie 652 Stellungnahmen angefordert.

Im Vergleich zum Strukturierten Dialog des Vorjahres ist die Anzahl der versendeten Hinweise sowie der angeforderten Stellungnahmen angestiegen (EJ 2011: 475 Hinweise, 548 Stellungnahmen). Als Konsequenz der Überprüfung der Stellungnahmen wurden zu 9 Qualitätsindikatoren Kollegiale Gespräche sowie zu 2 rechnerischen Abweichungen Begehungen durchgeführt. Darüber hinaus wurden 14 Zielvereinbarungen zu rechnerischen Auffälligkeiten mit den betroffenen Krankenhäusern geschlossen.

Bei dem Großteil der eingereichten Stellungnahmen konnten die Erläuterungen der Leistungserbringer nachvollzogen bzw. die besondere klinische Situation glaubhaft dargelegt werden. Die Fachgremien auf Landesebene sahen für 41,7 % (n = 500) rechnerische Auffälligkeiten keinen Anhaltspunkt für einen qualitativen Mangel und vergaben somit die Einstufung „qualitativ unauffällig“.

Wegen fehlerhafter Dokumentationen konnten 7,3 % der rechnerischen Abweichungen nicht bewertet werden. Nach Abschluss des Strukturierten Dialoges 2013 wurden letztlich 50 rechnerische Auffälligkeiten (4,2 %) als qualitativ auffällig bewertet. Dies bedeutet im Vergleich zum Strukturierten Dialog 2012 einen leichten Anstieg.

Als Gründe für die Einschätzung als „qualitativ auffällig“ wurde für 33 Auffälligkeiten ein Hinweis auf Struktur- oder Prozessmängel identifiziert. Die Ursachen für die Qualitätsmängel waren z.B. unzureichende und fragwürdige OP-Indikationen, Probleme bei belegärztlicher Leistungserbringung, häufiger Personalwechsel und teilweise Unzulänglichkeiten im Sprachverständnis des nicht-muttersprachlichen Personals, insbesondere bei den Dokumentationsprozessen.

In einigen Bundesländern wurde für das Erfassungsjahr 2012 auf die Durchführung des Strukturierten Dialogs zu den Indikatoren zur Hysterektomie verzichtet. Aufgrund der Aussetzung der Erfassung der Hysterektomien ab dem Erfassungsjahr 2013 entschieden sich einige Länder frühzeitig, hier ausschließlich mit Hinweisen zu arbeiten. Einige Landesarbeitsgruppen wiesen zudem auf Schwierigkeiten im Strukturierten Dialog zu dem Sentinel-Event-Indikator QI-ID 5 14 18: „Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation“ hin. Durch die Erweiterung der Grundgesamtheit im Indikator wurde im Erfassungsjahr 2012 ein Anstieg an rechnerischen Auffälligkeiten aufgrund einer Organverletzung festgestellt. Im Strukturierten Dialog stellte sich heraus, dass in einigen Fällen die Organverletzung nicht Folge,

sondern Anlass der Laparoskopie war und dementsprechend nicht als Organverletzungen hätte dokumentiert werden dürfen. Die Bundesebene entschied sich daraufhin, den Ausfüllhinweis zum entsprechenden Datenfeld zu präzisieren sowie die Bezeichnung des Datenfeldes zu ergänzen, um so eine zielgenauere Abbildung der Organverletzung bei laparoskopischen Operationen zu erreichen.

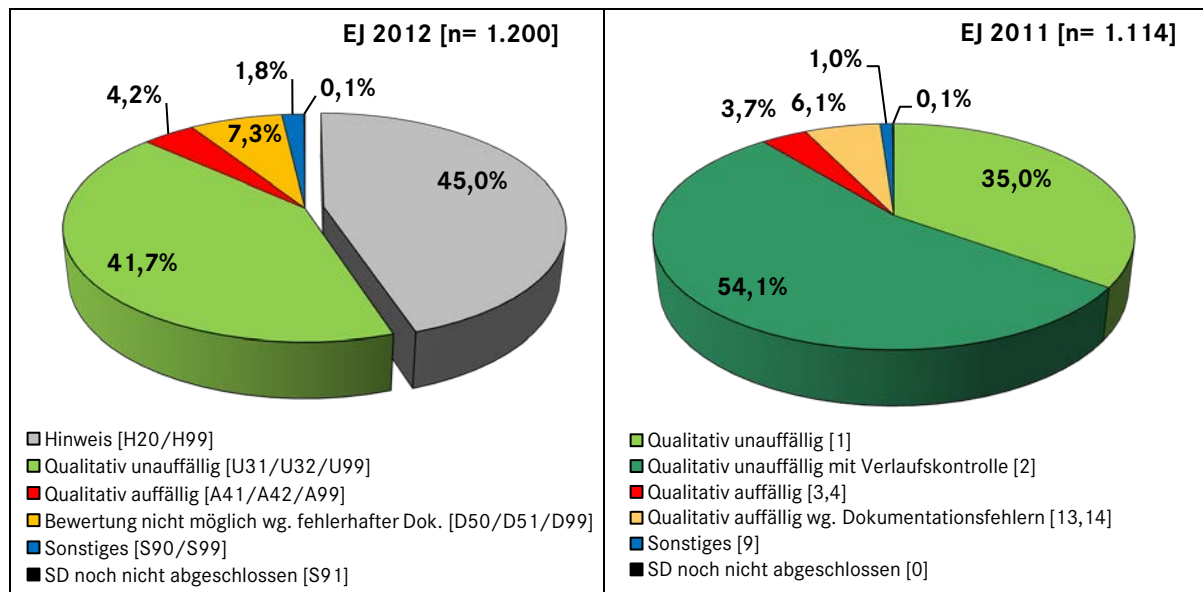


Abbildung 24: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 15/1 (EJ 2012, EJ 2011)

5.1.14. Mammachirurgie (18/1)

Mit einer Anzahl von 1.140 rechnerischen Auffälligkeiten im Leistungsbereich *Mammachirurgie* im Erfassungsjahr 2012 ist ein Rückgang um mehr als 30 % im Vergleich zum Erfassungsjahr 2011 zu verzeichnen. Diese Entwicklung liegt vorwiegend in verschiedenen Änderungen bzgl. der Indikatoren begründet: Die Indikatoren der Gruppe „Hormonrezeptoranalyse und HER-2/neu-Analyse“ (ID 2261 und ID 2135) sowie der Indikator „Meldung an Krebsregister“ (ID 11992) werden seit dem Erfassungsjahr 2012 nicht mehr erhoben. Unter anderem auf Grundlage der Erkenntnisse aus den Strukturierten Dialogen wird aktuell kein Qualitätsverbesserungspotenzial durch eine Anwendung dieser Indikatoren erwartet. Für die Indikatoren „Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei pT1 ohne Lymphknotenbefall“ (ID 2262) und „Primäre Axilladissektion bei DCIS“ (ID 2163) wurde der Referenzbereich wegen fraglicher Datenvalidität und der daraus folgenden Notwendigkeit der Überarbeitung eines Datenfeldes vorübergehend ausgesetzt, sodass auch diese Indikatoren kein Bestandteil des Strukturierten Dialogs waren. Der im Vorjahr neu eingeführte Indikator „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ (ID 50719) wurde im Erfassungsjahr 2012 hingegen erstmals mit Referenzbereich angewendet.

Hinweise wurden zu 605 rechnerischen Auffälligkeiten (53,1 %) versendet. Herauszustellen ist, dass für den Indikator zur brusterhaltenden Therapie bei pT1 (ID 2167) auf Empfehlung der Bundesebene vorwiegend mit Hinweisen gearbeitet wurde. Die Strukturierten Dialoge der vergangenen Jahre haben gezeigt, dass sich vermutete Qualitätsdefizite in Bezug auf die Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie mit dem Indikator nur sehr eingeschränkt identifizieren lassen. Für das Erfassungsjahr 2013 wird der Indikator komplett ausgesetzt. Im Rahmen der Weiterentwicklung des Leistungsbereichs soll angestrebt werden, die entsprechenden Qualitätsziele künftig konkreter erfassen zu können.

Aufgrund von Abweichungen vom Referenzbereich forderten die zuständigen Stellen auf Landesebene 483 (42,2 %) Stellungnahmen von betroffenen Krankenhäusern an. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurde 79-mal die Bewertung „qualitativ auffällig“ (6,9 %) vergeben. In den überwiegenden Fällen erfolgte diese Einstufung aufgrund von Hinweisen auf Struktur- oder Prozessmängel. Hervorzuheben ist der Indikator zur

prätherapeutischen Diagnosesicherung bei tastbarer maligner Neoplasie⁸ (ID50080), für den 21-mal diese Einstufung vergeben wurde. Insgesamt ist der Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen im Vergleich zum Vorjahr etwa konstant geblieben. Neben der Veränderung des Bewertungsschemas ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse allerdings auch dadurch eingeschränkt, dass dem Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2012 z.T. nicht die gleichen Indikatoren zugrundelagen wie dem Strukturierten Dialog des Vorjahres (s.o.).

Zu einem auffallend hohen Anteil von 13,5 % aller rechnerischen Auffälligkeiten war die Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich. Wie in den Vorjahren betraf dies insbesondere die Indikatoren der Gruppe zur metrischen Angabe des Sicherheitsabstandes (ID 2131 und ID 2162) sowie den Indikator „Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung“ (ID 303). Unter anderem als Reaktion auf die Rückmeldungen aus den Bundesländern, nach denen bei dem weitaus größten Teil aller rechnerischen Auffälligkeiten in den Indikatoren zum metrischen Sicherheitsabstand keine Versorgungsdefizite vorliegen, werden diese Indikatoren mit Wirkung zum Erfassungsjahr 2013 ausgesetzt. Unterstützt wird die Entscheidung durch die Einschätzung der Bundesfachgruppe, nach der sich die Angabe des metrischen Sicherheitsabstandes im Pathologiebericht mittlerweile flächendeckend durchgesetzt habe. Bezüglich des Indikators zum intraoperativen Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung wurde – auch vor dem Hintergrund des Indikators zur sonografischen Drahtmarkierung (s.u.) – für die Erfassungsjahre 2014 und 2015 eine sukzessive Überarbeitung der verwendeten Datenfelder vorgenommen. Hierdurch soll eine fehlerfreie Dokumentation künftig erleichtert werden.

