



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Martina Dost, Georg Heinze, Axel Mertens

Bericht zum Strukturierten Dialog 2015

Erfassungsjahr 2014

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 11. Juli 2016

Impressum

Thema:

Bericht zum Strukturierten Dialog 2015. Erfassungsjahr 2014

Autoren:

Martina Dost, Georg Heinze, Axel Mertens

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

17. Mai 2016, geänderte Version vom 11. Juli 2016

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<http://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	6
Abkürzungsverzeichnis.....	8
QS-Verfahren in der externen Qualitätssicherung.....	9
Zusammenfassung	12
1 Einleitung.....	17
2 Hintergrund und Methodik	18
2.1 Zuständigkeiten.....	19
2.2 Rechnerische Auffälligkeiten.....	20
2.3 Bearbeitung und Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten	21
2.3.1 Fachgruppenarbeit	21
2.3.2 Umgang mit Krankenhausergebnissen	22
2.3.3 Einstufungsmöglichkeiten und Bewertungskategorien	23
3 Rechnerische Auffälligkeiten, Maßnahmen und Ergebniseinstufungen	26
3.1 Ermittelte rechnerische Auffälligkeiten	26
3.2 Durchgeführte Maßnahmen	27
3.3 Abschließende Einstufung der rechnerischen Auffälligkeiten	33
3.4 Begründungen zu den Bewertungskategorien	39
3.4.1 Hinweise	39
3.4.2 Unauffällige Bewertungen und ihre Begründungen	40
3.4.3 Auffällige Bewertungen und ihre Begründungen	41
3.4.4 Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation.....	41
3.4.5 Sonstiges	42
3.5 Weiterführende Maßnahmen	43
3.5.1 Kollegiale Gespräche und Begehungen.....	43
3.5.2 Zielvereinbarungen und deren Nachverfolgung	43
3.5.3 Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen	44
4 Betrachtung der Ergebnisse	46
4.1 Ergebnisse nach QS-Verfahren, Empfehlungen der Bundesebene und Besonderheiten.....	46

4.1.1	Cholezystektomie (12/1)	46
4.1.2	Karotis-Revaskularisation (10/2)	48
4.1.3	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	50
4.1.4	Herzschrittmacher-Implantation, -Aggregatwechsel, -Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/1 bis 09/3).....	52
4.1.5	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation, – Aggregatwechsel, – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/4 bis 09/6)	54
4.1.6	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) (21/3)	57
4.1.7	Herzchirurgie (HCH).....	59
4.1.8	Herztransplantation, Lungen- und Herz-Lungentransplantation (HTX/LUTX)	61
4.1.9	Lebertransplantation, Leberlebendspende (LTX/LLS).....	63
4.1.10	Nierentransplantation, Nierenlebendspende, Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (NTX/NLS/PNTX)	64
4.1.11	Geburtshilfe (16/1).....	66
4.1.12	Neonatologie (NEO)	68
4.1.13	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1).....	69
4.1.14	Mammachirurgie (18/1).....	71
4.1.15	Hüftgelenknahe Femurfraktur, Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/1 bis 17/3) .	73
4.1.16	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation, Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/5 und 17/7).....	76
4.1.17	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	78
4.2	Landesspezifika	80
4.3	Empfehlungen aus den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung	81
5	Schlussfolgerung und Ausblick	83
	Glossar.....	84

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Maßnahmen und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013 im Vergleich.....	13
Tabelle 2: Maßnahmen und Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung zur Plausibilität und Vollständigkeit	15
Tabelle 3: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs.....	24
Tabelle 4: Rechnerische Auffälligkeiten pro QS-Verfahren über einen 3-Jahres-Zeitraum (EJ 2012–EJ 2013).....	26
Tabelle 5: Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren	29
Tabelle 6: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland	31
Tabelle 7: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro QS-Verfahren	34
Tabelle 8: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland	38

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablauf und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt) zum EJ 2013	16
Abbildung 2: Zeitlicher Ablauf des Strukturierten Dialogs.....	19
Abbildung 3: Zuständigkeiten der beteiligten Akteure.....	20
Abbildung 4: Überblick über die zur Verfügung stehenden Maßnahmen im Strukturierten Dialog	22
Abbildung 5: Strukturierter Dialog – Prüfschritte zur Ergebniseinstufung	23
Abbildung 6: Durchgeführte Maßnahmen (gesamt) der Erfassungsjahre 2012 bis 2014	28
Abbildung 7: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland (EJ 2014, EJ 2013).....	32
Abbildung 8: Einstufung der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des SD (EJ 2014 und EJ 2013).....	33
Abbildung 9: Hinweise und Ergebniseinstufungen der Stellungnahmen nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland (EJ 2014 und EJ 2013).....	36
Abbildung 10: Verteilung der Ergebniseinstufungen pro QS-Verfahren für das Erfassungsjahr 2014	37
Abbildung 11: Von Krankenhäusern bekanntgegebene Verbesserungsmaßnahmen	45
Abbildung 12: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (12/1) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013	48
Abbildung 13: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (10/2) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013	50
Abbildung 14: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (PNEU) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013	52
Abbildung 15: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (9/1 bis 9/3) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013	54
Abbildung 16: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (9/4 bis 9/6) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013	57
Abbildung 17: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (21/3) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013	59
Abbildung 18: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (HCH) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013	61
Abbildung 19: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (HTX und LUTX) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013.....	63
Abbildung 20: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (LTX und LLS) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013.....	64
Abbildung 21: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (NTX, NLS und PNTX) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013	66
Abbildung 22: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (16/1) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013	68
Abbildung 23: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (NEO) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013	69

Abbildung 24: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (15/1) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013	71
Abbildung 25: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (18/1) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013	73
Abbildung 26: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (17/1 bis 17/3) für die Jahre 2014 und 2013	76
Abbildung 27: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (17/5 bis 17/7) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013	78
Abbildung 28: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (DEK) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013	79

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AG	Arbeitsgemeinschaft
AQUA	AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
LQS	Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
PCI	Perkutane Koronarintervention
QI	Qualitätsindikator
QI-ID	Identifikationsnummer eines Qualitätsindikators
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses 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

QS-Verfahren in der externen Qualitätssicherung

QS-Verfahren	Kürzel des Auswertungsmoduls	Beschreibung
Cholezystektomie	12/1	Chirurgische Entfernung der Gallenblase
Karotis-Revaskularisation	10/2	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Ambulant erworbene Pneumonie	PNEU	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Herzschrittmacher-Implantation	09/1	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	09/2	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	09/3	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	09/4	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	09/5	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	09/6	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	21/3	Koronarangiographie: Kathetergestützte Untersuchung zur Darstellung der Herzkranzgefäße (auch Herzkatheter)
		Perkutane Koronarintervention (PCI): Behandlungsmethode, bei der verengte Herzkranzgefäße mittels eines speziellen Eingriffs behandelt werden
Koronarchirurgie, isoliert	HCH-KCH	Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)
Aortenklappenchirurgie, isoliert	HCH-AORT-CHIR	Ersatz der Aortenklappe (offen-chirurgisch)
	HCH-AORT-KATH	Implantation einer Aortenklappe (kathetergestützt)

QS-Verfahren	Kürzel des Auswertungsmoduls	Beschreibung
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	HCH-KOMB	Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aortenklappe
Herztransplantation	HTX	Transplantation eines Herzens von einem Organspender zu einem Empfänger
Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	LUTX	Transplantation einer oder beider Lungen bzw. von Herz und Lunge gemeinsam von einem Organspender zu einem Empfänger
Lebertransplantation	LTX	Transplantation einer Leber oder eines Lebersegments von einem Organspender zu einem Empfänger
Leberlebendspende	LLS	Entnahme eines Lebersegments von einem Spender für einen Empfänger
Nierentransplantation	NTX	Transplantation einer Niere von einem Organspender zu einem Empfänger
Nierenlebendspende	NLS	Entnahme einer Niere von einem Spender für einen Empfänger
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	PNTX	Transplantation der Bauchspeicheldrüse bzw. gleichzeitige Transplantation einer Bauchspeicheldrüse und einer Niere von einem Spender zu einem Empfänger
Geburtshilfe	16/1	Betreuung der Schwangeren, Geburtsverlauf und Komplikationen
Neonatologie	NEO	Versorgung von Neu- und Frühgeborenen
Gynäkologische Operationen	15/1	Operationen in der Frauenheilkunde (ohne Hysterektomien)
Mammachirurgie	18/1	Operation an der Brust
Hüftgelenknahe Femurfraktur	17/1	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	17/2	Erstmaliges Einsetzen einer Prothese oder eines Prothesenteils im Bereich der Hüfte
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	17/3	Austausch einer Prothese (Ersatz) oder eines Prothesenteils im Bereich der Hüfte bei Komplikationen oder Verschleiß
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	17/5	Erstmaliges Einsetzen einer Prothese oder eines Prothesenteils im Bereich des Knies

QS-Verfahren	Kürzel des Auswertungsmoduls	Beschreibung
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	17/7	Austausch einer Prothese (Ersatz) oder eines Prothesenteils im Bereich des Knies bei Komplikationen oder Verschleiß
Pflege: Dekubitusprophylaxe	DEK	Vorbeugung eines Druckgeschwürs während eines stationären Aufenthalts

Zusammenfassung

Für das Erfassungsjahr 2014 (EJ 2014) haben bundesweit 1.557 Krankenhäuser an insgesamt 1.857 Standorten 3.245.142 Datensätze dokumentiert. Nach der statistischen Auswertung ergaben sich daraus 16.428 rechnerische Auffälligkeiten für 250 Qualitätsindikatoren mit Referenzbereichen. Wie üblich wurde den Verfahrensteilnehmern die Möglichkeit gegeben, die Auffälligkeiten im Rahmen des Strukturierten Dialogs (SD) zu erklären und den Sachverhalt eines Qualitätsdefizits gegebenenfalls zu entkräften.

Auf die 10 direkten QS-Verfahren (Herzchirurgie und Transplantationsverfahren) entfielen 370 (2,3 %) der rechnerischen Auffälligkeiten. Die 20 indirekten QS-Verfahren verzeichneten 16.058 (97,7 %) rechnerische Auffälligkeiten.

Zur Abklärung der rechnerischen Auffälligkeiten wurden 9.600 Stellungnahmen von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS; indirekte Verfahren) bzw. dem AQUA-Institut (direkte Verfahren) angefordert und bearbeitet. Weitergehend wurden mit 119 Krankenhausstandorten Kollegiale Gespräche geführt und 28 Standorte im Rahmen einer Vor-Ort-Begehung besucht sowie 794 Zielvereinbarungen getroffen. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden 10,3 % der rechnerischen Auffälligkeiten als „qualitativ auffällig“ und 38,3 % als „qualitativ unauffällig“ bewertet. In 40,5 % der rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Hinweis an den Krankenhausstandort versandt. Die Tabelle 1 zeigt die Ergebnisse im Überblick.

Im Strukturierten Dialog des Jahres 2013 (Erfassungsjahr 2012) wurde erstmalig eine neue Einstufungs- und Bewertungssystematik eingesetzt. Deren Anwendung hat sich erfolgreich etabliert. Damit sind teilweise Vergleiche zu Einstufungen und Bewertungen des Vorjahres möglich. Aufgrund dessen finden sich im vorliegenden Bericht einige Darstellungen und Tabellen, die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2014 sowie die Vorjahresergebnisse zeigen. Grundsätzlich sind diese Vergleiche jedoch immer vorbehaltlich der vorgenommenen Änderungen zu beurteilen, denn durch Modifizierungen von Rechenregeln, Änderungen von Referenzbereichen, das Aussetzen von Qualitätsindikatoren oder sonstige Anpassungen in den einzelnen QS-Verfahren ist ein exakter Vergleich der Jahresergebnisse nicht immer möglich. Für das Erfassungsjahr 2014 wurde das Bewertungsschema außerdem um die Bewertungskategorie U33 „qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)“ erweitert, sodass auch hier Verzerrungen in Bezug auf die Einstufungen im Rahmen des Strukturierten Dialogs entstehen können.

Tabelle 1: Maßnahmen und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013 im Vergleich

Strukturierter Dialog	Erfassungsjahr 2014		Erfassungsjahr 2013	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Rechnerische Auffälligkeiten (gesamt)	16.428	100 %	17.233	100 %
Maßnahmen				
Keine Maßnahmen	132	0,8 %	122	0,7 %
Hinweise	6.691	40,7 %	7.131	41,4 %
Stellungnahmen	9.600	58,4 %	9.975	57,9 %
Sonstiges	5	0 %	5	0 %
Weiterführende Maßnahmen (pro rechnerische Auffälligkeit)				
Besprechungen	282	1,7 %	236	1,4 %
Begehungen	60	0,4 %	39	0,2 %
Zielvereinbarungen	794	4,8 %	610	3,5 %
Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten				
Hinweise [H20/H99]	6.660	40,5 %	7.027	40,8 %
Nach Überprüfung der Stellungnahmen				
Qualitativ unauffällig [U31/U32/U33/U99]	6.291	38,3 %	6.570	38,1 %
Qualitativ auffällig [A41/A42/A99]	1.687	10,3 %	1.763	10,2 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation [D50/D51/D99]	1.434	8,7 %	1.489	8,6 %
Sonstiges [S90/S91/S99]	356	2,2 %	384	2,2 %
Begründungen zu den Einstufungen				
Qualitativ unauffällig: Besondere klinische Situation [U31]	406	2,5 %	454	2,6 %
Qualitativ unauffällig: Bedingt durch Einzelfälle [U32]	4.503	27,4 %	4.997	29 %
Qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) [U33]	1.160	7,1 %		
Qualitativ unauffällig: Sonstiger Kommentar [U99]	222	1,4 %	1.119	6,5 %
Qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel [A41]	1.255	7,6 %	1.287	7,5 %

Strukturierter Dialog	Erfassungsjahr 2014		Erfassungsjahr 2013	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Qualitativ auffällig: Keine ausreichend erklärenden Gründe [A42]	246	1,5 %	273	1,6 %
Qualitativ auffällig: Sonstiger Kommentar [A99]	186	1,1 %	203	1,2 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation [D50]	1.313	8 %	1.369	7,9 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Bedingt durch Softwareprobleme [D51]	55	0,3 %	55	0,3 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Sonstiger Kommentar [D99]	66	0,4 %	65	0,4 %
Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog [S90]	132	0,8 %	122	0,7 %
Sonstiges: Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen [S91]	15	0,1 %	8	0 %
Sonstiges: Mit Kommentar [S99]	209	1,3 %	254	1,5 %

Anmerkung: Die Anzahl der gewählten Maßnahme „Hinweise“ ist nicht gleichzusetzen mit der Summe aus H20 und H99. Es wurden auch Hinweise versendet, zu denen die rechnerische Auffälligkeit abschließend mit einer der Kategorien U, A oder S eingestuft wurde.

Die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten ist von 17.233 im Vorjahr auf 16.428 gesunken. Insbesondere im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* ist die Abnahme der Auffälligkeiten deutlich. In den übrigen Verfahren ist die Anzahl relativ stabil geblieben.

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

In der Datenvalidierung wird geprüft, ob die Dokumentation der Qualitätssicherungsdaten (QS-Daten) plausibel, vollständig und vollzählig ist. Die Ergebnisse werden dazu genutzt, Verbesserungen in den Dokumentationsprozessen anzuregen und die Aussagekraft der Qualitätsindikatoren zu untermauern. Für eine umfassende externe Datenvalidierung durch Zweitabgleich mit der Primärdokumentation in der Patientenakte wurden im Stichprobenverfahren die einzubeziehenden Krankenhausstandorte ermittelt. Die umfassende Datenvalidierung erfolgte für das Erfassungsjahr 2014 zu den QS-Verfahren *Nierentransplantation, Leberlebendspende und Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation*.

In Tabelle 2 sind die Maßnahmen und Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung zur Plausibilität und zur Vollständigkeit dargestellt. Die ausführliche Darstellung zu allen Ergebnissen der Datenvalidierung ist Gegenstand des Berichts zur Datenvalidierung 2015. Dieser Bericht zur *Datenvalidierung 2015 – Erfassungsjahr 2014* ist nach Freigabe durch G-BA auf der Internetseite www.iqtig.org abrufbar.

Tabelle 2: Maßnahmen und Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung zur Plausibilität und Vollständigkeit

Datenvalidierung 2015 (EJ 2014)	Anzahl	Anteil
Rechnerische Auffälligkeiten (gesamt)	911	100 %
Maßnahmen		
Keine Maßnahmen	1	0,1 %
Hinweise	216	23,7 %
Stellungnahmen	694	76,2 %
Sonstiges	0	0 %
Weiterführende Maßnahmen (pro rechnerische Auffälligkeit)		
Besprechungen	7	-
Begehungen	0	-
Zielvereinbarungen	36	-
Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten, zu denen eine Stellungnahme angefordert wurde		
Korrekte Dokumentation bestätigt	269	38,8 %
Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	347	50,0 %
Keine erklärenden Gründe genannt	30	4,3 %
Sonstiges	29	4,2 %



Abbildung 1: Ablauf und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt) zum EJ 2013

1 Einleitung

Zum 1. Januar 2016 hat das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) die Aufgaben als Institut nach § 137a SGB V und somit die Verantwortlichkeit für die Verfahren der externen Qualitätssicherung vom AQUA-Institut (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen) übernommen. Die Strukturierten Dialoge mit den Krankenhausstandorten für das Erfassungsjahr 2014 fanden im Jahr 2015 statt. Die Durchführung in den direkten QS-Verfahren erfolgte durch das AQUA-Institut, in den indirekten QS-Verfahren durch die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS).

Das IQTIG erfüllt mit diesem Bericht seine Berichtspflicht entsprechend § 15 Abs. 2 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Nach Prüfung und Freigabe durch den G-BA erfolgt die Veröffentlichung auf der Website des IQTIG.

Im Bericht sind die Ergebnisse bzw. die durchgeführten Maßnahmen in den indirekten QS-Verfahren auf Landesebene und den direkten Verfahren auf der Bundesebene zum Erfassungsjahr 2014 dargestellt. Der Bericht hat das Ziel, die Arbeit aller am Strukturierten Dialog Beteiligten möglichst umfassend und transparent darzustellen. So lassen sich Ereignisse, Entwicklungen und Tendenzen in den bundesweit verpflichtenden QS-Verfahren feststellen. Anhand der abschließenden Bewertungen zu den rechnerischen Auffälligkeiten kann darüber hinaus eine Einschätzung zur Behandlungs- und Prozessqualität in den teilnehmenden Krankenhäusern getroffen werden.

In einem gesonderten Bericht werden die Ergebnisse der parallel stattfindenden Datenvalidierung (Statistische Basisprüfung und Stichprobenprüfung vor Ort) dargestellt. Da diese Ergebnisse in einem unmittelbaren Zusammenhang mit dem Strukturierten Dialog stehen, werden diese zum Teil auch im vorliegenden Bericht in Kurzform aufgeführt.

Basis dieses Berichts sind die von den LQS und vom AQUA-Institut übermittelten Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2014 sowie die gemäß § 15 Abs. 1–3 QSKH-RL erstellten Abschlussberichte der Landes- und Bundesebene. Zunächst werden die Hintergrundinformationen und ab Kapitel 3 dann die aggregierten Ergebnisse in tabellarischer Form dargestellt. Nach Möglichkeit sind die Ergebnisse der Vorjahre berücksichtigt. Im Kapitel 4 werden die Ergebnisse jedes QS-Verfahrens zusammenfassend betrachtet. Im Anhang finden sich die detaillierten Ergebnisse zu allen überprüften Qualitätsindikatoren.

Die Ergebnisse des QS-Verfahrens „*Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation*“ werden aufgrund sehr geringer Fallzahlen kumuliert über zwei Jahre dargestellt. Die letzte Auswertung erfolgte für das Erfassungsjahr 2012, sodass die Daten für das Erfassungsjahr 2014 wieder in der Auswertung Berücksichtigung fanden.

2 Hintergrund und Methodik

Da die hier präsentierten Prozesse im Jahr 2015 (Erfassungsjahr 2014) stattfanden, findet sich im Folgenden eine Darlegung der Methodik des AQUA-Instituts, welches die Durchführung des zu berichtenden Strukturierten Dialogs der direkten QS-Verfahren verantwortet und den der indirekten QS-Verfahren begleitet hat. Die methodische Grundlage des IQTIG befindet sich derzeit noch in der Entwicklung. Die Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs wird derzeit erarbeitet.

Der Strukturierte Dialog hat zum 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?
- War die Leistung angemessen?
- Waren die strukturellen und sächlichen Voraussetzungen zur Erbringung der Leistung erfüllt?
- Wie war die Ergebnisqualität?

können Qualitätsmängel identifiziert werden. Sind nach den vorgegeben Prüfmaßnahmen tatsächlich Qualitätsdefizite festgestellt worden, so ist es die Aufgabe des Strukturierten Dialogs, die betroffenen Krankenhäuser bei geeigneten Optimierungsmaßnahmen zu unterstützen sowie ggf. Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten, die letztlich dem übergeordneten Ziel der Qualitätsförderung – dem 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. Diese unterliegen einer längerfristigen Beobachtung und Unterstützung durch die zuständige Stelle. Weitere Erkenntnisse, die aus dem Strukturierten Dialog gewonnen werden, dienen der Entwicklung von Indikatoren sowie der Weiterentwicklung der QS-Verfahren.

Der zeitliche Rahmen für die Durchführung des Strukturierten Dialogs ist in der QSKH-RL geregelt. Der Strukturierte Dialog wird 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 ein Verfahren, das sich über sechs bis acht Monate erstreckt. Das Gesamtverfahren mit Datenerfassung, Auswertung, Strukturiertem Dialog und Berichterstattung umfasst einen 3-Jahres-Zeitraum.