In den Stellungnahmen ließ sich ein weiterer wesentlicher Anteil der abweichenden Ergebnisse durch Einzelfälle erklären. Die entsprechende Bewertungskategorie U32 wurde für 18 % aller Abweichungen vergeben. Insgesamt wurden 23 % der Abweichungen vom Referenzbereich als qualitativ unauffällig eingestuft.

In Bezug auf die Indikatoren „Intraoperative Präparatsonographie bei sonographischer Drahtmarkierung“ (ID 51369) und „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ (ID 50719) bat die Bundesfachgruppe die Landesgeschäftsstellen um die Durchführung zusätzlicher Dialoge mit ausgewählten Krankenhäusern, um Erkenntnisse für eine sinnvolle Weiterentwicklung und Anwendung der Indikatoren zu gewinnen:

- Der Indikator „Intraoperative Präparatsonographie bei sonographischer Drahtmarkierung“ wurde für das Erfassungsjahr 2012 erstmalig und zunächst ohne Referenzbereich angewendet. Die Bundesfachgruppe bewertete die Krankenhausergebnisse als deutlich zu niedrig; Unsicherheit bestand allerdings hinsichtlich der möglichen Hintergründe dieser Ergebnisse. Die Landesgeschäftsstellen wurden deshalb gebeten, mit Krankenhäusern, die besonders niedrige Raten aufweisen, einen Strukturierten Dialog zu führen, um mögliche Ursachen zu ermitteln. Die Rückmeldungen der Krankenhäuser wiesen auf einen Überarbeitungsbedarf hinsichtlich Qualitätsziel und Rechenregel des Indikators hin. Beides wurde in der Bundesfachgruppe eingehend diskutiert. Als Ergebnis dieses Prozesses ist nun vorgesehen, im Zähler des Indikators zusätzlich auch Fälle mit intraoperativem Präparatröntgen zu berücksichtigen. Laut Einschätzung der Bundesfachgruppe ist ein intraoperatives Präparatröntgen nach sonografischer Drahtmarkierung ebenso korrekt wie die intraoperative Präparatsonografie. In der Spezifikation 2014 wurden die benötigten Datenfelder modifiziert, um den Indikator mit neuer Rechenregel im Jahr 2014 erstmalig berechnen zu können.
- Für den Indikator „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ liegt die im Jahr 2012 ermittelte bundesweite Gesamtrate von 20,2 % im Hinblick auf die Sollvorgabe der S3-Leitlinie (< 5 %) extrem hoch. Unter anderem aufgrund der statistischen „Problematik kleiner Fallzahlen in der Grundgesamtheit“ wurde für das Erfassungsjahr 2012 zunächst jedoch ein sehr großzügiger Referenzwert festgelegt (≤ 90 . Perzentil: 38,4 %). Vor dem Hintergrund von Überlegungen zur Weiterentwicklung des Indikators bat die Bundesfachgruppe die Landesgeschäftsstellen, bei einzelnen Krankenhäusern mit mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit auch dann einen Strukturierten Dialog zu führen, wenn zwar der Referenzwert nicht überschritten ist, aber dennoch eine vergleichsweise hohe Rate vorliegt. Die Rückmeldungen ergaben, dass in einigen Fällen primär ein invasives Karzinom vorlag, dass sich erst nach neoadjuvanter Therapie als DCIS darstellen lies. In diesen Fällen wurde die vorgenommene Lymphknotenentfernung demnach auf Grundlage der Primärhistologie leitliniengerecht durchgeführt. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse wurde die Rechenregel des Indikators für das Erfassungsjahr 2013 angepasst: Fälle, in denen im prätherapeutischen Be-

⁸ Bösartige Neubildung.

fund ein invasives Karzinom vorlag sowie Fälle mit neoadjuvanter Therapie werden künftig aus dem Indikator ausgeschlossen.

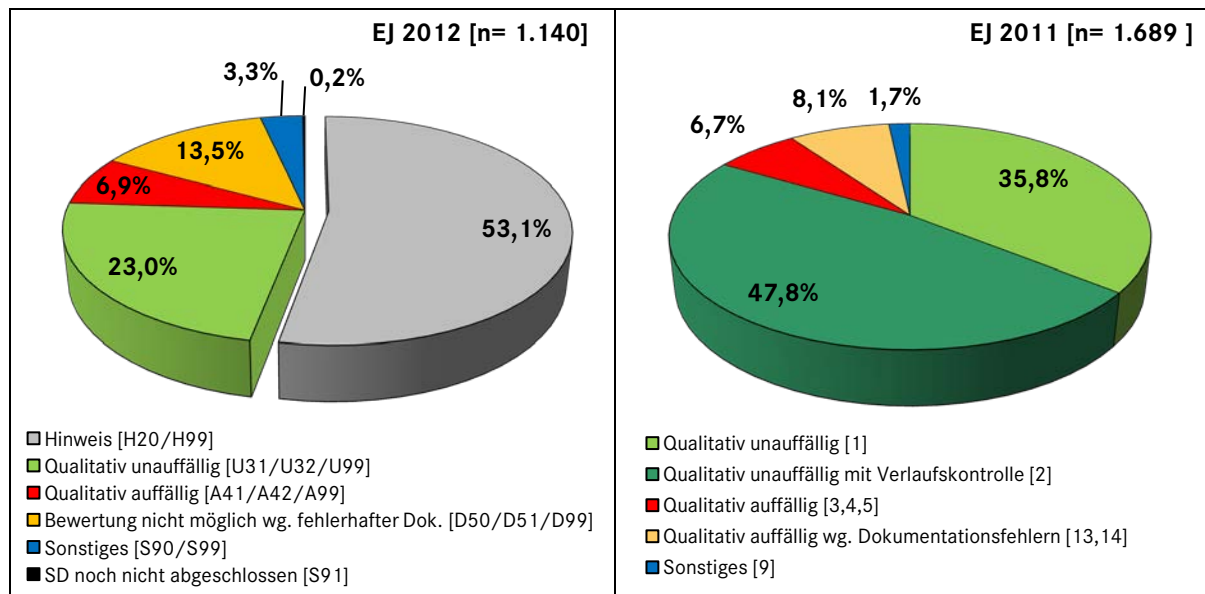


Abbildung 25: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 18/1 (EJ 2012, EJ 2011)

5.1.15. Hüftgelenknahe Femurfraktur, Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/1 – 17/3)

In den Leistungsbereichen *Hüftgelenknahe Femurfraktur*, *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation* und *Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* kam es insgesamt zu 3.514 rechnerischen Auffälligkeiten. Zu 1.519 der rechnerischen Auffälligkeiten wurden ausschließlich Hinweise an das entsprechende Krankenhaus versandt. Zu 1.995 der rechnerischen Auffälligkeiten wurden Stellungnahmen angefordert. Darüber hinaus wurden nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zu 107 rechnerischen Auffälligkeiten Zielvereinbarungen geschlossen und zu 38 Auffälligkeiten Kollegiale Gespräche geführt. Begehungen fanden für die Leistungsbereiche zur Hüftgelenkversorgung nicht statt. Nach Abschluss des Strukturierten Dialoges wurden insgesamt 209 (5,9 %) Ergebnisse als qualitativ auffällig eingestuft.

Die qualitativen Auffälligkeiten für die 3 Leistungsbereiche sind hauptsächlich durch Struktur- und Prozessmängel zu erklären, wie z.B. verspätete Versorgung an Wochenenddiensten, Fehler bei der Dokumentation des Kellgren & Lawrence Score sowie Akzeptanz des Score, ungenügende OP-Erfahrung etc.. Die Mehrzahl der betroffenen Krankenhäuser hatten jedoch bereits Verbesserungsmaßnahmen ergriffen.

Die meisten qualitativen Auffälligkeiten im Leistungsbereich *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation* wurden bei der Indikationsstellung (QI-ID 1082) festgestellt. Hier bewerteten die Landesgeschäftsstellen insgesamt 18 Krankenhäuser als qualitativ auffällig – vornehmlich aufgrund von Struktur- und Prozessmängeln. Im Leistungsbereich *Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* wurden beim risikoadjustierten Indikator zu Reoperationen (QI-ID 50989) die meisten qualitativen Mängel identifiziert (bei insgesamt 17 Krankenhäusern). Im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur* ist für den Indikator „Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme oder sturzbedingter Fraktur im Krankenhaus“ (QI-ID 2266) eine Reduzierung der rechnerischen Auffälligkeiten (von 250 im EJ 2011 auf 224 im EJ 2012) bei gleichzeitiger Erhöhung der qualitativ auffälligen Ergebnisse von 28 auf 38 zu konstatieren.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog fällt auf, dass bei dem Indikator „Perioperative Antibiotikaphylaxe“ (QI-ID 270) zu 24 ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten 21 Hinweise versendet worden sind. Ähnliches wurde auch für die beiden entsprechenden Indikatoren in den Leistungsbereichen *Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation* und *Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* festgestellt. Ferner fällt auf, dass nicht zu allen Sentinel-Event-Indikatoren Stellungnahmen angefordert worden sind. Aller-

dings zeigen die Informationen aus den Ländern auch, dass bei den Fällen, die überprüft worden sind oft die Begleiterkrankung der Patienten zu den tragischen Verläufen beitragen.