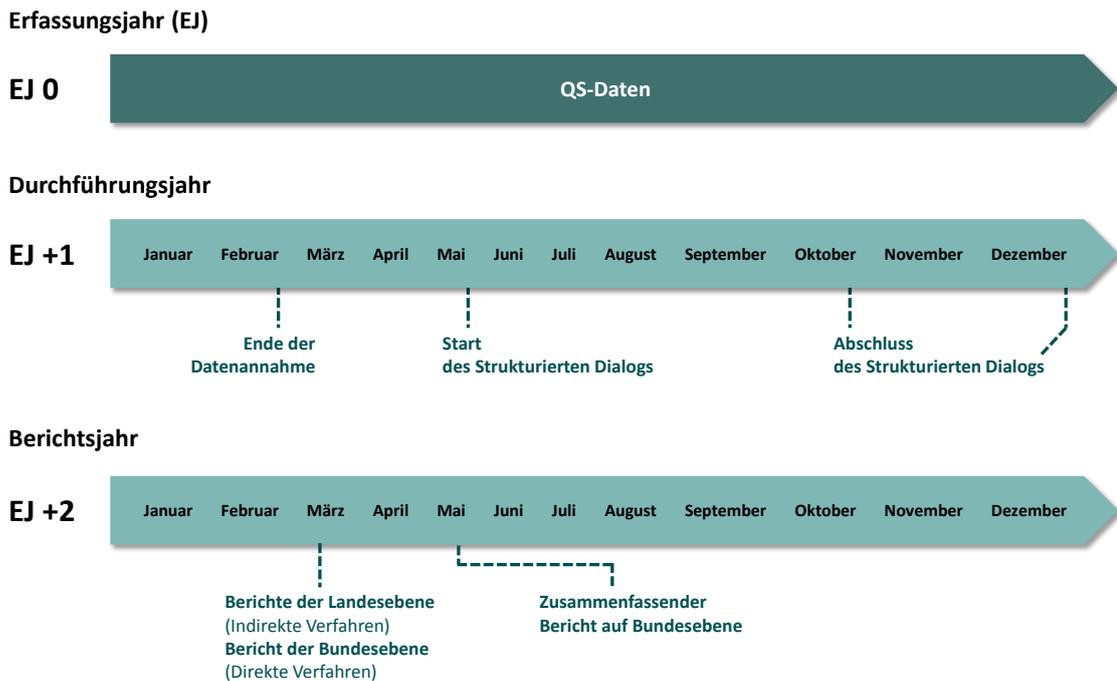


Abbildung 2: Zeitlicher Ablauf des Strukturierten Dialogs

2.1 Zuständigkeiten

In enger Kooperation mit den Verfahrensteilnehmern sorgen die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung und die beauftragte Einrichtung auf Bundesebene¹ 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 QS-Verfahren mit vergleichsweise niedrigen Fallzahlen (derzeit Transplantationen und Herzchirurgie), die im Strukturierten Dialog 2015 unmittelbar von der Institution nach § 137a SGB V², d. h. dem AQUA-Institut, betreut wurden. Die indirekten Verfahren decken QS-Verfahren mit höheren Fallzahlen ab und werden von den LQS auf Landesebene betreut. Sowohl Bundes- als auch Landesgeschäftsstellen erhalten die Daten anonymisiert und verschlüsselt. Die Gesamtverantwortung für den Strukturierten Dialog liegt für die direkten QS-Verfahren beim Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA als Lenkungs-gremium. Für die indirekten QS-Verfahren sind die Lenkungs-gremien der Bundesländer (§ 14 QSKH-RL) verantwortlich. Die Durchführung des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen obliegt den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) auf Landes- und der Institution nach § 137a SGB V auf Bundesebene. Entsprechend erhalten diese beauftragten Stellen die dokumentierten QS-Daten der Einrichtungen. Zur Vorbereitung und Umsetzung der Maßnahmen des Strukturierten

¹ Die Institution bzw. das Institut nach § 137a SGB V.

² In der Fassung vom 1. Januar 2012.

Dialogs sind jeweils Fach- und Arbeitsgruppen mit unabhängigen Experten für jedes QS-Verfahren etabliert.

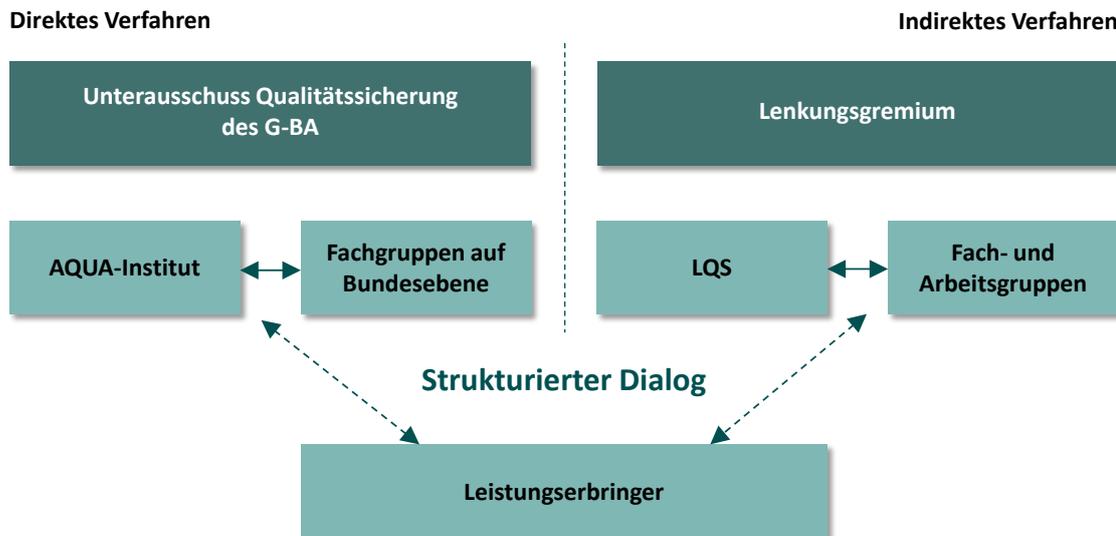


Abbildung 3: Zuständigkeiten der beteiligten Akteure

2.2 Rechnerische Auffälligkeiten

Anhand des Referenzbereichs eines Qualitätsindikators wird festgestellt, ob das Ergebnis rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse, die außerhalb des Referenzbereichs liegen, ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Gemäß § 10 Abs. 2 QSKH-RL werden bei der Feststellung der rechnerischen Auffälligkeit Vertrauensbereiche und die Fallzahlen nicht berücksichtigt.

Die Lage eines Qualitätsindikatorwertes inner- oder außerhalb eines zuvor definierten Referenzbereichs ist daher das erste Kriterium zur Beurteilung, 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 bundeseinheitlich eingesetzt werden sollen, obliegt der Institution nach § 137a SGB V³ in enger Abstimmung mit dem G-BA. Die Indikatoren fungieren als Instrumente zur Messung der medizinischen Versorgungsqualität und werden durch die extern besetzten Expertengremien inhaltlich betreut, gepflegt und regelmäßig aktualisiert. Abweichungen auf der Landesebene sind möglich. Für einige Qualitätsindikatoren sind aus unterschiedlichen Gründen keine Referenzbereiche definiert. Anhand der Krankenhausergebnisse für

³ Seit dem 1. Januar 2016 ist diese Funktion auf das Institut nach § 137a SGB V (IQTIG) übergegangen.

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.

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

2.3 Bearbeitung und Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten

2.3.1 Fachgruppenarbeit

Die von den Einrichtungen dokumentierten QS-Daten werden an die zuständigen Stellen (LQS und Institution nach § 137a SGB V) übermittelt. Sobald ein rechnerisch auffälliges Ergebnis ermittelt worden ist, wird zunächst der Grad der Abweichung betrachtet.

Die eingesetzte Expertengruppe der jeweils beauftragten Stelle entscheidet dann, welche Maßnahmen einzuleiten sind. Es wird entweder ein Hinweis an das betroffene Krankenhaus versendet oder es wird eine Stellungnahme angefordert. Bezieht sich die rechnerische Auffälligkeit auf einen Einzelfall pro Qualitätsindikator, dann kann gemäß § 10 Abs. 3 QSKH-RL auch auf eine Maßnahme verzichtet werden (Ein-Fall-Regel).

Damit die Vorgehensweise bei der Überprüfung der rechnerischen Auffälligkeiten bundesweit möglichst einheitlich ist, sind die Anforderungen für eine zu übermittelnde Stellungnahme der Fach- und Arbeitsgruppen sehr ähnlich. Ein Ergebnis wird nach folgenden Kriterien beurteilt:

- Wurde das angefragte Ergebnis in der Einrichtung selbst kritisch analysiert, reflektiert und diskutiert?
- War das Ergebnis bei diesem Indikator im Jahr zuvor auffällig oder unauffällig?
- Wie sind die Ergebnisse der anderen Qualitätsindikatoren in diesem QS-Verfahren?
- Sind die Ergebnisse der relevanten Auffälligkeitskriterien der Datenvalidierung plausibel im Zusammenhang mit dem Ergebnis des Indikators?
- Liegt ein Versorgungs- und/oder Dokumentationsproblem vor?
- Wurden das Problem und der damit verbundene Handlungsbedarf erkannt?
- Wurden bereits Lösungen zur Ergebnisverbesserung erarbeitet und eingeleitet?
- Sind die geplanten Maßnahmen Erfolg versprechend?
- Werden die eingeleiteten Maßnahmen nachhaltig durch das Krankenhaus kontrolliert?

Damit diese und ähnliche Fragen beantwortet werden können, sind von den Krankenhäusern aussagekräftige Stellungnahmen zu verfassen und in einem vorgegebenen Zeitraum an die Fach- und Arbeitsgruppen zu übermitteln. Sollten die Stellungnahmen die Ursachen nicht erklären

können, so können je nach Situation weitere Maßnahmen eingeleitet werden. Dies können insbesondere Einladungen zu Kollegialen Gesprächen oder die Durchführung von Vor-Ort-Begehungen sein.

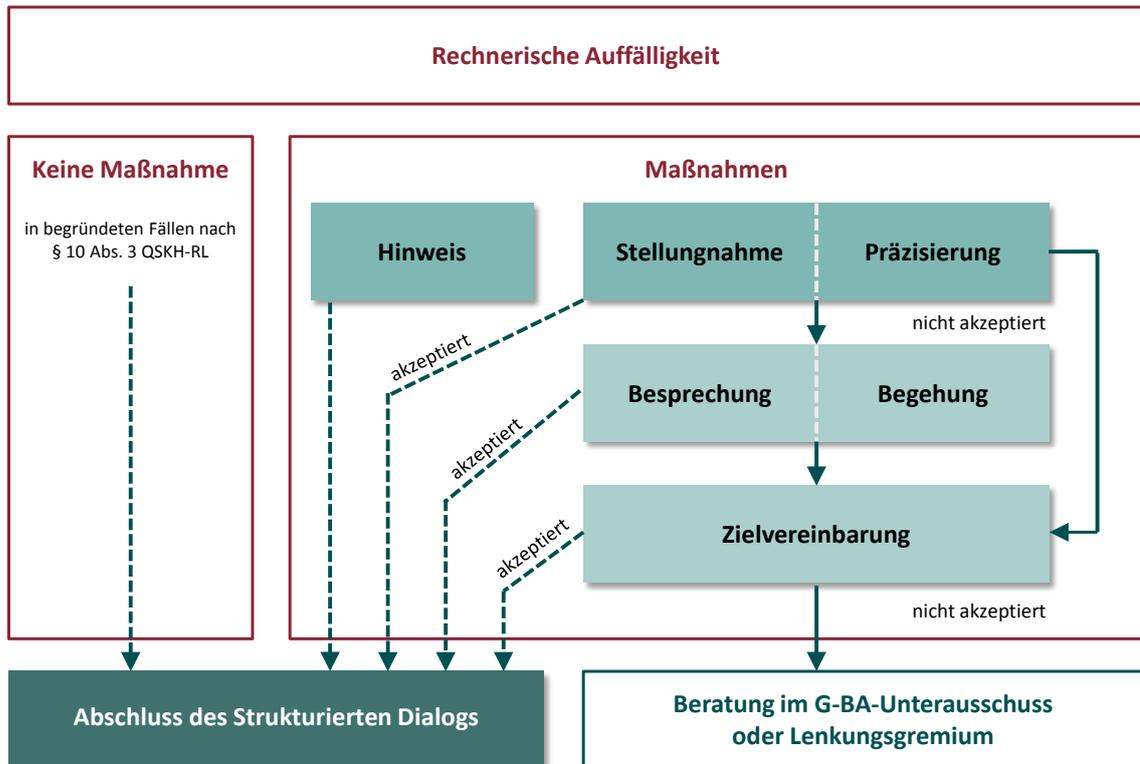


Abbildung 4: Überblick über die zur Verfügung stehenden Maßnahmen im Strukturierten Dialog

2.3.2 Umgang mit Krankenhausergebnissen

Abbildung 10 stellt die einzelnen Prüfschritte für Krankenhausergebnisse im Zusammenhang mit der abschließend zu erteilenden Einstufung/Bewertung dar, die im Rahmen der externen Qualitätssicherung erfolgen muss.

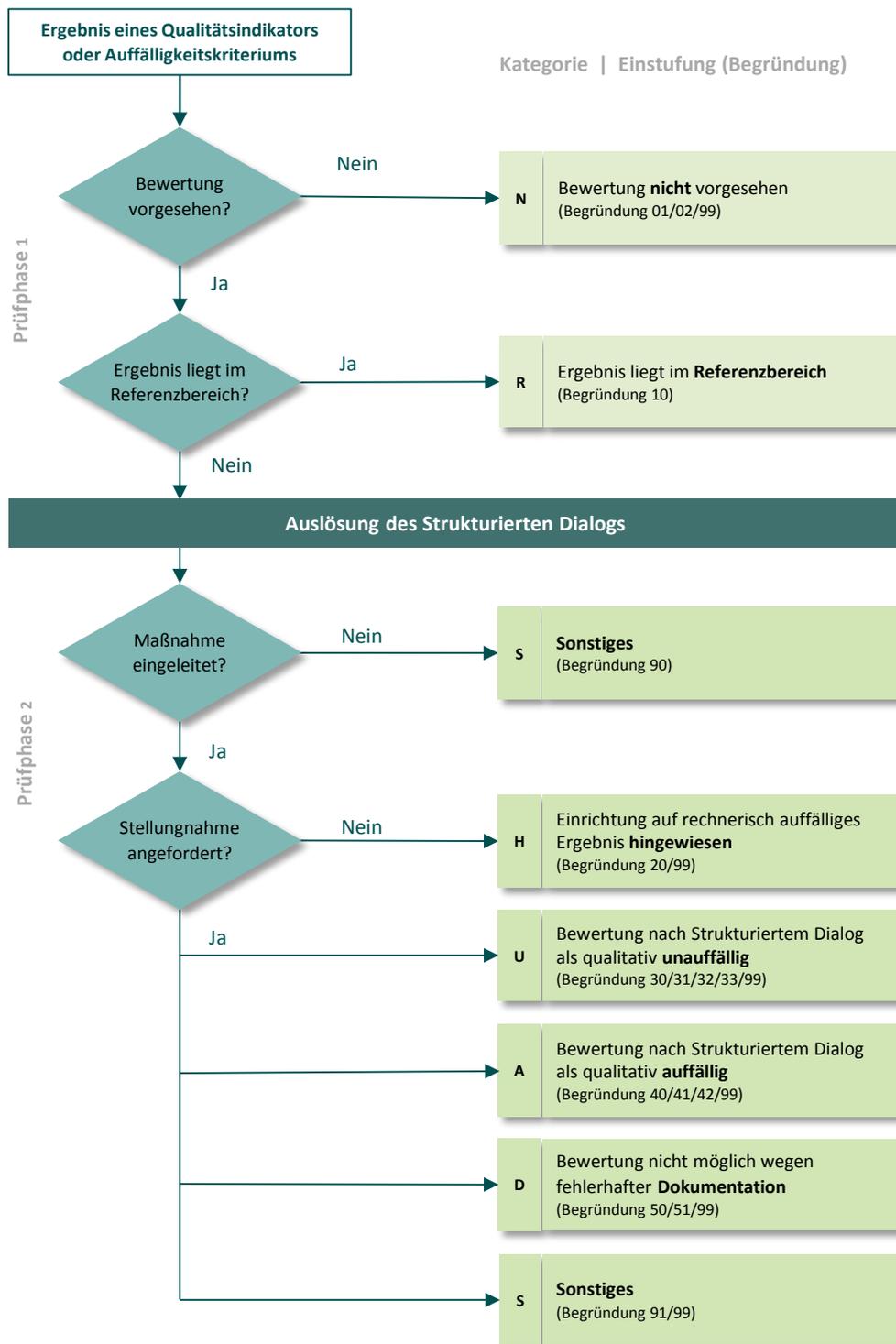


Abbildung 5: Strukturierter Dialog – Prüfschritte zur Ergebniseinstufung

2.3.3 Einstufungsmöglichkeiten und Bewertungskategorien

Die Krankenhausergebnisse erhalten nach Überprüfung und zum Abschluss des Strukturierten Dialogs jeweils eine endgültige Einstufung bzw. Bewertung. Neben den eingesetzten Einstufungskategorien sind außerdem vorgegebene Ziffern mit einem entsprechenden, der Ursache

angepassten Begründungstext zu vergeben. Die Kategorien N und R sind nur für die Krankenhausberichte von Bedeutung und die Bewertungsziffern 30 und 40 sind ausschließlich für Ergebniseinstufungen im Bereich der Datenvalidierung anzuwenden.

Tabelle 3: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs

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 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
		33	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	40	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		41	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	50	Unvollzählige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

3 Rechnerische Auffälligkeiten, Maßnahmen und Ergebniseinstufungen

3.1 Ermittelte rechnerische Auffälligkeiten

Die Tabelle 4 gibt Auskunft über die ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten in den einzelnen QS-Verfahren der letzten drei Erfassungsjahre (EJ 2012 bis 2014). Nähere Erläuterungen zur Anzahl der rechnerischen Auffälligkeit bezüglich Zunahme bzw. Abnahme im Vergleich zu Ergebnissen der Vorjahre finden sich in Kapitel 4 bei den jeweiligen QS-Verfahren.

Tabelle 4: Rechnerische Auffälligkeiten pro QS-Verfahren über einen 3-Jahres-Zeitraum (EJ 2012–EJ 2013)

QS-Verfahren	Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt)		
	EJ 2014	EJ 2013	EJ 2012
Cholezystektomie	860	764	840
Karotis-Revaskularisation	223	245	125
Ambulant erworbene Pneumonie	2.788	3.447	3.302
Herzschrittmacher-Implantation	872	819	849
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	595	713	814
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	462	633	748
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	608	566	770
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	185	181	313
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	355	402	263
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	854	963	1.074
Koronarchirurgie, isoliert	22	16	15
Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	86		
Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	17	33	26
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	15	14	17
Herztransplantation	37	33	22
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	19	19	14
Lebertransplantation	26	23	32
Leberlebendspende	12	23	28

QS-Verfahren	Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt)		
	EJ 2014	EJ 2013	EJ 2012
Nierentransplantation	42	39	29
Nierenlebendspende	61	55	77
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	33	-	21
Geburtshilfe	617	869	826
Neonatologie	314	280	360
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	845	839	1.200
Mammachirurgie	698	703	1.140
Hüftgelenknahe Femurfraktur	1.348	1.339	1.108
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1.097	1.130	1.180
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1.320	1.094	1.226
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	660	679	524
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	643	517	484
Pflege: Dekubitusprophylaxe	714	795	259
Gesamt	16.428	17.233	17.686

3.2 Durchgeführte Maßnahmen

Für alle bundesweit ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten (n = 16.428) wurden in einem ersten Schritt von den beauftragten Stellen die in Abbildung 6 dargestellten Maßnahmen eingeleitet.

Für 132 rechnerische Auffälligkeiten wurden keine Maßnahmen ergriffen. Bei diesen Auffälligkeiten wurde zum Beispiel auf die Ein-Fall-Regel zurückgegriffen. Diese besagt laut QSKH-RL, dass bei nur einem einzigen auftretenden Fall auf weitere qualitätssichernde Maßnahmen verzichtet werden kann.

Es wurden für 6.691 rechnerische Auffälligkeiten entsprechende Hinweise an die Krankenhäuser gesendet und für 9.600 festgestellte Abweichungen Stellungnahmen angefordert. Zu 342 Auffälligkeiten davon wurden zusätzliche Maßnahmen wie Besprechungen oder Vor-Ort-Begehungen durchgeführt.

Für 5 rechnerische Auffälligkeiten wurden sonstige Maßnahmen angegeben. Es handelte sich hierbei um die unterjährige Schließung einer chirurgischen Station. Bei einer anderen Einrichtung wurde im Vorjahr ein Kollegiales Gespräch geführt und im Berichtsjahr auf eine Stellungnahme verzichtet.

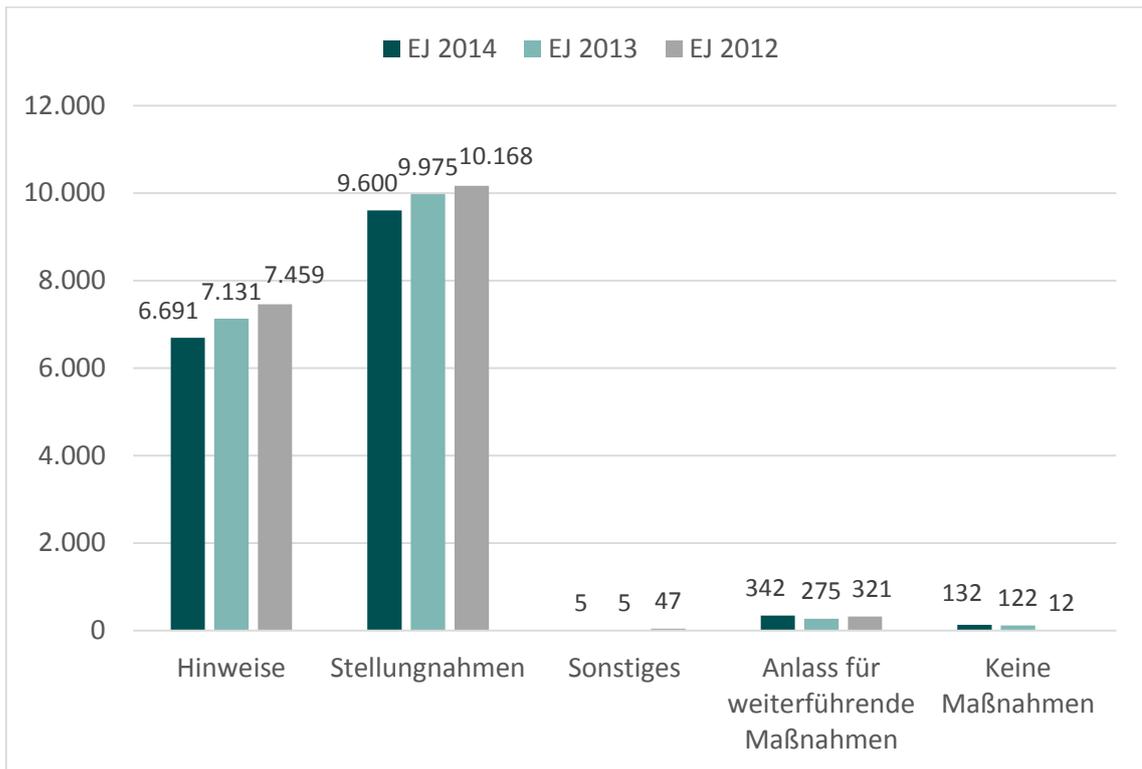


Abbildung 6: Durchgeführte Maßnahmen (gesamt) der Erfassungsjahre 2012 bis 2014

Tabelle 5: Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren

QS-Verfahren	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cholezystektomie	860	5,2	7	0,8	304	35,3	549	63,8	0	0,0	4	0,5	3	0,3	3	0,3
Karotis-Revaskularisation	223	1,4	0	0,0	78	35,0	145	65,0	0	0,0	2	0,9	0	0,0	3	1,3
Ambulant erworbene Pneumonie	2.788	17,0	24	0,9	1.253	44,9	1511	54,2	0	0,0	67	2,4	20	0,7	178	6,4
Herzschrittmacher-Implantation	872	5,3	4	0,5	441	50,6	427	49,0	0	0,0	17	1,9	5	0,6	51	5,8
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	595	3,6	2	0,3	305	51,3	288	48,4	0	0,0	6	1,0	4	0,7	28	4,7
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	462	2,8	3	0,6	224	48,5	235	50,9	0	0,0	10	2,2	5	1,1	23	5,0
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	608	3,7	9	1,5	329	54,1	270	44,4	0	0,0	4	0,7	1	0,2	37	6,1
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	185	1,1	4	2,2	93	50,3	88	47,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	4,3
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	355	2,2	6	1,7	140	39,4	209	58,9	0	0,0	3	0,8	2	0,6	14	3,9
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	854	5,2	6	0,7	389	45,6	459	53,7	0	0,0	6	0,7	1	0,1	65	7,6
Koronarchirurgie, isoliert	22	0,1	0	0,0	0	0,0	22	100,0	0	0,0	1	4,5	1	4,5	3	13,6
Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	86	0,5	0	0,0	0	0,0	86	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2
Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	17	0,1	0	0,0	0	0,0	17	100,0	0	0,0	1	5,9	1	5,9	1	5,9
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	15	0,1	0	0,0	0	0,0	15	100,0	0	0,0	1	6,7	1	6,7	2	13,3
Herztransplantation	37	0,2	0	0,0	0	0,0	37	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	13,5
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	19	0,1	0	0,0	0	0,0	19	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3
Leberlebenspende	12	0,1	0	0,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0