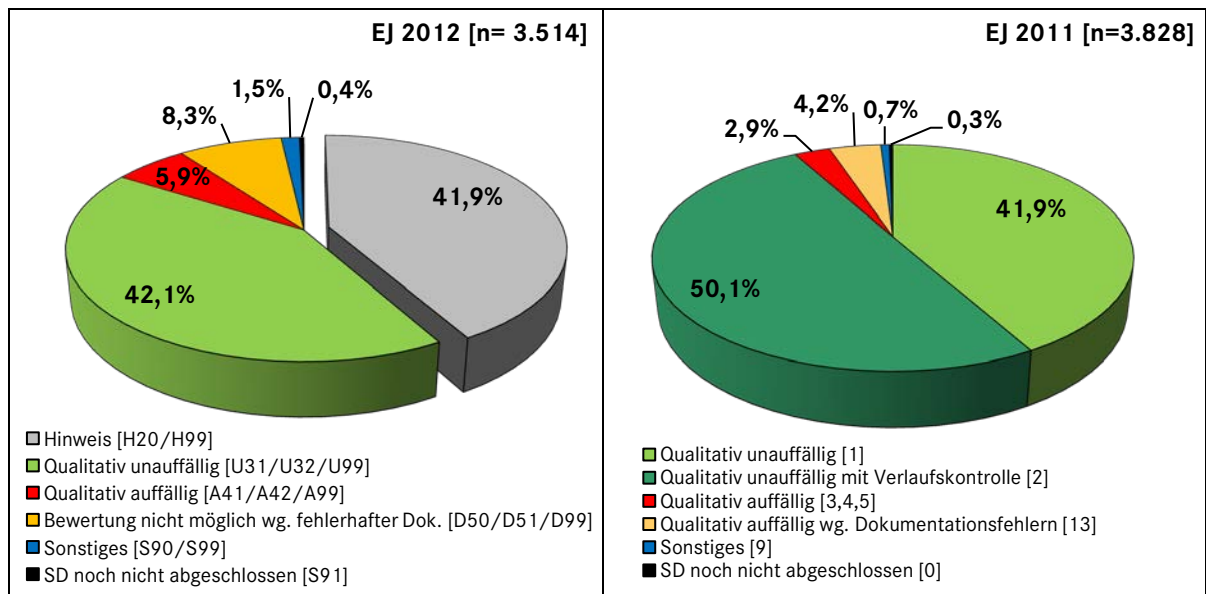


Abbildung 26: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 17/1-17/3 (EJ 2011; EJ 2012)

5.1.16. Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation, Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/5, 17/7)

In den Leistungsbereichen *Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation* und *Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* konnten 1.008 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt werden. Zu 473 der rechnerischen Auffälligkeiten wurden Hinweise versendet. Zu den anderen 535 wurden Stellungnahmen angefordert. Weiterführend wurden zu 6 rechnerischen Auffälligkeiten Kollegiale Gespräche geführt und insgesamt zu 31 Auffälligkeiten Zielvereinbarungen getroffen. 4,7 % der rechnerischen Auffälligkeiten wurden abschließend als qualitativ auffällig eingestuft, womit sich dieser Anteil im Vergleich zum Vorjahr mehr als verdoppelt hat (Abbildung 27). Die absolute Anzahl qualitativer Auffälligkeit im Vergleich zum Vorjahr hat sich ebenfalls nahezu verdoppelt. Für rund ein Viertel aller zugesandten Stellungnahmen war die Bewertung aufgrund von Dokumentationsfehlern nicht möglich. Des Weiteren hat der Anteil an Dokumentationsfehlern bezogen auf alle rechnerischen Auffälligkeiten auch im Vergleich zum Vorjahr zugenommen. Die überwiegende Zahl an Dokumentationsfehlern lag in einer unvollständigen oder falschen Dokumentation begründet.

In dem Indikator „Beweglichkeit bei Entlassung mindestens 0/0/90 nach Neutral-Null-Methode“ im Leistungsbereich *Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation* waren insgesamt 129 von 1.033 Krankenhäuser rechnerisch auffällig. 90,4 % aller erfassten Patienten erreichten bei Entlassung aus dem Akutkrankenhaus eine Beweglichkeit im Kniegelenk von 0/0/90 Grad und erlangten somit eine gute Rehabilitationsfähigkeit. In rund 80 % der insgesamt 129 rechnerisch auffälligen Krankenhäuser wurden detaillierte Stellungnahmen angefordert. Weiterführend wurden zwei Kollegiale Gespräche geführt und 11 Zielvereinbarungen getroffen. Mit Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden die Ergebnisse von 15 Krankenhäusern als qualitativ auffällig bewertet. Damit wurden im Leistungsbereich *Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation* bei diesem Indikator die meisten qualitativen Auffälligkeiten identifiziert.

Die Aufarbeitung der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zeigen zudem, dass die unzureichende Dokumentationsqualität für die Leistungsbereiche der Knie-Endoprothesenversorgung zum Großteil durch den Indikator „Beweglichkeit bei Entlassung mindestens 0/0/90 nach Neutral-Null-Methode“ im Leistungsbereich *Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation* verursacht wird. Die Ursachen für die mangelnde Dokumentationsqualität sind anhand der Berichte der Länder zum Strukturierten Dialog nicht ersichtlich. Einigen Länderberichten ist eine eingeschränkte Akzeptanz des Indikators zu entnehmen. Statt der Messung der Beweglichkeit nach der Neutral-Null-Methode empfehlen einige Landesgeschäftsstellen den Einbezug funktioneller Parameter, wie

beispielsweise die selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene. Auch im Rahmen verschiedener Sitzungen der Bundesfachgruppe Orthopädie und Unfallchirurgie wurde die Angemessenheit des Bewegungsausmaßes 0/0/90 bei Entlassung aus der Akutklinik wiederholt diskutiert. Abschließend kamen die Fachexperten zu der Empfehlung das Bewegungsausmaß von 0/0/90 Grad beizubehalten.

Für die orthopädischen Leistungsbereiche sind auf Länderebene neben den gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung zudem eigene Projekte und Initiativen gebildet worden.

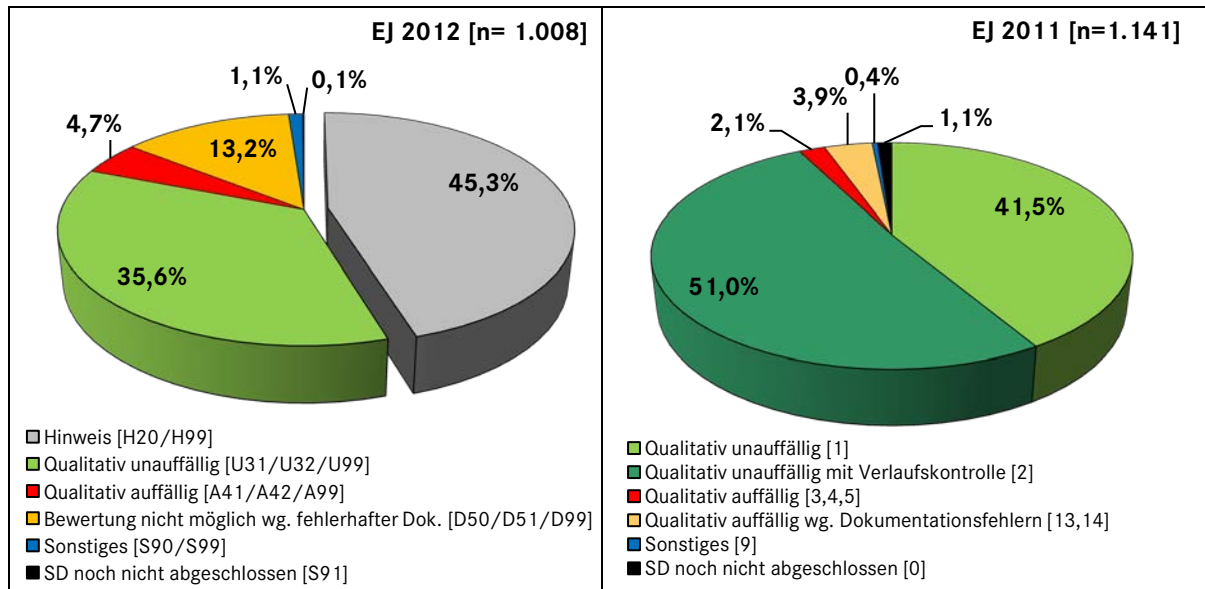


Abbildung 27: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 17/5 und 17/7 (EJ 2011; EJ 2012)

5.1.17. Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)

Der Strukturierte Dialog konnte im Leistungsbereich *Pflege: Dekubitusprophylaxe* von allen Landesfachgruppen fristgerecht beendet werden. Insgesamt wurden bei den 3 zu prüfenden Indikatoren insgesamt 259 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt, wovon nach Abschluss des Strukturierten Dialogs 44 (16,6 %) als qualitativ auffällig bewertet wurden. Zu 36 rechnerischen Auffälligkeiten gab es Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel, für 6 Abweichungen konnten keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten ausgemacht werden und zu 2 Abweichungen erfolgte die Einstufung als qualitativ auffällig aus sonstigen Gründen („Einzelner Dokumentationsfehler“ bzw. „Sowohl Dokumentationsfehler als auch Mängel der Struktur- und Prozessqualität haben zum rechnerisch auffälligen Ergebnis geführt“).

Besonders hervorzuheben sind im Leistungsbereich *Pflege: Dekubitusprophylaxe* die etlichen Initiativen und Maßnahmen, die auf Landesebene durchgeführt wurden. So hat zum Beispiel die Fachgruppe eines Bundeslandes wiederholt Befragungen zum Umsetzungsgrad des Expertenstandards in allen bundeseigenen Krankenhäusern vorgenommen. In nahezu der Hälfte der Bundesländer wird zusätzlich zum Sentinel-Event QI- ID 2118: „Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4“ bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme auch der Grad 3 mit einbezogen. Strukturierte Fragebögen zur Anfrage an Krankenhäuser (Stellungnahmen) wurden erarbeitet und in vielen Ländern genutzt. Des Weiteren hat eine Fachgruppe in den vergangenen Jahren erhebliche Anstrengungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität unternommen. Zwei weitere Länder erheben auf Landesebene zusätzliche Indikatoren oder erstellen Auswertungen auf das gesamte Jahr bezogen und geben Rückmeldungen auch auf Fachbereichsebene an die Krankenhäuser zurück.

Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der qualitativ auffälligen Ergebnisse leicht gestiegen: Für das Erfassungsjahr 2011 wurden 37 von 250 rechnerischen Auffälligkeiten als qualitativ auffällig eingestuft (15,6 %). Allerdings ist ein direkter Vergleich mit den Vorjahresergebnissen nur eingeschränkt möglich, da einerseits das Bewertungsschema des Strukturierten Dialogs grundlegend überarbeitet wurde und andererseits für andere Qualitätsindikatoren als im Vorjahr ein Strukturierter Dialog geführt wurde.

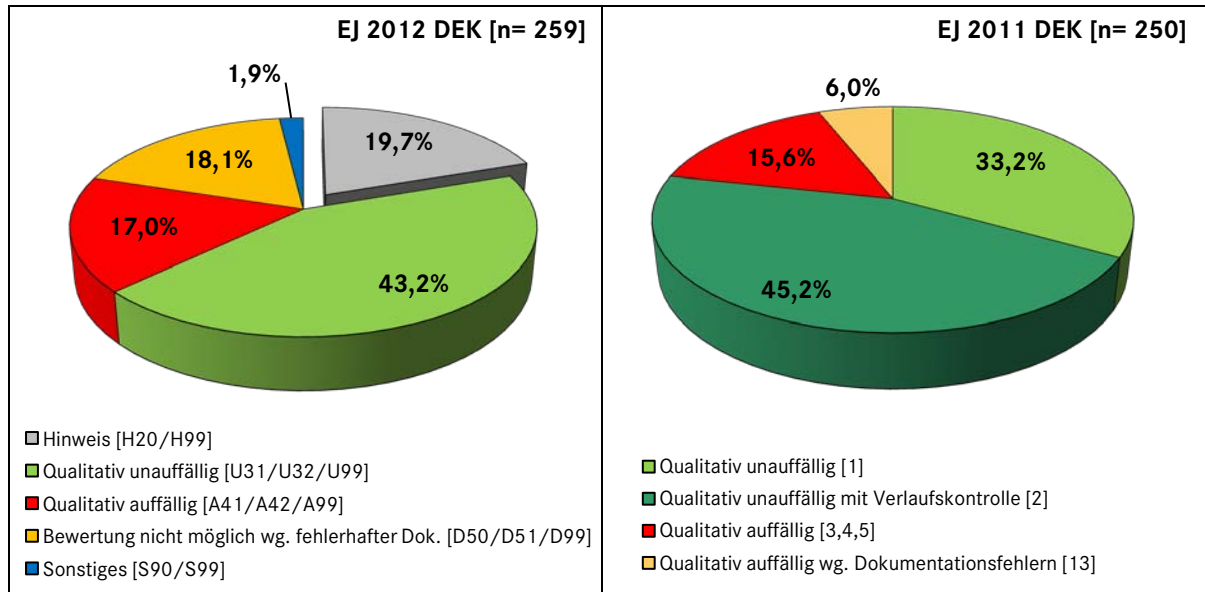


Abbildung 28: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für DEK (EJ 2011; EJ 2012)

5.2. Fallbeispiele

Anhand der folgenden Beispiele kann überzeugend die Wirksamkeit des Qualitätsinstrumentes „Strukturierter Dialog“ nachvollzogen werden. Es handelt sich um ein Beispiel zu einem indirekten Verfahren aus dem Leistungsbereich *Geburtshilfe*, welches freundlicherweise von einer LOS zur Verfügung gestellt worden ist sowie im weiteren um Beispiel zu einem direkten Verfahren aus dem Bereich der Transplantationsmedizin.

5.2.1. Geburtshilfe

Geburtshilfe			
Indikator	QI-ID 50045: „Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung“		
Qualitätsziel	Möglichst hohe Rate an perioperativer Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung.		
Referenzbereich	≤ 90,0 % (Zielbereich)		(2010 nicht definiert)
Erfassungsjahr	2012	2011	2010
Ergebnis Krankenhaus (Bundesergebnis)	Ca. 50 % (95,5 %)	Ca. 50 %	Ca. 50 %
Maßnahmen	Klinikgespräch, Zielvereinbarung	Stellungnahme	Hinweis im Rahmen der Landesinitiative
Bewertung	erfolgt	erfolgt	Nicht vorgesehen

Ausgangssituation

Bei einer Kaiserschnittentbindung wird aufgrund der aktuellen Literatur und internationaler Leitlinien die Durchführung einer geeigneten perioperativen Antibiotikaprophylaxe empfohlen, um der Entstehung von postpartalen (nach der Geburt des Kindes) mütterlichen Infektionen wie Endometritiden⁹, Wund- und Harnwegsinfektionen vorzubeugen. Die Indikation zum Kaiserschnitt ist hierbei nicht Gegenstand der Betrachtung. Die Klinik in dem hier angesprochenen Beispiel hatte bisher auf eine allgemeine Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindungen verzichtet und Antibiotika nur bei Kaiserschnittentbindungen mit erhöhtem Infektionsrisiko verabreicht. Die Infektionsrate auch bei den Patientinnen ohne Antibiotikaprophylaxe wurde als extrem niedrig beschrieben. Nicht in allen Fällen, in denen nach Einschätzung der Klinik eine Antibiotikaprophylaxe indiziert war, wurde eine solche in den QS-Unterlagen dokumentiert.

Maßnahmen

Im Jahr der Einführung im Erfassungsjahr 2010 wurde für den Indikator kein bundesweiter Referenzwert festgelegt. Die medizinische Arbeitsgruppe Gynäkologie/Geburtshilfe auf Landesebene entschloss sich, Kliniken mit einer Prophylaxerate von weniger als 95 % mit einem Hinweis für das Thema zu sensibilisieren.

Weitere Maßnahmen nach wiederholter rechnerischer Auffälligkeit

Zum Erfassungsjahr 2011 wurde ein Bundesreferenzwert von 90 % eingeführt. Die hier beschriebene Klinik gab aufgrund der ermittelten Abweichung vom Referenzwert im Rahmen des Strukturierten Dialogs eine Stellungnahme ab. Bei nicht wesentlich verändertem rechnerischem Ergebnis im Erfassungsjahr 2012 wurde ein Kollegiales Gespräch mit dem Chefarzt der Klinik geführt. Im Vorfeld des Gesprächs wurde durch die medizinische Arbeitsgruppe eine Literaturrecherche zum Thema durchgeführt und der aktuelle Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse kritisch diskutiert. Während des Kollegialen Gesprächs wurden das bisherige Vorgehen der Klinik einschließlich der praktischen Umsetzung und die möglichen nachteiligen Folgen einer Antibiotikaprophylaxe ausführlich besprochen. Auch der Zeitpunkt der Antibiotikagabe wurde differenziert betrachtet. Die Aussage der Klinik, das bisherige Vorgehen habe zu sehr guten Ergebnissen geführt, wurde vor dem Hintergrund der begrenzten Follow-up Möglichkeiten im Verlauf des Gesprächs gemeinsam kritisch hinterfragt.

⁹ Entzündungen der Gebärmutter Schleimhaut.

Nach ausführlichem Gespräch unter Einbeziehung der Erkenntnisse aus den verfügbaren aktuellen Publikationen wurde in einer Zielvereinbarung mit der Klinik festgehalten, dass die Gabe einer perioperativen Antibiotikaprophylaxe unter Beachtung der üblichen Kontraindikationen und des Patientenwillens künftig Standard bei Kaiserschnittentbindungen sein wird. Das vorläufige Ergebnis für 2013 zeigt eine deutliche Annäherung an den Referenzwert!

Fazit

Der Strukturierte Dialog unterstützt die Umsetzung von konsentierten Leitlinienempfehlungen und fördert die Auseinandersetzung mit den Ergebnissen aktueller wissenschaftlicher Studien. Insbesondere zu Fragestellungen mit medizinischem Dissens sind Kollegiale Gespräche unbedingt empfehlenswert. Im hier geschilderten Beispiel setzte sich die Klinik mit der bisherigen Vorgehensweise kritisch auseinander und stellte das eigene Vorgehen in den Zusammenhang der berichteten Studienergebnisse. Nach Abwägung aller Sachverhalte wurde festgestellt, dass ein leitliniengerechtes Vorgehen nach heutigem Stand des Wissens das bestmögliche Maß an Sicherheit für die eigenen Patientinnen und ihre Kinder bietet.

5.2.2. Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Ein positives Beispiel für eine gelungene Reorganisation eines Transplantationszentrums konnte im Rahmen einer diesjährigen Begehung, die noch aus den Zielvereinbarungsmaßnahmen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2010 für den Leistungsbereich *Lungen- und Herz-Lungentransplantation* resultierte, verzeichnet werden.

Lungen- und Herz-Lungentransplantation			
Indikator	QI-ID 2155 „Sterblichkeit im Krankenhaus“		
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus		
Referenzbereich	≤ 20,0 % (Toleranzbereich) (2010 u. 2011: ≤ 25,0 % (Toleranzbereich))		
Erfassungsjahr	2012	2011	2010
Ergebnis Krankenhaus (Bundesergebnis)	14,3 % (9,1 %)	42,9 % (9,1 %)	39,29 % (15,4 %)
Maßnahmen	Abschlussbericht, Vor-Ort-Begehung	Stellungnahme angefordert, Zwischenbericht	Stellungnahme angefordert, Kollegiales Gespräch, Zielvereinbarung
Bewertung	Ergebnis liegt im Referenzbereich	Erneut qualitativ auffällig	Qualitativ auffällig

Ausgangssituation

Das Transplantationszentrum und das Nachsorgekrankenhaus waren in den Jahren 2010 und 2011 in den Sterblichkeitsraten qualitativ auffällig. Die Sterblichkeit (Letalität) im zeitlichen Verlauf ist das relevanteste Kriterium für die Ergebnisqualität der Lungen- und Herz-Lungentransplantation. Sie ist innerhalb des ersten Jahres nach Transplantation am höchsten.

Maßnahmen

Es wurde zwischen den Vertretern der beteiligten Einrichtungen und der Bundesfachgruppe während eines Kollegialen Gespräches eine gemeinsame Zielvereinbarung erstellt, die folgende umfangreiche Maßnahmen vorsah:

- Vorlage eines Konzeptes zu den personellen Strukturen im ärztlichen und nichtärztlichen Bereich, welches den Anforderungen eines Transplantationszentrums und den voraussichtlichen Fallzahlen in diesem Bereich Rechnung trägt.
- In dem Konzept (inkl. Organigramm) sollte sichtbar werden, dass die Personalstruktur, insbesondere in den Fachbereichen Chirurgie, Pneumologie, Physiotherapie, Intensivmedizin und Pflege, den Anforderungen an

beiden Standorten in angemessener Weise entspricht. Das Konzept sollte auch zu den Fragen der Umsetzung und Perspektive Stellung nehmen.

- Durch bedarfsgerechte personelle und technische Gegebenheiten sollte darüber hinaus sichergestellt werden, dass die Effektivität und Effizienz im Bereich der Organisation des Transplantationsbüros gesteigert wird.
- Die Implementierung erforderlicher Kommunikationsstrukturen, die eine gemeinsame Versorgung und insbesondere den Informationsaustausch zwischen den beiden Standorten der Klinik gewährleisten, war sicherzustellen.