QS-Verfahren	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Lebertransplantation	26	0,2	0	0,0	0	0,0	26	100,0	0	0,0	8	30,8	0	0,0	0	0,0
Nierenlebenspende	61	0,4	0	0,0	0	0,0	61	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nierentransplantation	42	0,3	0	0,0	0	0,0	42	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	33	0,2	0	0,0	0	0,0	33	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geburtshilfe	617	3,8	22	3,6	187	30,3	408	66,1	0	0,0	15	2,4	4	0,6	41	6,6
Neonatalogie	314	1,9	0	0,0	121	38,5	193	61,5	0	0,0	12	3,8	0	0,0	30	9,6
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	845	5,1	4	0,5	409	48,4	432	51,1	0	0,0	1	0,1	0	0,0	22	2,6
Mammachirurgie	698	4,2	12	1,7	333	47,7	353	50,6	0	0,0	3	0,4	3	0,4	23	3,3
Hüftgelenknahe Femurfraktur	1.348	8,2	11	0,8	446	33,1	890	66,0	1	0,1	46	3,4	3	0,2	52	3,9
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1.097	6,7	7	0,6	412	37,6	675	61,5	3	0,3	7	0,6	0	0,0	77	7,0
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1.320	8,0	4	0,3	489	37,0	827	62,7	0	0,0	25	1,9	2	0,2	27	2,0
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	660	4,0	1	0,2	315	47,7	344	52,1	0	0,0	16	2,4	0	0,0	35	5,3
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	643	3,9	5	0,8	290	45,1	347	54,0	1	0,2	12	1,9	0	0,0	18	2,8
Pflege: Dekubitusprophylaxe	714	4,3	1	0,1	133	18,6	580	81,2	0	0,0	14	2,0	4	0,6	46	6,4
Gesamt	16.428	100,0	132	0,8	6691	40,7	9.600	58,4	5	0,0	282	1,7	60	0,4	794	4,8

Tabelle 6: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	2.792	17,0	0	0,0	1.830	65,5	962	34,5	0	0,0	17	0,6	24	0,9	19	0,7
Baden-Württemberg	1.708	10,4	0	0,0	917	53,7	787	46,1	17	1,0	29	1,7	1	0,1	112	6,6
Berlin	563	3,4	0	0,0	170	30,2	393	69,8	0	0,0	50	8,9	12	2,1	4	0,7
Brandenburg	537	3,3	0	0,0	79	14,7	458	85,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	110	0,7	0	0,0	12	10,9	98	89,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	257	1,6	0	0,0	114	44,4	143	55,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	995	6,1	11	1,1	476	47,8	508	51,1	11	1,1	9	0,9	0	0,0	11	1,1
Mecklenburg-Vorpommern	320	1,9	0	0,0	57	17,8	263	82,2	0	0,0	18	5,6	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	1.664	10,1	42	2,5	436	26,2	1.186	71,3	277	16,6	23	1,4	0	0,0	136	8,2
Nordrhein-Westfalen	3.397	20,7	0	0,0	1.300	38,3	2.097	61,7	0	0,0	41	1,2	0	0,0	422	12,4
Rheinland-Pfalz	1.112	6,8	0	0,0	545	49,0	567	51,0	13	1,2	4	0,4	0	0,0	33	3,0
Saarland	207	1,3	0	0,0	0	0,0	209	101,0	0	0,0	16	7,7	16	7,7	2	1,0
Sachsen	837	5,1	0	0,0	121	14,5	716	85,5	12	1,4	29	3,5	0	0,0	29	3,5
Sachsen-Anhalt	644	3,9	75	11,6	286	44,4	283	43,9	12	1,9	4	0,6	0	0,0	1	0,2
Schleswig-Holstein	485	3,0	4	0,8	132	27,2	349	72,0	7	1,4	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Thüringen	430	2,6	0	0,0	216	50,2	214	49,8	4	0,9	29	6,7	4	0,9	12	2,8
Institution nach § 137a SGB V	370	2,3	0	0,0	0	0,0	370	100,0	0	0,0	12	3,2	3	0,8	13	3,5
Gesamt	16.428	100,0	132	0,8	6.691	40,7	9603	58,5	353	2,1	282	1,7	60	0,4	794	4,8

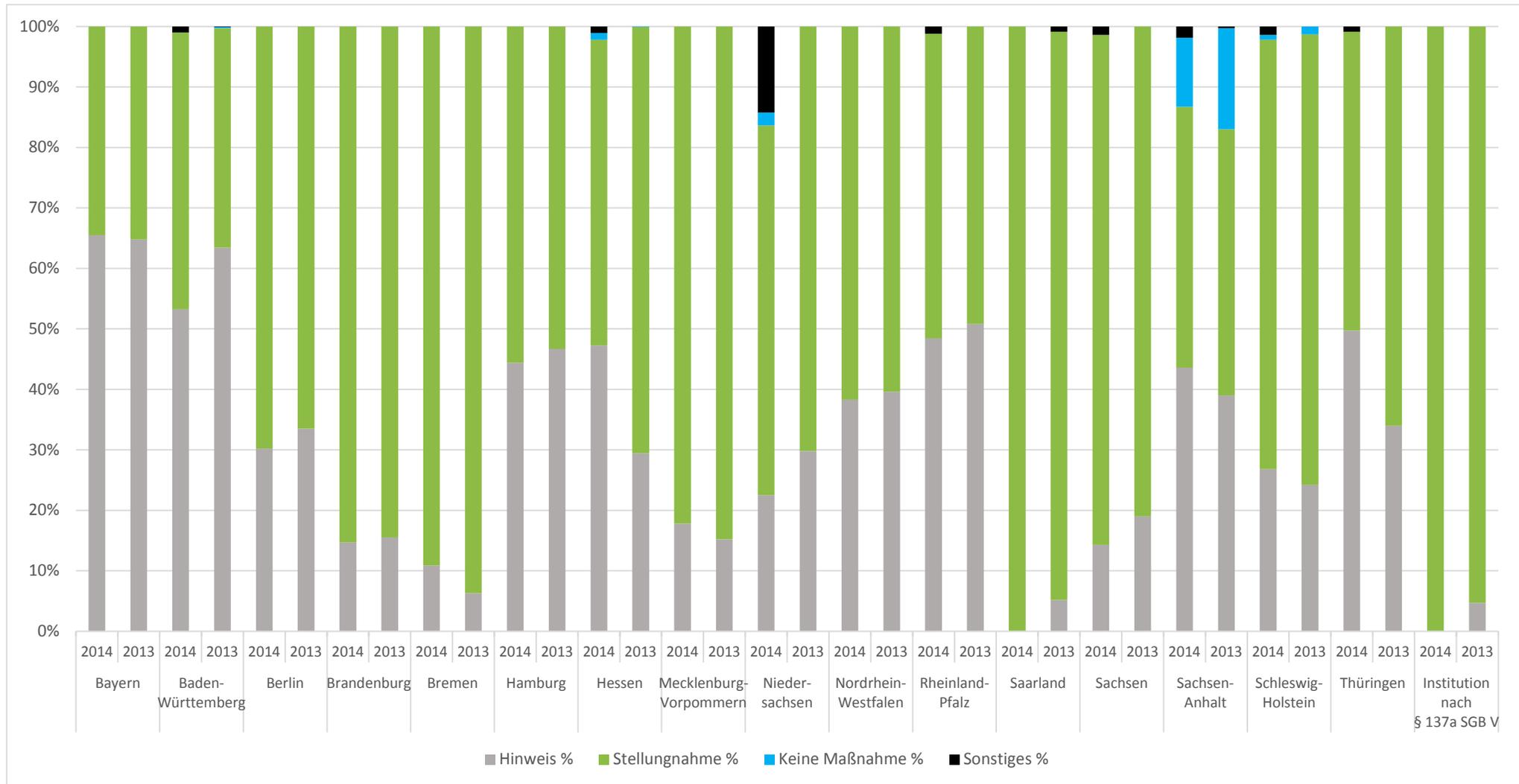


Abbildung 7: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland (EJ 2014, EJ 2013)

3.3 Abschließende Einstufung der rechnerischen Auffälligkeiten

Die rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse wurden von den beauftragten Stellen und ihren Expertengruppen mit Abschluss des Strukturierten Dialogs eingestuft bzw. bewertet. Abbildung 8 zeigt die jeweiligen Anteile der zur Verfügung stehenden und erteilten Einstufungen. Dargestellt sind die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2014 und die des Vorjahres (EJ 2013). Die Grundgesamtheit bilden alle für das jeweilige Erfassungsjahr festgestellten rechnerischen Auffälligkeiten.

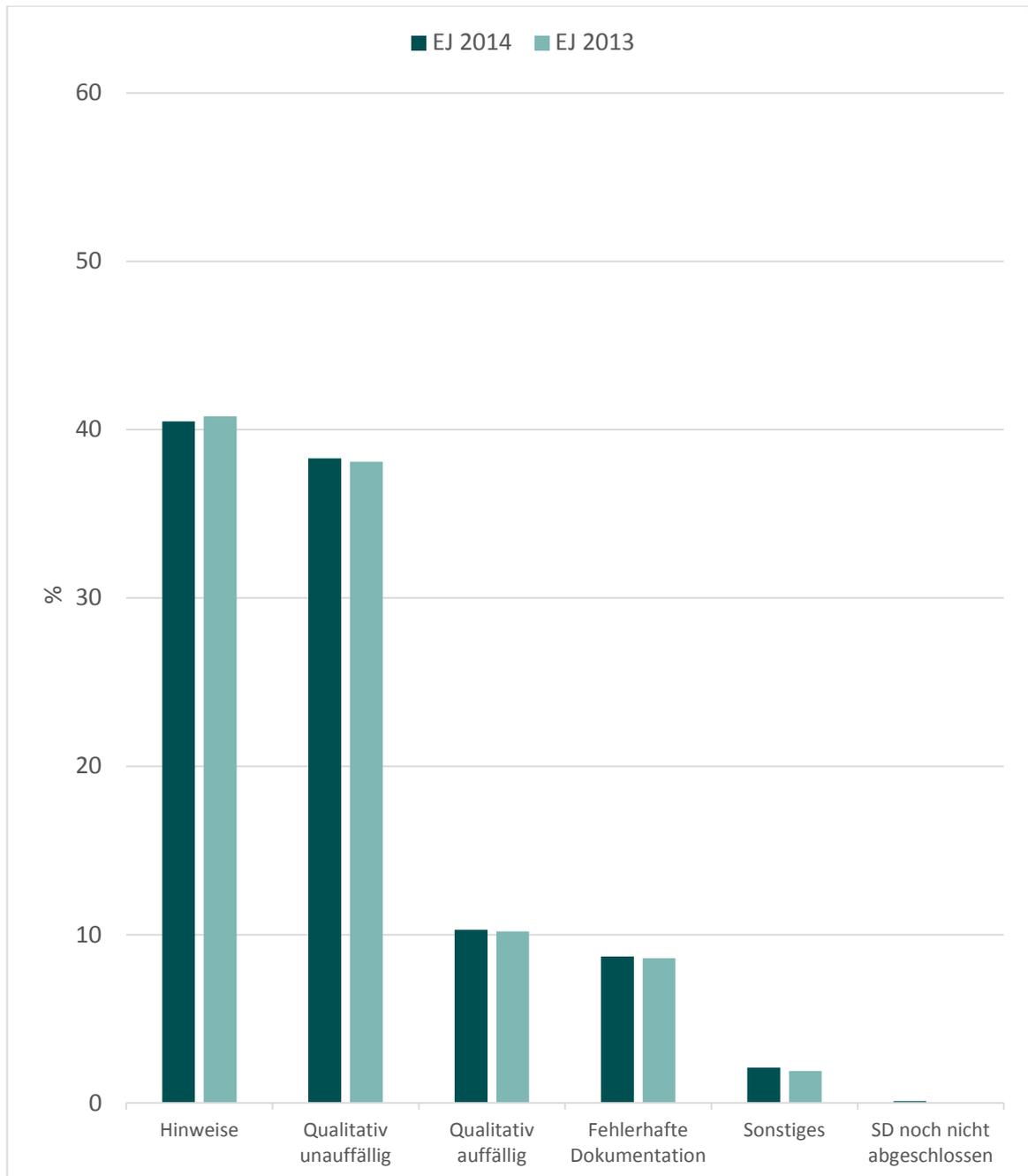


Abbildung 8: Einstufung der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des SD (EJ 2014 und EJ 2013)

Tabelle 7: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro QS-Verfahren

QS-Verfahren	Rechnerische Auffälligkeit n	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis			
		U31		U32		U33		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	%	n	%		
Cholezystektomie	860	55	6,4	383	44,5	55	6,4	1	0,1	24	2,8	4	0,5	3	0,3	20	2,3	3	0,3	0	0,0	7	0,8	0	0,0	1	0,1	304	35,3		
Karotis-Revaskularisation	223	16	7,2	68	30,5	25	11,2	8	3,6	12	5,4	1	0,4	3	1,3	9	4,0	0	0,0	3	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	78	35,0		
Ambulant erworbene Pneumonie	2.788	58	2,1	408	14,6	194	7,0	27	1,0	345	12,4	47	1,7	34	1,2	349	12,5	1	0,0	17	0,6	24	0,9	0	0,0	32	1,1	1252	44,9		
Herzschrittmacher-Implantation	872	28	3,2	217	24,9	25	2,9	10	1,1	92	10,6	18	2,1	4	0,5	16	1,8	0	0,0	2	0,2	4	0,5	0	0,0	15	1,7	441	50,6		
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	595	12	2,0	109	18,3	49	8,2	7	1,2	53	8,9	6	1,0	3	0,5	47	7,9	0	0,0	0	0,0	2	0,3	0	0,0	2	0,3	305	51,3		
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	462	8	1,7	159	34,4	6	1,3	0	0,0	47	10,2	8	1,7	2	0,4	0	0,0	2	0,4	0	0,0	3	0,6	0	0,0	3	0,6	224	48,5		
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	608	11	1,8	133	21,9	35	5,8	5	0,8	33	5,4	12	2,0	2	0,3	34	5,6	1	0,2	0	0,0	9	1,5	0	0,0	5	0,8	328	53,9		
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	185	4	2,2	35	18,9	15	8,1	5	2,7	14	7,6	2	1,1	0	0,0	13	7,0	0	0,0	0	0,0	4	2,2	0	0,0	0	0,0	93	50,3		
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	355	11	3,1	140	39,4	11	3,1	3	0,8	28	7,9	7	2,0	0	0,0	7	2,0	1	0,3	0	0,0	6	1,7	0	0,0	1	0,3	140	39,4		
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	854	40	4,7	129	15,1	45	5,3	19	2,2	80	9,4	15	1,8	9	1,1	78	9,1	22	2,6	6	0,7	6	0,7	0	0,0	16	1,9	389	45,6		
Koronarchirurgie, isoliert	22	0	0,0	13	59,1	1	4,5	0	0,0	3	13,6	0	0,0	1	4,5	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	13,6	0	0,0
Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	86	0	0,0	15	17,4	7	8,1	10	11,6	3	3,5	2	2,3	41	47,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	9,3	0	0,0		
Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	17	0	0,0	11	64,7	2	11,8	0	0,0	3	17,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0		
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	15	0	0,0	9	60,0	0	0,0	1	6,7	3	20,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7	0	0,0		
Herztransplantation	37	0	0,0	11	29,7	0	0,0	3	8,1	7	18,9	0	0,0	1	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	40,5	0	0,0		
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	19	0	0,0	10	52,6	0	0,0	1	5,3	3	15,8	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	21,1	0	0,0		

QS-Verfahren	Recherische Auffälligkeit n	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis			
		U31		U32		U33		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	%	n	%		
Leberlebenspende	12	0	0,0	3	25,0	7	58,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lebertransplantation	26	0	0,0	17	65,4	0	0,0	0	0,0	3	11,5	0	0,0	3	11,5	0	0,0	0	0,0	1	3,8	0	0,0	0	0,0	2	7,7	0	0,0	0	0,0
Nierenlebenspende	61	0	0,0	9	14,8	17	27,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	9	14,8	22	36,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	4,9	0	0,0	0	0,0
Nierentransplantation	42	0	0,0	19	45,2	0	0,0	3	7,1	8	19,0	1	2,4	10	23,8	1	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	33	0	0,0	20	60,6	1	3,0	0	0,0	2	6,1	0	0,0	0	0,0	3	9,1	0	0,0	2	6,1	0	0,0	0	0,0	5	15,2	0	0,0	0	0,0
Geburtshilfe	617	12	1,9	110	17,8	106	17,2	11	1,8	71	11,5	10	1,6	5	0,8	72	11,7	0	0,0	2	0,3	22	3,6	3	0,5	6	1,0	187	30,3		
Neonatalogie	314	15	4,8	68	21,7	32	10,2	8	2,5	28	8,9	7	2,2	2	0,6	28	8,9	4	1,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3	120	38,2		
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	845	13	1,5	225	26,6	82	9,7	6	0,7	22	2,6	10	1,2	2	0,2	58	6,9	0	0,0	5	0,6	4	0,5	0	0,0	9	1,1	409	48,4		
Mammachirurgie	698	6	0,9	151	21,6	36	5,2	10	1,4	74	10,6	13	1,9	7	1,0	40	5,7	0	0,0	1	0,1	12	1,7	0	0,0	15	2,1	333	47,7		
Hüftgelenknahe Femurfraktur	1.348	36	2,7	531	39,4	91	6,8	12	0,9	111	8,2	15	1,1	5	0,4	68	5,0	2	0,1	6	0,4	11	0,8	1	0,1	13	1,0	446	33,1		
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1.097	14	1,3	340	31,0	76	6,9	13	1,2	45	4,1	13	1,2	14	1,3	159	14,5	2	0,2	2	0,2	7	0,6	0	0,0	13	1,2	399	36,4		
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1.320	29	2,2	590	44,7	53	4,0	18	1,4	36	2,7	19	1,4	13	1,0	41	3,1	6	0,5	1	0,1	4	0,3	10	0,8	11	0,8	489	37,0		
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	660	7	1,1	187	28,3	26	3,9	12	1,8	27	4,1	11	1,7	1	0,2	76	11,5	3	0,5	1	0,2	1	0,2	1	0,2	7	1,1	300	45,5		
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	643	6	0,9	232	36,1	39	6,1	12	1,9	13	2,0	7	1,1	3	0,5	28	4,4	0	0,0	2	0,3	5	0,8	0	0,0	6	0,9	290	45,1		
Pflege: Dekubitusprophylaxe	714	25	3,5	151	21,1	124	17,4	17	2,4	64	9,0	18	2,5	6	0,8	142	19,9	8	1,1	14	2,0	1	0,1	0	0,0	11	1,5	133	18,6		
Gesamt	16.428	406	2,5	4503	27,4	1.160	7,1	222	1,4	1255	7,6	246	1,5	186	1,1	1.313	8,0	55	0,3	66	0,4	132	0,8	15	0,1	209	1,3	6.660	40,5		

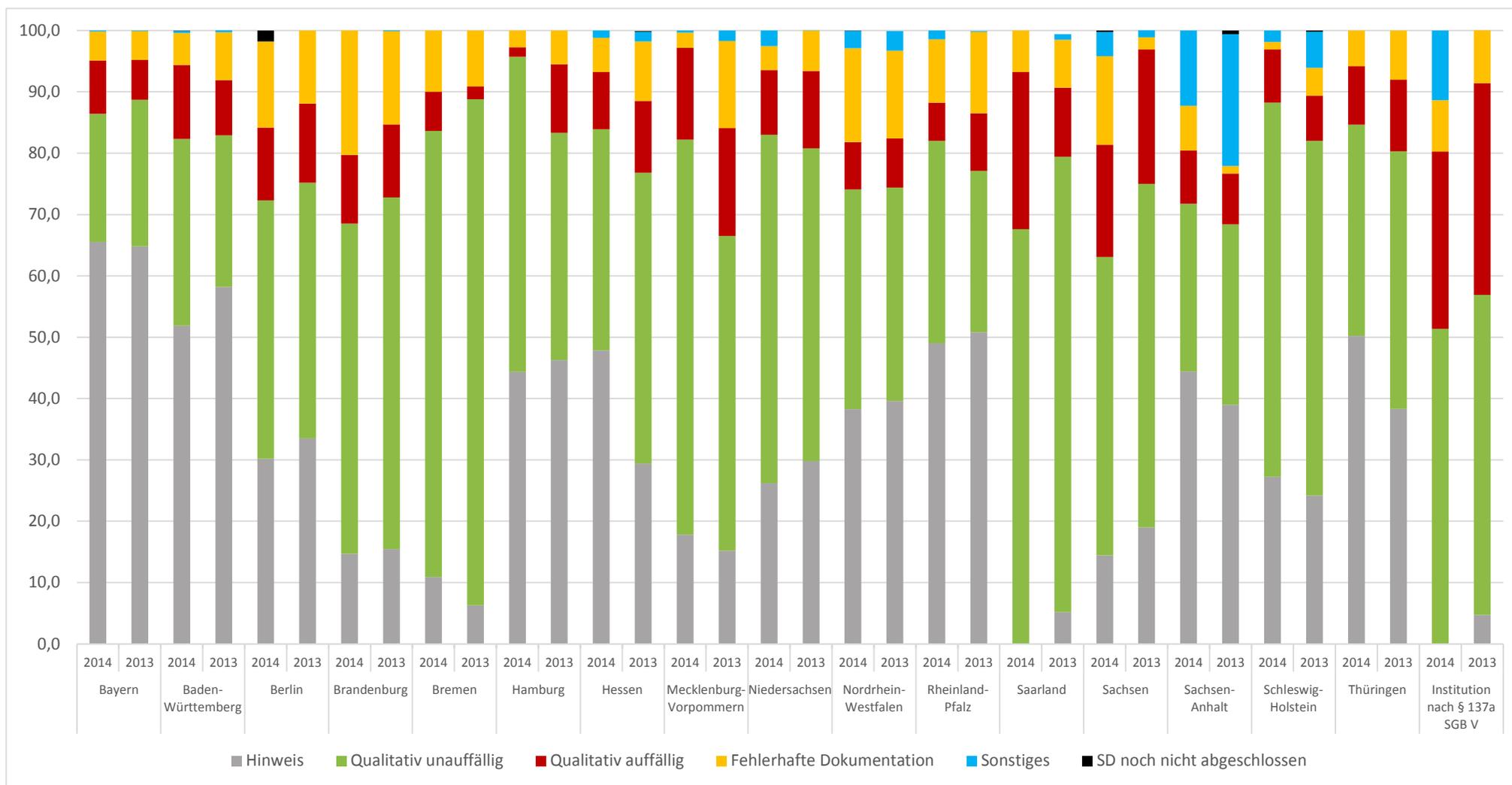


Abbildung 9: Hinweise und Ergebniseinstufungen der Stellungnahmen nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland (EJ 2014 und EJ 2013)