Als Zeitrahmen für die Umsetzung der Optimierungsmaßnahmen war ca. ein Jahr vorgesehen. Die beiden Krankenhäuser lieferten der Bundesfachgruppe, wie vereinbart zwei Zwischenberichte im Jahr 2012 (Frühjahr und Herbst), um jeweils den aktuellen Stand der bereits umgesetzten Maßnahmen mitzuteilen.

Da die vereinbarten Maßnahmen nach den schriftlichen Auskünften der Krankenhäuser im September 2013 komplett umgesetzt worden waren, sahen die Vertreter der Bundesfachgruppe vor – im Rahmen einer abschließenden Vor-Ort-Begehung gegen Ende des Jahres – die Umsetzung persönlich in Augenschein zu nehmen.

In dem Besuch an beiden Standorten konnten sich die Vertreter der Bundesfachgruppe von den tatsächlich implementierten Umstrukturierungsmaßnahmen überzeugen. Es wurden sowohl neue Räumlichkeiten mit voll funktionstüchtiger technischer Ausstattung geschaffen als auch das Personal entsprechend aufgestockt und weitergebildet. Die Kommunikationsstrukturen sind u.a. durch EDV-gestützte Verwaltungs- und Informationssysteme effizient ausgeweitet worden. Das Transplantationskonzept wurde komplett überarbeitet und die daraus resultierenden Verbesserungen konnten vor Ort nachvollzogen werden.

Fazit

Die beiden Krankenhäuser haben in gemeinsamer enger Abstimmung vorbildlich alle vereinbarten Maßnahmen umgesetzt und sind dabei das angestrebte Ziel, nämlich das einer guten medizinischen Behandlung auf hohem Qualitätsniveau mit niedrigerer Sterblichkeitsrate, zu erfüllen. Dieses sehr erfreuliche Ergebnis zeigt beispielhaft die positive Wirkweise des bestehenden QS-Verfahrens Strukturierter Dialog.

5.3. Landesspezifika

Neben den verpflichtenden Leistungsbereichen zur Qualitätssicherung auf Bundesebene finden in einigen Bundesländern zusätzliche QS-Projekte statt. Diese basieren vielfach auf modifizierten Indikatoren der Bundesebene und werden in den Strukturierten Dialog mit einbezogen. Darüber hinaus haben einige Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung zusätzliche Leistungsbereiche inklusive der zugehörigen Datenerhebungen unabhängig von den Bundesvorgaben etabliert. Weitere Strukturierte Dialoge, die auf Initiative der Landesebene geführt worden sind, die aber keinen unmittelbaren Bezug zu den Bundesvorgaben haben, werden nicht in diesem Bericht dargestellt. Diese betreffen beispielsweise die Bereiche Schlaganfallversorgung, Anästhesie, im Krankenhaus erworbene Infektionen (MRSA), Radiologie, Neugeborenen-Hörscreening, Pflege (Dekubitusprophylaxe) und Patientensicherheit.

In den meisten Bundesländern werden die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs auf sogenannten Ergebniskonferenzen präsentiert, um auch das Lernen von den Besten im Sinne von „best practice“ zu etablieren und zu fördern. Oft werden dazu Schwerpunktthemen zu einem Leistungsbereich gebildet. Diese Konferenzen werden von den jeweiligen Landesgeschäftsstellen und deren Kooperationspartnern ausgerichtet, als teilnehmende Gäste sind die beteiligten Akteure Ärzte als Leistungserbringer, weitere Fachexperten, Klinikpersonal, Patientenvertreter und Vertreter anderer Landesgeschäftsstellen zu nennen. Die dort vorgestellten Ergebnisse werden z.T. in Fachzeitschriften oder in QS-Rundschreiben/Newslettern publiziert. Eine Zusammenfassung der gewonnenen Ergebnisse – nach Abschluss des Strukturierten Dialogs – wird ebenfalls jährlich von den einzelnen Landesgeschäftsstellen in einem schriftlichen Bericht an den Gemeinsamen Bundesausschuss übermittelt.

Weitere Landesspezifika betreffen das Vorgehen im Strukturierten Dialog. Beispielsweise verzichtet eine Landesgeschäftsstelle auf die Anonymisierung der Krankenhäuser vor den Mitgliedern der Fachgruppen, um deren Kenntnisse der Gegebenheiten vor Ort zu nutzen. In einem anderen Bundesland werden jährlich Qualitätsinitiativen gebildet, in denen Schwerpunktindikatoren ausgewählt werden, zu denen dann wiederum verstärkt Begehungen und Besprechungen mit Krankenhäusern zu rechnerischen Auffälligkeiten durchgeführt werden. Dieses Bundesland setzt weiterhin für die ausgewählten Schwerpunktthemen interne Zielvorgaben. Als ein Beispiel kann folgendes zum Leistungsbereich „Ambulant erworbene Pneumonie“ genannt werden: Es wird ein leitlinienkonformes Vorgehen > 90 % in allen Kliniken innerhalb von 3 Jahren angestrebt.

Ganz neue Impulse setzt ein Bundesland bezüglich der rechnerisch unauffälligen Ergebnisse im Leistungsbereich *Cholezystektomie*. Die positiven Ergebnisse wurden im Strukturierten Dialog hinsichtlich ihrer Tauglichkeit auf gute Behandlungsmethoden zur Weiterverwendung für andere Krankenhäuser geprüft, um dann im nächsten Jahr als Grundlage für ein neues Peer Review-Konzept zu dienen, das für diesen Leistungsbereich eingeführt werden soll. Einrichtungen mit auffälligen Ergebnissen würden dann davon profitieren können.

Eine andere Landesgeschäftsstelle misst die Qualität z.T. über gebildete Indikatorensets und bietet zudem den Krankenhäusern ein unterjähriges Feedback zu den laufenden Ergebnissen an.

Diese und andere landesspezifischen Maßnahmen, Vorgehensweisen und sonstige qualitätsfördernde Modelle können Weiterentwicklungen auf Bundesebene initiieren. Insbesondere landesspezifische Qualitätsindikatoren werden in den Bundesfachgruppen – in denen auch jeweils Vertreter der Landesebene sitzen – diskutiert und gegebenenfalls bundesweit umgesetzt. Detaillierte Angaben zu den Ergebnissen von landesspezifischen Kennzahlen finden sich in eigenen Berichten der entsprechenden Landesgeschäftsstellen.

5.4. Empfehlungen aus den Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung

Von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung und aus deren Arbeits-/ Fachgruppen werden kontinuierlich Veränderungs- und Verbesserungsvorschläge, sowohl für das QS-Verfahren als auch für die einzelnen Leistungsbereiche, an das AQUA-Institut übermittelt. Die eingereichten Änderungsvorschläge werden in der Regel eingehend in den entsprechenden Bundesfachgruppen (des AQUA-Instituts) bzw. von deren Projektleitern auf sinnvolle Umsetzbarkeit hin überprüft und realisiert. Einige Empfehlungen und Verbesserungsvorschläge wurden bereits in dem vorstehenden Abschnitt 5.1. direkt bei den jeweiligen Leistungsbereichen erwähnt.

In jeder Bundesfachgruppe der indirekten Verfahren sind mindestens zwei LQS-Projektstellenleiter vertreten, sodass aktuelle Erkenntnisse und Rückmeldungen aus den Krankenhäusern bzw. aus den Strukturierten Dialogen direkt in die Bundesfachgruppensitzungen transportiert und bei Bedarf beraten werden können. Eine weitere Möglichkeit, Empfehlungen für Verbesserungsvorschläge auszugeben, findet sich in den Berichten aus den Landesgeschäftsstellen, die in der Hauptsache an den G-BA adressiert sind. Nachstehend sind exemplarisch zusammengefasst einige Empfehlungen, Wünsche, Anregungen und Kommentare aufgeführt:

- Hinweise zu Algorithmen, Definitionen und Ausfüllhinweisen in den Dokumentationsbögen
- Vorschläge zur Aussetzung von Qualitätsindikatoren, z.B. im LB Orthopädie/Unfallchirurgie
- Überarbeitung von einzelnen Indikatoren (Referenzwerte, Risikoadjustierungsmodell)
- Ausschluss von mangelhaften Medizinprodukten; bzw. bei Auswertung des Indikators beachten
- Gemeinsame Abstimmung zu Indikatoren mit besonderem Handlungsbedarf durch Fachgruppen der Bundes- und der Landesebene wäre sinnvoll
- Bundesweit gleichartig strukturierte Stellungnahmeanforderung für einzelne QI gewünscht
- Anpassungsbedarf hinsichtlich der Bewertungsbegründungen bzgl. der Kombination qualitativ unauffällig und unvollständige oder falsche Dokumentation.

Die übermittelten Anregungen und Empfehlungen werden wie oben beschrieben entsprechend Berücksichtigung finden.

5.5. Auswirkung der geänderten Bewertungssystematik

Im letzten Jahr wurde in gemeinsamer Abstimmung zwischen den beauftragten Stellen auf Bundes- und Landesebene die bis dahin gültige Bewertungssystematik geändert. Vor dem Hintergrund der Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs und in Erwartung einer verbesserten fairen Bewertung von Krankenhausergebnissen, die für das gesamte Bundesgebiet und alle Leistungsbereiche gilt, hatte man sich zu diesem Schritt entschlossen.

Mit Anwendung der neuen Bewertungskategorien in diesem Jahr hat sich über alle Leistungsbereiche der Anteil der qualitativ auffälligen Ergebnisse nahezu verdoppelt. Am ehesten ist diese Zunahme darauf zurück zu führen, dass in der neuen Bewertungssystematik nicht mehr die Schlüsselnummer 2 = „Ergebnis nach Strukturierter Dialog rechnerisch unauffällig mit Verlaufskontrolle“ enthalten ist. In der Vergangenheit wurde der Bewertungsschlüssel 2 häufig für nicht eindeutig zuzuordnende Fälle verwendet. Wenn zum Beispiel ein Indikatorergebnis eines Krankenhauses erstmalig nur geringfügig vom Referenzwert abgewichen ist, dann wurde seitens der Fachgruppenexperten häufig dieser abschließende Bewertungsschlüssel 2 mit Fokus auf die nächstjährigen Ergebnisse (Verlaufskontrolle) oder bei einzelnen schicksalhaften Behandlungsverläufen gewählt. Die überarbeiteten Bewertungskategorien lassen generell Grenzfälle dieser Art nicht mehr zu, und die Experten, die die Stellungnahmen überprüfen, müssen nun konkreter beurteilen. Bei Betrachtung der untenstehenden Grafiken ist zu beachten, dass die Vergleichbarkeit eingeschränkt ist. Denn so wurde z.B. der Hinweisversand, der bei rechnerischen Auffälligkeiten mit geringfügiger Abweichung vom Referenzbereich oder bei Einzelfällen zur Anwendung kam, in den Jahren zuvor nicht näher kategorisiert, sondern er wurde in der Regel mit den vorher bestehenden Schlüsselnummern „1“ oder „2“ bewertet. Insofern kam erstmalig eine Bewertungs-/Einstufungskategorie zur Anwendung. Potenzieller Verbesserungsbedarf bzgl. der Differenzierungsmöglichkeiten zur geänderten Bewertungssystematik wird in der Projektgruppe Leitfaden besprochen werden.