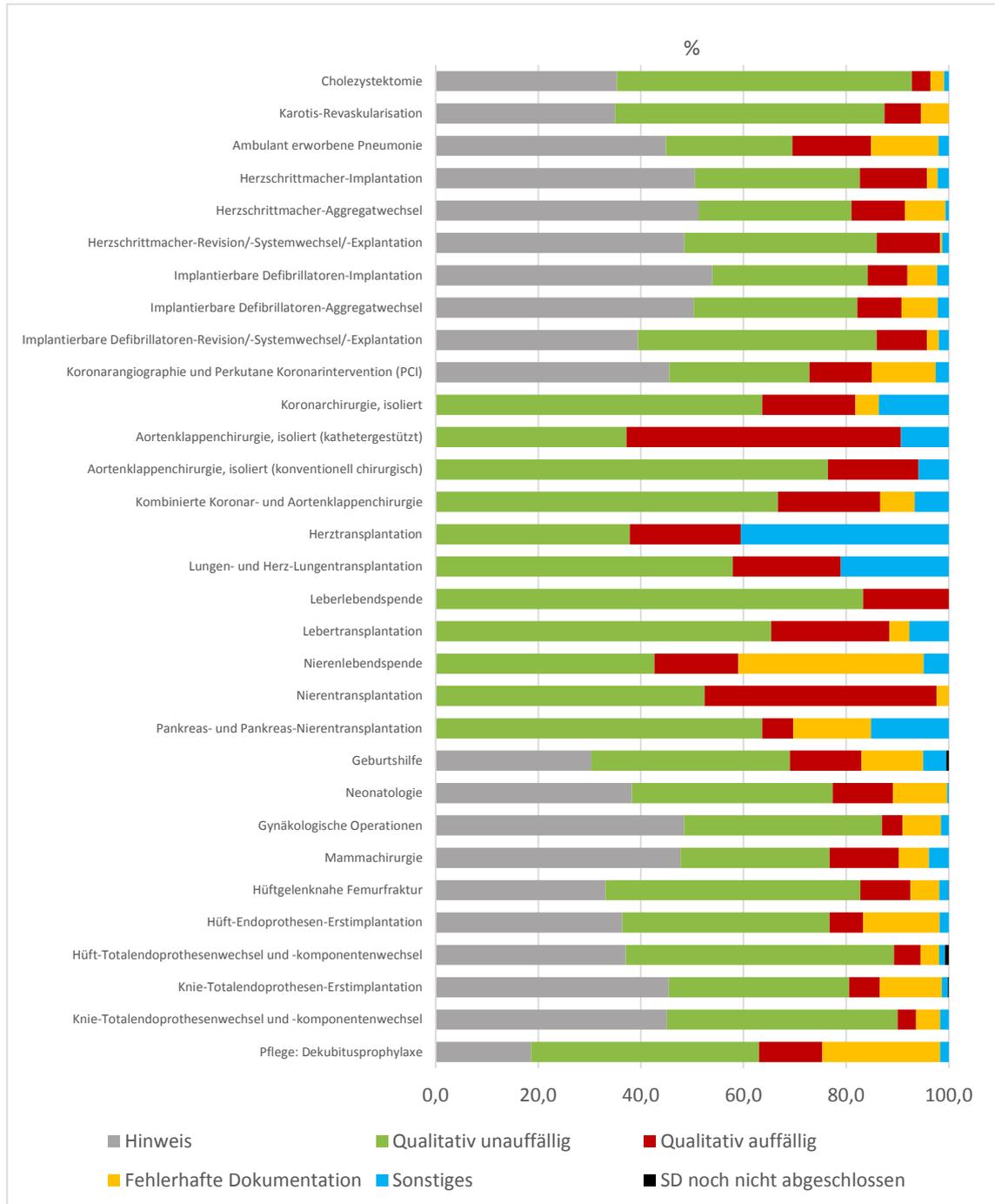


Abbildung 10: Verteilung der Ergebniseinstufungen pro QS-Verfahren für das Erfassungsjahr 2014

Tabelle 8: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit n	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			Hinweis				
		U31		U32		U33		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	%	n	%
Bayern	2.792	46	1,6	413	14,8	124	4,4	0	0,0	157	5,6	85	3,0	0	0,0	126	4,5	6	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,2	1.830	65,5
Baden-Württemberg	1.708	23	1,3	292	17,1	199	11,7	6	0,4	174	10,2	27	1,6	5	0,3	78	4,6	5	0,3	6	0,4	0	0,0	1	0,1	6	0,4	886	51,9
Berlin	563	22	3,9	215	38,2	0	0,0	0	0,0	50	8,9	16	2,8	1	0,2	64	11,4	11	2,0	4	0,7	0	0,0	10	1,8	0	0,0	170	30,2
Brandenburg	537	7	1,3	279	52,0	0	0,0	3	0,6	49	9,1	11	2,0	0	0,0	104	19,4	2	0,4	3	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	79	14,7
Bremen	110	10	9,1	60	54,5	8	7,3	2	1,8	3	2,7	3	2,7	1	0,9	11	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	10,9
Hamburg	257	6	2,3	94	36,6	0	0,0	32	12,5	0	0,0	2	0,8	2	0,8	7	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	114	44,4
Hessen	995	3	0,3	275	27,6	61	6,1	20	2,0	67	6,7	21	2,1	5	0,5	46	4,6	1	0,1	8	0,8	11	1,1	0	0,0	1	0,1	476	47,8
Mecklenburg-Vorpommern	320	0	0,0	133	41,6	57	17,8	16	5,0	27	8,4	0	0,0	21	6,6	0	0,0	3	0,9	5	1,6	0	0,0	0	0,0	1	0,3	57	17,8
Niedersachsen	1.664	48	2,9	642	38,6	240	14,4	15	0,9	161	9,7	5	0,3	10	0,6	65	3,9	0	0,0	0	0,0	42	2,5	0	0,0	0	0,0	436	26,2
Nordrhein-Westfalen	3.397	206	6,1	883	26,0	80	2,4	47	1,4	222	6,5	38	1,1	3	0,1	494	14,5	19	0,6	7	0,2	0	0,0	2	0,1	96	2,8	1.300	38,3
Rheinland-Pfalz	1.112	5	0,4	305	27,4	56	5,0	1	0,1	55	4,9	14	1,3	0	0,0	109	9,8	5	0,4	1	0,1	0	0,0	0	0,0	16	1,4	545	49,0
Saarland	207	0	0,0	116	56,0	24	11,6	0	0,0	49	23,7	2	1,0	2	1,0	14	6,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	837	9	1,1	284	33,9	97	11,6	17	2,0	120	14,3	16	1,9	17	2,0	106	12,7	1	0,1	14	1,7	0	0,0	2	0,2	33	3,9	121	14,5
Sachsen-Anhalt	644	9	1,4	120	18,6	42	6,5	5	0,8	38	5,9	3	0,5	15	2,3	31	4,8	1	0,2	15	2,3	75	11,6	0	0,0	4	0,6	286	44,4
Schleswig-Holstein	485	11	2,3	149	30,7	97	20,0	39	8,0	6	1,2	0	0,0	36	7,4	6	1,2	0	0,0	0	0,0	4	0,8	0	0,0	5	1,0	132	27,2
Thüringen	430	1	0,2	106	24,7	40	9,3	1	0,2	41	9,5	0	0,0	0	0,0	24	5,6	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	216	50,2
Institution nach § 137a SGB V	370	0	0,0	137	37,0	35	9,5	18	4,9	36	9,7	3	0,8	68	18,4	28	7,6	0	0,0	3	0,8	0	0,0	0	0,0	42	11,4	0	0,0
Gesamt	16.428	406	2,5	4.503	27,4	1.160	7,1	222	1,4	1.255	7,6	246	1,5	186	1,1	1.313	8,0	55	0,3	66	0,4	132	0,8	15	0,1	209	1,3	6.660	40,5

3.4 Begründungen zu den Bewertungskategorien

Die in den folgenden Kapiteln aufgeführten Anzahlen in den Bewertungskategorien beziehen sich immer auf die Grundgesamtheit von 16.428 rechnerischen Auffälligkeiten.

3.4.1 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 Erfassungsjahr 2012 zwei eigene Einstufungskategorien. Ein Hinweis kann versendet werden, wenn trotz rechnerischer Auffälligkeit keine Qualitätsdefizite vermutet werden und nicht davon auszugehen ist, dass eine Stellungnahme einen zusätzlichen Informationsgewinn liefert. Dies ist zum Beispiel gegeben, wenn es sich bei der rechnerischen Auffälligkeit um einen einzelnen Fall (Ein-Fall-Regel) handelt, der die rechnerische Abweichung bedingte. Diese Einstufungsoption kann aber auch angewendet werden, wenn das Krankenhaus bereits im Vorjahr mit einer zusätzlichen Maßnahme wie z. B. einem Kollegialen Gespräch oder einer Vor-Ort-Begehung im Strukturierten Dialog gewesen ist und im Rahmen der vereinbarten Ziele mittlerweile verbesserte Ergebnisse aufzuweisen hat. Wenn im Folgejahr eine rechnerische Auffälligkeit aufgetreten war, die nach Einschätzung der beauftragten Stelle jedoch nach abgeschlossenen Umsetzungsmaßnahmen behoben sein sollte, kann auch hier ein Hinweis versendet werden. Die Einrichtungen erhalten in den erwähnten Fällen ein Hinweis schreiben mit der Aufforderung, die rechnerische Auffälligkeit im Rahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements zu analysieren. Insgesamt wurde bei 5.815 rechnerischen Auffälligkeiten auf einen Hinweis dieser Art 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 845-mal diese Begründungskategorie gewählt. Nachstehend sind als Beispiele drei in diesem Jahr verwendete Begründungskommentare aufgeführt:

- Anwendung der Ein-Fall-Regel gemäß Empfehlung der PG Leitfaden.⁴
- Die rechnerische Auffälligkeit wurde bereits im Strukturierten Dialog eines anderen Indikators berücksichtigt.
- Für eine Kennzahl hat eine Arbeitsgruppe beschlossen, lediglich einen Hinweis zu versenden mit der Maßgabe, die statistischen Abweichungen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements zu bearbeiten.

Obwohl die Bewertungssystematik dies nicht vorsieht, erfolgte nach Versand eines Hinweises die Einstufung der rechnerischen Auffälligkeit in eine andere Kategorie (U, A oder S) als die dafür vorgesehenen H20 oder H99. Dies betraf 31 Indikatorergebnisse. Aufgrund dessen ist die Anzahl der gewählten Maßnahme „Hinweis“ nicht gleichzusetzen mit der Summe aus H20 und H99.

⁴ Projektgruppe Leitfaden, bestehend aus Mitgliedern der LQS und des AQUA-Instituts, die sich mit der Weiterentwicklung und Umsetzung der Maßnahmen des Strukturierten Dialogs beschäftigt hat.

3.4.2 Unauffällige Bewertungen und ihre Begründungen

U31: Besondere klinische Situation

Diese Begründung zur Einstufung wird in der Regel vergeben, wenn es sich um einen Standort bzw. ein Krankenhaus handelt, welches eine spezielle Behandlungsmethodik / ein spezielles Leistungsspektrum (z. B. Lungenfachklinik) anbietet, und dadurch eine besondere Patientenklientel vorhanden ist. Die Vergleichbarkeit mit anderen Leistungserbringern kann dadurch eingeschränkt sein. Insgesamt kam dies 406-mal für das Erfassungsjahr 2014 vor.

U32: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Diese Bewertungskategorie wird vergeben, wenn anhand der dargestellten anonymisierten Fälle aus den übermittelten Stellungnahmen und/oder Kollegialen Gesprächen von schicksalhaften Behandlungsverläufen auszugehen ist. Bundesweit wurde diese Einstufungsbegründung für 4.503 geprüfte rechnerische Auffälligkeiten für das Erfassungsjahr 2014 vergeben.