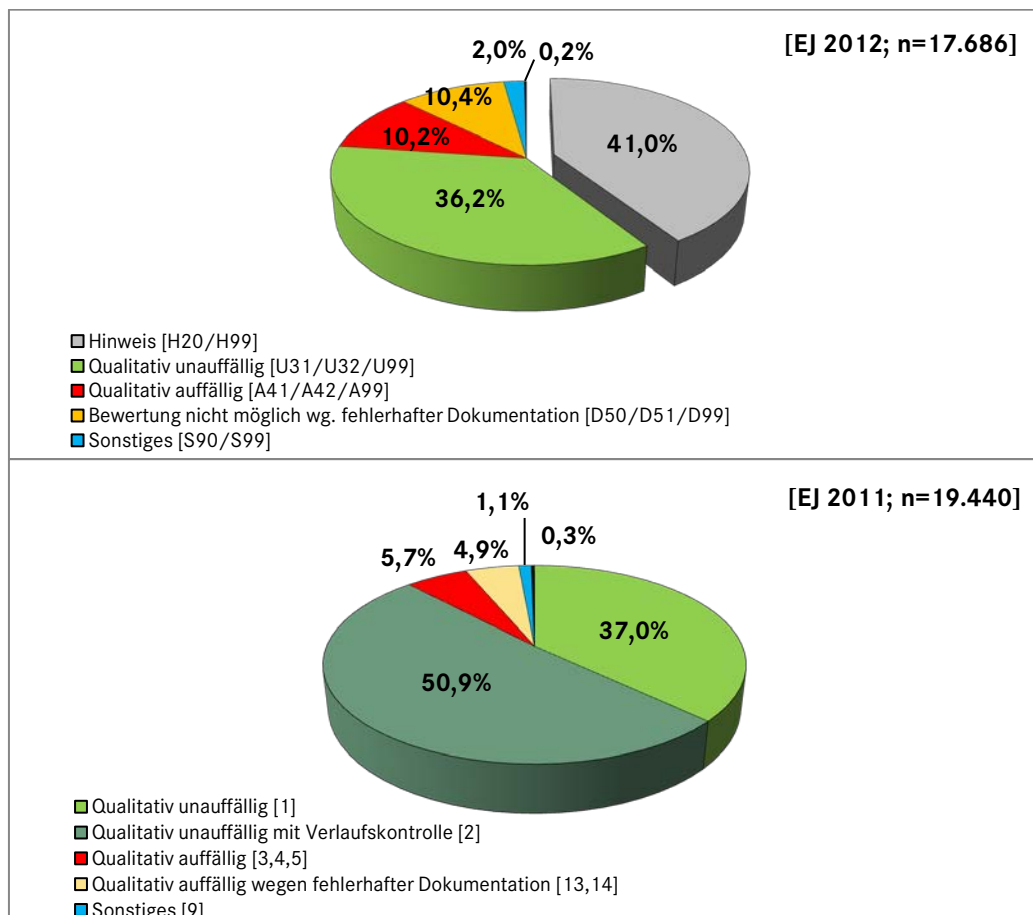


Abbildung 29: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufungen der Stellungnahmen nach Abschluss des SD (gesamt) des EJ 2012 und des EJ 2011

5.6. Bewertungen bei ausgewählten Indikatoren

Wie aus Abbildung 29 deutlich wird, erfolgte zu ca. 40 % der rechnerischen Auffälligkeiten im Erfassungsjahr 2012 die Einstufung in die Kategorien H20 und H99 (Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen). Ferner fällt auf, dass es verschiedene Indikatoren gibt, bei denen der Anteil der versendeten Hinweise vergleichsweise hoch ausgefallen ist. In den Bundesfachgruppensitzungen der betroffenen Leistungsbereiche wird es notwendig sein, zu analysieren ob bei den Indikatoren mit relativ hohem Anteil an Hinweisversand ggf. eine methodische Weiterentwicklung sinnvoll ist. In Tabelle 11 sind die Indikatoren aufgeführt, bei denen zu mindestens 70 % der rechnerischen Auffälligkeiten eine Einstufung als H20 oder H99 erfolgte.

Tabelle 11: Verstärkter Hinweisversand pro Qualitätsindikator

Leistungsbereich	Qualitätsindikator	Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	Anzahl der versendeten Hinweise	Anteil in %
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	QI-ID 210: Eingriffsdauer bis 60 Minuten	27	22	81,5
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	QI-ID 480: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre bei Einkammersystem (AAI, VVI)	66	54	81,8
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	QI-ID 481: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre bei Zweikammersystem (VDD, DDD)	27	22	81,5
Herzschrittmacher-Rev./-Systemw./-Expl.	QI-ID 585: Revidierte Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV	30	25	83,3
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	QI-ID 50007: Eingriffsdauer bis 75 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)	33	28	84,8
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	QI-ID 50008: Eingriffsdauer bis 105 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)	28	21	75
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	QI-ID 50009: Eingriffsdauer bis 240 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems	22	16	72,7
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	QI-ID 50010: Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)	32	23	71,9
Implantierbare Defibrillatoren – Rev./Systemw./Expl.	QI-ID 50037: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde	19	14	73,7
Hüftgelenknahe Femurfraktur	QI-ID 50853: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden	17	12	70,6
Hüft-Endoprothesenw. und -komponentenw.	QI-ID 270: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	24	21	87,5
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	QI-ID 277: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	10	7	70,0
Knie-Endoprothesenw. und -komponentenw.	QI-ID 292: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	24	18	75,0
Knie-Endoprothesenw. und -komponentenw.	QI-ID 51044: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung	42	31	73,8
Knie-Endoprothesenw. und -komponentenw.	QI-ID 51049: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Frakturen	34	25	73,5
Mammachirurgie	QI-ID 51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	76	69	90,8
Mammachirurgie	QI-ID 51371: Zeitlicher Abstand von über 21 Tagen zwischen Diagnose und Operation	41	31	75,6
Ambulant erworbene Pneumonie	QI-ID 2012: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)	158	121	76,6
Ambulant erworbene Pneumonie	QI-ID 2019: Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)	32	24	75,0

In Tabelle 12 sind die Indikatoren dargestellt, deren rechnerische Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs den höchsten Anteil an qualitativen Auffälligkeiten aufweisen (bis zu einer Rate von 25 %).

Tabelle 12: Anteil qualitativer Auffälligkeiten an rechnerischen Auffälligkeiten pro ausgewählter QI

Leistungsbereich	Qualitätsindikator	Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	Anzahl der festgestellten qualitativen Auffälligkeiten	Anteil in %
Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt	QI-ID 12168: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	2	2	100
Herztransplantation	QI-ID 12539: Unbekannter Überlebensstatus 30 Tage postoperativ	1	1	100
Lebertransplantation	QI-ID 51598: 2-Jahres-Überleben (bei nicht im 1. Jahr verstorbenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	3	3	100
Lebertransplantation	QI-ID 51601: 3-Jahres-Überleben (bei nicht im 1. oder 2. Jahr verstorbenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	2	2	100
Nierenlebenspende	QI-ID 51567: Intra- oder postoperative Komplikationen	2	2	100
Nierentransplantation	QI-ID 2184: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende	1	1	100
Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt	QI-ID 51088: Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem Euroscore	10	9	90
Koronarchirurgie	QI-ID 11617: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	7	6	85,7
Nierenlebenspende	QI-ID 51569: Tod des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende oder angenommenem Tod des Spenders bei unbekanntem Überlebensstatus nach 2 Jahren	24	18	75
Nierentransplantation	QI-ID 2188: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach postmortaler Organspende	4	3	75
Nierentransplantation	QI-ID 51559: 1-Jahres-Überleben (bei nach Transplantation lebend entlassenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	10	7	70
Nierenlebenspende	QI-ID 51570: Tod des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende oder angenommenem Tod des Spenders bei unbekanntem Überlebensstatus nach 3 Jahren	25	17	68
Lebertransplantation	QI-ID 2096: Sterblichkeit im Krankenhaus	5	3	60
Nierentransplantation	QI-ID 51557: Intra- oder postoperative Komplikationen	5	3	60
Nierenlebenspende	QI-ID 51568: Tod des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende oder angenommenem Tod des Spenders bei unbekanntem Überlebensstatus nach 1 Jahr	22	13	59,1
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	QI-ID 12193: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	9	5	55,6
Koronarchirurgie, isoliert	QI-ID 2257: Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	2	1	50
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	QI-ID 2286: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	4	2	50
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	QI-ID 51637: 1-Jahres-Überleben (bei nach Transplantation lebend entlassenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	2	1	50
Geburtshilfe	QI-ID 319: Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes bei lebendgeborenen Einlingen	11	5	45,5

Leistungsbereich	Qualitätsindikator	Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	Anzahl der festgestellten qualitativen Auffälligkeiten	Anteil in %
Neonatalogie	QI-ID 50064: Aufnahmetemperatur unter 36.0 Grad	18	8	44,4
Lebertransplantation	QI-ID 51595: 1-Jahres-Überleben (bei nach Transplantation lebend entlassenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	12	5	41,7
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	QI-ID 50749: Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²	34	14	41,2
Herztransplantation	QI-ID 2157: Sterblichkeit im Krankenhaus	9	3	33,3
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	QI-ID 2146: Entfernung des Pankreastransplantats	6	2	33,3
Geburtshilfe	QI-ID 51397: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	154	51	33,1
Ambulant erworbene Pneumonie	QI-ID 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	774	241	31,1
Herzschrittmacher-Rev./-Systemw./-Expl.	QI-ID 694: Sondenproblem als Indikation zum Eingriff innerhalb eines Jahres	165	50	30,3
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	QI-ID 12774: Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²	53	16	30,2
Ambulant erworbene Pneumonie	QI-ID 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	502	149	29,7
Geburtshilfe	QI-ID 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	60	17	28,3
Geburtshilfe	QI-ID 50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	103	28	27,2
Herzschrittmacher - Implantation	QI-ID 10178: Eingriffsdauer bis 90 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (DDD)	37	10	27
Neonatalogie	QI-ID 50062: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) bei beatmeten Kindern mit Pneumothorax (ohne zuverlegte Kinder)	30	8	26,7
Geburtshilfe	QI-ID 1059: Kritisches Outcome bei Reifgeborenen	164	42	25,6
Herztransplantation	QI-ID 51647: 2-Jahres-Überleben (bei nicht im 1. Jahr verstorbenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	4	1	25

In den vorangegangenen Kapiteln wurde bereits der relativ hohe Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten thematisiert, die aufgrund von Dokumentationsmängeln nicht bewertet werden konnten (Kategorie D). Hier zeigen sich ebenfalls große Unterschiede zwischen den Indikatoren. Tabelle 13 führt alle Indikatoren auf, deren rechnerischen Auffälligkeiten zu mindestens 35 % nicht bewertet werden konnten.

Tabelle 13: Anteil von ausgewählten QI, die wg. fehlerhafter Dokumentation nicht bewertbar waren

Leistungsbereich	Qualitätsindikator	Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	Anzahl der nicht bewertbaren Auffälligkeiten wg. Dokumentationsfehlern	Anteil in %
Leberlebenspende	QI-ID 126 13: Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (2 Jahre nach Leberlebenspende)	1	1	100
Leberlebenspende	QI-ID 126 17: Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (3 Jahre nach Leberlebenspende)	2	2	100
Lebertransplantation	QI-ID 51595: 1-Jahres-Überleben (bei nach Transplantation lebend entlassenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	12	7	58,3
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	QI-ID 2218: Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode	47	24	51,1
Leberlebenspende	QI-ID 51604: Tod des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende oder angenommener Tod des Spenders bei unbekanntem Überlebensstatus nach 2 Jahren	6	3	50
Leberlebenspende	QI-ID 51605: Tod des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebenspende oder angenommener Tod des Spenders bei unbekanntem Überlebensstatus nach 3 Jahren	8	4	50
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	QI-ID 51637: 1-Jahres-Überleben (bei nach Transplantation lebend entlassenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	2	1	50
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	QI-ID 2062: PCI trotz fehlender klinischer und/oder nicht-invasiver Ischämiezeichen	58	28	48,3
Geburtshilfe	QI-ID 319: Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes bei lebendgeborenen Einlingen	11	5	45,5
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	QI-ID 265: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	9	4	44,4
Implantierbare Defibrillatoren – Rev./Systemw./Expl.	QI-ID 50039: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde	10	4	40
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	QI-ID 51525: 1-Jahres-Überleben (bei nach Transplantation lebend entlassenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	5	2	40
Implantierbare Defibrillatoren – Rev./Systemw./Expl.	QI-ID 50035: Infektion als Indikation zum Eingriff	34	13	38,2
Geburtshilfe	QI-ID 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	79	30	38
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	QI-ID 50016: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden	8	3	37,5
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	QI-ID 50015: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde	11	4	36,4
Mammachirurgie	QI-ID 2131: Metrische Angabe des Sicherheitsabstandes bei brusterhaltender Therapie	107	39	36,4
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	QI-ID 1082: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	220	78	35,5

6. Schlussfolgerung und Ausblick

Der neu gestalteten Bewertungssystematik kam für den durchgeführten Strukturierten Dialog des Erfassungsjahrs 2012 eine große Bedeutung zu. Die Zunahme an identifizierten Dokumentationsmängeln und qualitativen Auffälligkeiten spricht für eine stringenter Bewertung. Wenn auch die neue Systematik von allen Anwendern insgesamt als gut praktikabel eingeschätzt wird, hat sich gezeigt, dass noch unterschiedlich mit der neuen Bewertungssystematik umgegangen wurde. Einige Landesarbeitsgruppen beurteilten die neuen Einstufungskategorien als positiv, andere äußerten den Wunsch nach zusätzlichen Kategorien, insbesondere zur Bewertung von Dokumentationsfehlern. Da die ursprüngliche Bewertungssystematik über 10 Jahre Bestand hatte, ist hier sicherlich noch von einer Eingewöhnungsphase auszugehen. Dennoch wird zu prüfen sein, ob ggf. Anpassungen notwendig sind.

Ähnlich wie in den Vorjahren fällt auf, dass trotz einer vergleichsweise hohen Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten in einigen Leistungsbereichen nur wenig bis gar keine Maßnahmen sowie Verbesserungsmaßnahmen initiiert worden sind. Ferner ist festzustellen, dass zu ca. 40 % der rechnerischen Auffälligkeiten lediglich ein Hinweis versendet wurde. Hier ist mit den Bundesfachgruppen und den Landesgeschäftsstellen zu prüfen, aus welchen Gründen sich für diese Art der Maßnahme entschieden wurde.

Positiv hervorzuheben ist, dass zu 714 rechnerischen Auffälligkeiten mit den betroffenen Krankenhäusern Zielvereinbarungen geschlossen wurden. Dies betrifft 261 Indikatorergebnisse mehr als im Vorjahr, und somit 7 % an allen angeforderten Stellungnahmen (n = 10.168).

Im Bereich der Transplantationen führte insbesondere die Worst-Case-Analyse zu einem Anstieg an rechnerischen und qualitativen Auffälligkeiten. Der Strukturierte Dialog hat gezeigt, dass bei fristgerechter Dokumentation eine deutlich bessere Vollständigkeit im Follow-up der transplantationsmedizinischen Leistungsbereiche hätte erreicht werden können. Es bleibt abzuwarten, ob sich die Vollständigkeit in Folge der Worst-Case-Analyse bereits für das Erfassungsjahr 2013 verbessert.

In jedem Jahr stellt der Strukturierte Dialog eine neue Herausforderung dar. Alle beteiligten Akteure investieren viel Zeit und Engagement in die sorgfältige Überprüfung der zur Verfügung gestellten Daten sowie in die abschließende Bewertung. Besondere Aufmerksamkeit gebührt vor allem dem Personal in den Krankenhäusern, das durch seine zumeist kooperative Mitwirkung den Strukturierten Dialog und somit die Überprüfung seiner täglichen Arbeit erst möglich machen. Neben den vorgegebenen gesetzlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen engagieren sich verschiedene Landesgeschäftsstellen zudem für eigene qualitätssichernde Projekte.

Des Weiteren existiert seit einigen Jahren die Projektgruppe „Leitfaden“ die aus Vertretern der beauftragten Landes- und Bundesebene besteht und die sich in regelmäßigen Treffen zu auftretenden Fragen bzgl. des Strukturierten Dialogs austauscht, um letztlich eine einheitlichere Umsetzung der jeweiligen Prozessschritte zu fördern und zu schaffen.

Da der gemeinsame Bericht der Bundes- und Landesebene über die Ergebnisse der Qualitätssicherungsverfahren ferner ein Forum für eine gemeinsame Weiterentwicklung der methodischen Ansätze darstellt, wurden auch in diesem Jahr von den beteiligten Akteuren wiederholt und verstärkt zahlreiche Schritte unternommen, um die Erkenntnisse des Verfahrens „Strukturierter Dialog“ einer intensiven Prüfung zu unterziehen und letztlich Verbesserungspotenziale auf allen Ebenen zu eruieren. In themenspezifischen Projektgruppen wurden unter anderem die Auslösemechanismen einer erneuten Diskussion unterzogen, die einzelnen Prozess- und Durchführungsschritte überprüft sowie die Darstellungsform der Berichterstattung beleuchtet. Die festgestellten Optimierungspotenziale werden gegenwärtig in der AG zur externen Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses überprüft.

Glossar

Begriff	Beschreibung
Algorithmus	Beruht auf mathematischen Strukturen. Eine exakt beschriebene Vorgehensweise zum Lösen eines Problems in endlich vielen und eindeutig beschriebenen Schritten.
ASA-Klassifikation	In der Medizin weit verbreitetes Schema der American Society of Anesthesiologists (ASA) zur Einteilung von Patienten nach ihrem allgemeinen Gesundheitszustand (ASA 1 bis 6). Anwendung findet das Schema vor allem zur Einschätzung von individuellen Operationsrisiken.
Auffälligkeit, rechnerische	Das gemessene Ergebnis eines Indikators liegt außerhalb eines vorher festgelegten Referenzbereichs und/oder weicht im Verhältnis zu den gemessenen Ergebnissen anderer Krankenhäuser signifikant ab.
Ausfüllhinweis	Beschreibt welche Informationen zu den einzelnen Datenfeldern vorliegen müssen bzw. dürfen.
Bundesfachgruppen	Beratende Expertengruppen für die Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung.
Datenfeld	Kleinste Einheit eines Dokumentationsbogens.
Datensatz	Eine zusammenhängende Menge von QS-Daten, die einem Fall (beispielsweise einem Patienten) zugeordnet wird.
Datenvalidierungsverfahren	Verfahren zur Überprüfung von QS-Daten einerseits auf Vollständigkeit, Vollständigkeit und Plausibilität (statistische Basisprüfung), andererseits ihre Übereinstimmung (Konkordanz) mit einer Referenzquelle wie bspw. der Krankenakte (Stichprobenverfahren mit Datenabgleich).
Dokumentation	siehe: QS-Dokumentation
Ductus hepatocholedochus	Der Ductus hepatocholedochus ist ein großer Gallenweg außerhalb der Leber. Man spricht auch vom Hauptgallengang.
Ein-Fall-Regel	Bei rechnerischen Auffälligkeiten, die sich nur durch einen Fall pro Qualitätsindikator ergeben, kann ohne Begründung auf Maßnahmen im SD verzichtet werden. (§ 10 QSKH-RL)
Erfassungsjahr	Jahr in dem die Daten erhoben wurden, auf deren Grundlage der Strukturierte Dialog im Folgejahr (Verfahrensjahr) geführt wird.
Fallzahl	Anzahl von behandelten Patienten, z.B. für einen Leistungsbereich in einem Krankenhaus.
Follow-up	auch: Mehrpunktmessung, Mehrzeitpunktmessung. Versorgungsleistungen, deren Qualität (z.B. ein Behandlungserfolg) nicht einmalig, sondern zu unterschiedlichen weiteren Zeitpunkten gemessen wird. Die Messungen können in einem bestimmten oder auch in unterschiedlichen Sektoren (vgl. QSKH-RL) stattfinden.
Gemeinsamer Bundesausschuss	Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für etwa 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

Begriff	Beschreibung
Indikator	„Anzeiger“. Auch: Qualitätsindikator. Quantitatives Maß zur Bewertung der Qualität einer bestimmten gesundheitlichen Versorgungsleistung, die sich auf das Behandlungsergebnis von Patienten auswirkt. Qualitätsindikatoren bilden Qualität indirekt, d.h. in Zahlen bzw. als Zahlenverhältnis ab. Ein Qualitätsindikator ermöglicht es also, ein Qualitätsziel in eine Zahl zu „übersetzen“.
Kellgren & Lawrence-Score	Allgemeine Klassifikation der Arthrose (Gelenkabnutzung) im Röntgenbild.
Kennzahl	s. Indikator
Leistungsbereich	hier: Leistungsbereich der gesetzlichen Qualitätssicherung (auch: QS-Verfahren). Medizinischer Themen- oder Behandlungsbereich, der im Rahmen der bundesweiten Qualitätssicherung dokumentationspflichtig ist.
Leitlinie, medizinische	Systematisch entwickelte, aber unverbindliche Orientierungs- bzw. Entscheidungshilfe v.a. für Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer bezüglich einer angemessenen medizinischen Versorgung. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat mittlerweile ein weithin anerkanntes 3-stufiges Klassifikationssystem (S1 bis S3) zur Bewertung des Entwicklungsstandes und damit der Güte von Leitlinien erstellt.
Letalität	Tödlichkeit (einer Krankheit). Verhältnis der durch eine bestimmte Erkrankung verursachten Todesfälle zur Gesamtanzahl der hieran Erkrankten.
Observed to Expected Ratio (O/E)	Das Verhältnis aus der beobachteten (O = observed) und der erwarteten (E = expected) Rate ist ein für die Risikoadjustierung wichtiger Wert. Der Wert O ist die Rate (Quotient) aus den tatsächlich beobachteten Ereignissen („roh“, d.h. ohne Risikoadjustierung) und der Grundgesamtheit der Fälle im betreffenden Erfassungsjahr. Der Wert für die erwartete Rate E ergibt sich als Verhältnis der erwarteten Ereignisse und der Grundgesamtheit der Fälle des Erfassungsjahres. Zur Berechnung des Risikoprofils werden Regressionsmodelle herangezogen, die auf Daten des Vorjahres zurückgreifen. Ein O/E-Wert von 1,20 bedeutet, dass die beobachtete Rate an Ereignissen um 20 % größer ist als die erwartete Rate. Umgekehrt bedeutet ein O/E-Wert von 0,90, dass die beobachtete Rate an Ereignissen um 10 % kleiner ist als die erwartete. Der O/E-Wert ist dimensionslos und wird mit zwei Nachkommastellen angegeben.
Patientensicherheit	Abwesenheit/Vermeidung unerwünschter Ereignisse im Zusammenhang mit einer medizinisch-pflegerischen Behandlung.
Perzentile	„Hundertstelwerte“. Statistische Aus- und Bewertungsgröße: Perzentile zerlegen eine statistische Verteilung (von Fällen) in 100 gleich große Teile (1 %-Segmente). Das 95. Perzentil besagt bspw., dass 95 % aller Fälle unterhalb bzw. 5 % oberhalb des Wertes liegen.
Plausibilitätsprüfung	Statistisches Verfahren, mit dem die Dokumentationsdaten auf erlaubte und/oder fehlende Werte, Widerspruchsfreiheit, Werteverteilung und bekannte Korrelationen geprüft werden.
Qualität	Bezogen auf die Gesundheitsversorgung: Grad, in dem versorgungsrelevante Ergebnisse, Prozesse und Strukturen bestimmte Anforderungen erfüllen.
QS-Dokumentation	Gesonderte Erhebungen zu Diagnose- und Behandlungsdaten der Patienten für die Qualitätssicherung. Die QS-Dokumentationen durch die Leistungserbringer ist das derzeit wichtigste Erhebungsinstrument der Qualitätssicherung.
Qualitätsindikator	siehe: Indikator

Begriff	Beschreibung
Qualitätssicherung	Sammelbegriff für unterschiedliche Ansätze und Maßnahmen zur Sicherstellung festgelegter Qualitätsanforderungen bzw. zur Erreichung bestimmter Qualitätsziele. Hier: Gesetzliche Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §§135–139 SGB V.
externe stationäre~	Einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung für medizinisch-pflegerische Leistungen, die ausschließlich im stationären Sektor erbracht werden.
interne~	Maßnahmen, die einrichtungsintern durchgeführt werden, um die eigene Leistung nach definierten Kriterien zu überprüfen, Verbesserungspotenziale aufzudecken und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung einleiten zu können.
Qualitätsziel	Definition konkreter Anforderungen an den Inhalt, die Ausführung oder das Ergebnis einer medizinisch-pflegerischen Leistung. Anhand der Indikatorwerte bzw. unter Anlegung der Referenzbereiche lässt sich ermitteln, ob und in welchem Umfang Einrichtungen des Gesundheitswesens die definierten Qualitätsziele erreichen.
QS-Filter	Der QS-Filter ist eine Software, die auf Grundlage festgelegter Kriterien (zumeist Abrechnungsdaten, z.B. §301 Daten) die für die Qualitätssicherung zu dokumentierenden Patienten „filtert“. Die Kriterien hierzu werden in einer Spezifikation definiert.
Rechenregeln	Definierte Regeln zur Berechnung von Indikatoren.
Referenzbereich	Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Indikators für erreichbar gute Qualität an. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Der Referenzbereich kann auch als „Unauffälligkeitsbereich“ bezeichnet werden. Derzeit werden Ziel- und Toleranzbereiche unterschieden.
Risikoadjustierung	Methode zur Ermittlung und Gewichtung wesentlicher Einflussfaktoren (individueller Risiken) auf die Ausprägung einer Messgröße. Eine Risikoadjustierung ist vor allem bei Qualitätsindikatoren erforderlich, die sich auf Behandlungsergebnisse und einen Einrichtungvergleich beziehen. Um hier einen fairen Vergleich zu erhalten, dürfen nur in gleichem Umfang erkrankte Patienten in Einrichtungen mit einer vergleichbaren Klientel miteinander verglichen werden.
Routinedaten	hier: Daten, die wesentlich zur Abwicklung von Geschäfts- und Verwaltungsabläufen erhoben werden (z.B. Abrechnungsdaten, personenbezogene administrative Daten). Abseits des uneinheitlichen Sprachgebrauchs stehen die Sozialdaten der gesetzlichen Krankenkassen (auch: GKV-Routinedaten) im Vordergrund des Interesses, da sie gem. §299 SGB V zu Zwecken der Qualitätssicherung verwendet werden dürfen. Diese beinhalten insbesondere die abrechnungsrelevanten Daten für ambulante und stationäre Versorgungsleistungen (§§295 und 301 SGB V), für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (§§300 und 302 SGB V) sowie die Versichertenstammdaten (§290 SGB V). Das AQUA-Institut verwendet den Begriff derzeit für Sozialdaten bei den Krankenkassen und die Abrechnungsdaten nach §21 KHEntgG (Abrechnungsdaten des stationären Sektors).
Sektor	Institutionell, d.h. durch unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten getrennte Bereiche der medizinisch-therapeutischen Versorgung im deutschen Gesundheitswesen (z.B. ambulant/stationär).
Sentinel-Event-Indikator	Sehr seltene und schwerwiegende medizinische Ereignisse (z.B. Todesfälle während eines Routineeingriffs). In der Qualitätssicherung zeigt ein Sentinel-Event-Indikator Vorkommnisse an, denen in jedem Einzelfall nachgegangen wird.

Begriff	Beschreibung
Spezifikation	Datensatzbeschreibung. Festlegung, welche Datenfelder der QS-Dokumentation wie erhoben werden, welche Prüfalgorithmen zur Anwendung kommen (z.B. für Plausibilitätsprüfungen) und wie die Dokumentationspflicht ausgelöst wird. Im Rahmen der Neuentwicklung von QS-Verfahren ist die Spezifikation als das Ergebnis der informationstechnischen Aufbereitung zu betrachten.
Systempflege	Routinemäßige und kontinuierliche Evaluation und Anpassung der Qualitätsindikatoren, der Softwarespezifikation usw.
Toleranzbereich	Für einige Indikatoren lässt sich kein Referenzbereich auf wissenschaftlicher Basis festlegen, der eine erreichbar gute Qualität beschreibt. Hier wird der Referenzbereich so festgelegt, dass er besonders auffällige Ergebnisse abgrenzt. Dies kann sowohl über einen festen Wert als auch über ein Perzentil erfolgen (Perzentil-Referenzbereich).
Validität	Übereinstimmung von Aussagen, Daten, Messwerten usw. mit der „Realität“.
Verweildauer	Dauer des stationären Aufenthalts eines Patienten, Abstand zwischen Aufnahme- und Entlassungsdatum.
postoperative ~	Abstand zwischen dem Operationstag und dem Entlassungstag.
präoperative ~	Abstand zwischen dem Aufnahmetag und dem Operationstag.
Vollzähligkeit	Erfassung aller dokumentationspflichtigen Behandlungsfälle zu einer bestimmten Versorgungsleistung.
Worst-Case-Analyse/-Indikator	In der Ergebnisdarstellung für die Überlebensraten im Follow-up ist zu berücksichtigen, dass zusätzlich zu den bisherigen Indikatoren, die die 1-, 2- oder 3-Jahres-Überlebensraten bei bekanntem Überlebensstatus abbilden, das Indikatorergebnis als Worst-Case-Analyse ausgewiesen wird. Das bedeutet, dass alle Patienten, zu denen keine Informationen zum Überlebensstatus vorliegen, als verstorben betrachtet werden. Der Indikator misst demnach tatsächliche und aufgrund mangelhafter Dokumentation vermutete Todesfälle. Somit treffen die Worst-Case-Indikatoren eine Aussage über die Dokumentations- bzw. Nachsorgequalität der Einrichtungen.