U33: Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)

Auf dieses Einstufungsergebnis wurde bundesweit 1.160-mal für das Erfassungsjahr 2014 zurückgegriffen. In diesen Fällen konnten die Auffälligkeiten in den Stellungnahmen gut begründet werden, vereinzelt waren Dokumentationsfehler aufgetreten.

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 der Situation angepassten Kommentar zu erläutern. Insgesamt wurde diese Einstufungsoption 220-mal für das Erfassungsjahr 2014 gewählt. Beispielhaft finden sich im Folgenden verschiedene Kommentare, die verwendet worden sind:

- Das Fachgremium weist darauf hin, dass Ihre Ergebnisse im kommenden Jahr noch einmal besonders überprüft werden.
- Der Qualitätsindikator zur Indikationsstellung berücksichtigt derzeit einen Wechsel der beweglichen Prothesenkomponenten (z. B. Inlay) bei Verdacht auf Frühinfekt ohne Keimnachweis nicht als Indikationskriterium.
- Deutliche Verbesserung zu den Vorjahren, Zielvereinbarungen zeigen Wirkung. Kontrolle im nächsten Jahr.
- Standortproblematik – entlassender Standort nicht Leistungserbringer.
- Eine Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung ist nur indiziert bei Schwangerschaften mit Prolongationsabsicht. In den vorliegenden Fällen war eine Antibiotikaphylaxe nicht angezeigt, somit wurde ein medizinisch korrektes Vorgehen nachgewiesen.
- Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität – Ergebnis bedingt durch schicksalhafte Einzelfälle sowie vereinzelte Fehleinschätzungen.
- Zwei Fälle haben zur rechnerischen Auffälligkeit bei einstelliger Fallzahl geführt.

3.4.3 Auffällige Bewertungen und ihre Begründungen

A41: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel

Diese Bewertungskategorie wird vergeben, wenn die Stellungnahme Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel erkennen lässt und/oder sie sich im Rahmen des Kollegialen Gesprächs oder der Vor-Ort-Begehung bestätigen. Für 1.255 Indikatorergebnisse wurde für das Erfassungsjahr 2014 ein qualitatives Defizit bestätigt.

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

Diese Bewertungskategorie kann vergeben werden, wenn keine oder eine unzureichende Stellungnahme bzw. Präzisierung abgegeben wird oder wenn die Stellungnahme nicht erkennen lässt, was die Ursache für die ermittelte rechnerische Auffälligkeit gewesen ist. Diese Bewertung wurde bundesweit 246-mal für das Erfassungsjahr 2014 vergeben.

A99: Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Passt die Ursache für die festgestellte Auffälligkeit des Indikatorergebnisses nicht in die vorstehenden zwei Begründungskategorien (A41 oder A42), dann kann unter A99 jede Art eines auffälligen Ergebnisses individuell begründet werden. Nachstehend sind einige Kommentare aufgeführt, die im Strukturierten Dialog für das Erfassungsjahr 2014 zu 86 Indikatorergebnissen verfasst worden sind:

- Unvollständige und invalide Dokumentation lässt auf Prozessmängel schließen.
- Begründete Einzelfälle, jedoch hohe Rate bei geringer Fallzahl.
- Gut begründete Einzelfälle, jedoch hohe Rate bei geringer Fallzahl.
- Sowohl Dokumentationsfehler als auch Mängel der Struktur- und Prozessqualität und begründete Einzelfälle haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht.
- Keine ausreichenden Nachsorgebemühungen.

3.4.4 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 1.313 Indikatorergebnisse angegeben.

D51: Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht

Es kann vorkommen, dass eingesetzte Softwareprogramme Probleme bezüglich 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 2014 wurde diese Einstufung für 55 Indikatorergebnisse vergeben.

D99: Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Individuelle Begründungen für Dokumentationsmängel können unter Anwendung der Begründung D99 beschrieben werden. Insgesamt 66 Indikatorergebnisse erhielten diese Begründung für das Erfassungsjahr 2014. Folgende Kommentare wurden z. B. angegeben:

- Aufgrund fehlender Risikostatistik konnte der Indikator nicht berechnet werden. Somit ist keine Aussage zur Versorgungsqualität möglich.
- Eine Gesamtbewertung zu diesem Qualitätsindikator ist nicht möglich, da durch gehäufte Kodierfehler auch Patienten ohne ambulant erworbene Pneumonie in der Grundgesamtheit enthalten sind.
- Leistung wurde nicht an diesem Standort erbracht.
- Dokumentation Flächendosisprodukt in Akte vorhanden, nicht in QS übertragen. Nach Strukturiertem Dialog kein Hinweis auf Mängel bei der fachlich gebotenen Qualität. Die rechnerische Abweichung wurde durch fehlerhafte QS-Dokumentation verursacht.
- Diskrepanz zwischen dem von der Klinik eingestuften Dekubitus-Grad und den vorliegenden Unterlagen.

Teilweise wurden Dokumentationsfehler allerdings auch den Kategorien H99, U99, A99 und S99 zugeordnet. Dies ist aus den jeweiligen Kommentaren zur Einstufung ersichtlich.

3.4.5 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 132 rechnerischen Auffälligkeiten für das Erfassungsjahr 2014. Folgende Gründe für den Verzicht auf Maßnahmen wurden z. B. angegeben:

- Keine Maßnahme mehr durchgeführt, da KH geschlossen.
- Aufgrund fraglicher Evidenz hat sich der hessische Fachausschuss gegen die Durchführung des Strukturierten Dialogs ausgesprochen; bundesweit wird der Indikator im folgenden Erfassungsjahr ausgesetzt.
- Abweichung durch einen Fall bedingt (Anwendung von § 10 Abs. 3 QSKH-RL).
- Der Strukturierte Dialog wurde zu einem anderen Indikator geführt. Die Bewertung erfolgt dort.

S91: Strukturierter 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 ein, wenn z. B. ein Termin für ein Kollegiales Gespräch oder für eine Vor-Ort-Begehung noch aussteht (nach dem 30. Oktober eines jeden Jahres) und somit die Ursache für das abweichende Indikatorergebnis erst nach Durchführung der zusätzlichen Maßnahme bewertet werden kann. Insgesamt wurde diese Einstufungskategorie 15-mal für das Erfassungsjahr 2014 vergeben.

S99: Sonstiges mit Kommentar

Wird ein rechnerisch auffälliges Indikatorergebnis aus anderen als den bereits zur Verfügung stehenden Gründen in die Kategorie „Sonstiges“ eingestuft, so wird die Bewertungskategorie S99 mit einem erläuternden Kommentar vergeben. Dies kam insgesamt 209-mal im Erfassungsjahr 2014 zur Anwendung. Folgende Kommentare wurden beispielsweise vergeben:

- Die Leistung wurde nicht in dem Standort erbracht. Die Ergebnisse des erbringenden Standortes sind unauffällig.
- Krankenhaus/Abteilung geschlossen.
- Die rechnerische Auffälligkeit wurde bereits im Vorjahr eingehend überprüft und das Indikatorergebnis wurde für das Erfassungsjahr 2014 als „qualitativ unauffällig“ bewertet.
- Die Arbeitsgruppe Gynäkologie/Geburtshilfe setzte den Strukturierten Dialog aus, da der Indikator nicht geeignet zu sein scheint, die Dokumentationsqualität zu hinterfragen.
- Neuaufbau des Herzkatheterlabors.
- Der Fall ist nicht abschließend beurteilbar.

3.5 Weiterführende Maßnahmen

Sobald die in der Stellungnahme geschilderten Umstände keine eindeutige Beurteilung der Situation bzw. der Behandlungsprozesse zulassen, können im Rahmen des Strukturierten Dialogs weiterführende Maßnahmen ergriffen werden. Neben der Einladung zu einem Kollegialen Gespräch mit den Fachexperten kann auch eine Vor-Ort-Begehung notwendig sein. Um erkannte Qualitätspotenziale zu nutzen und um Verbesserungen zu erreichen, ist eine schriftlich fixierte Zielvereinbarung mit dem beteiligten Krankenhaus zu treffen.

3.5.1 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 zu 60 Qualitätsindikatoren (als Auslösekriterium) in 28 Krankenhäusern Vor-Ort-Begehungen durchgeführt. Ein Großteil der Begehungen war für Indikatoren des QS-Verfahrens *Ambulant erworbene Pneumonie* zu verzeichnen (n = 20). Die Ergebnisse von weiteren 282 Qualitätsindikatoren boten einen Anlass für Kollegiale Gespräche. Daran waren Vertreter von bundesweit 118 Krankenhäusern/Standorten beteiligt. Die meisten Kollegialen Gespräche wurden im Bereich der Orthopädie/Unfallchirurgie (n = 106) und im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* geführt (n = 67). Die Anzahl an beteiligten Einrichtungen im Rahmen der weiterführenden Maßnahmen entspricht ungefähr der Anzahl des Vorjahres (n = 100).

3.5.2 Zielvereinbarungen und deren Nachverfolgung

Zu insgesamt 794 rechnerischen Auffälligkeiten bzw. Indikatorergebnissen des Erfassungsjahrs 2014 wurden Zielvereinbarungen verfasst. Zum Vergleich: Im Vorjahr wurden zu 610 Indikatorergebnissen Zielvereinbarungen geschlossen.

Die am häufigsten vereinbarten Ziele und Verbesserungsmaßnahmen, die zu den abweichenden Indikatorergebnissen verfasst worden sind, betrafen die Optimierung des Dokumentationswesens, Mitarbeiterschulungen zu diversen Themenbereichen (z. B. externe Qualitätssicherung, Bedienung technischer Apparaturen etc.), die Überarbeitung von Arbeitsanweisungen/Konzepten sowie die Förderung der interdisziplinären kollegialen Zusammenarbeit.

Die Nachweise zu den Zielvereinbarungen sind zumeist in schriftlicher Form z. B. als Workflow, Protokoll zu bestimmten Themenbereichen und/oder Konzepte an die jeweils zuständigen beauftragten Stellen zu übermitteln. Die eingereichten Unterlagen werden in der Regel erneut von den Vertretern der Arbeitsgruppen und Fachgruppen auf Bundesebene überprüft. Ebenso wird die Wirksamkeit der vereinbarten Maßnahmen über einen längeren Zeitraum anhand der Daten beobachtet. Sind eingeleitete Maßnahmen nicht Erfolg versprechend, so wird wiederholt geprüft, was verbessert werden kann, bis die Zielvorgabe erreicht ist. Dieser Prozess kann durchaus mehrere Monate andauern. Bei Nichteinhaltung von Zielvereinbarungen wird das zuständige Lenkungsgremium hinzugezogen.

3.5.3 Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens sind von den Krankenhäusern nicht nur die Ursachen zu benennen, die vermutlich für die rechnerische Auffälligkeit verantwortlich gewesen sind, sondern es wird in der Regel auch nach dem aktuellen Stand von bereits eingeleiteten Verbesserungsmaßnahmen oder nach geplanten Optimierungsschritten gefragt. Nicht alle Krankenhäuser gaben darüber Auskunft, aber es sind doch zahlreiche Einrichtungen gewesen, die Angaben zu diesen Punkten gemacht haben. Für die indirekten Verfahren wurden von den LQS unterschiedliche Kommentare an die Institution nach § 137a SGB V übermittelt. Die meisten Angaben waren vergleichbar mit denen der direkten Verfahren. Insbesondere wollten die Krankenhäuser eine Verbesserung der Dokumentations- und Kodierqualität erreichen. Die Durchführung von Einzelfallanalysen (z. B. M&M-Konferenzen) und internen Klinikgesprächen wurde ebenfalls als Verbesserungspotenzial angegeben. In wenigen Fällen wurden auch zu behebbende strukturelle Probleme benannt, wie beispielsweise die Verlegung von Patienten in eine andere Klinik oder die Schließung einer Abteilung. Ergänzend dazu wurden die meisten Einrichtungen seitens der beauftragten Stellen zu Maßnahmen aufgefordert oder es wurden Empfehlungen gegeben.

Die Institution nach § 137a SGB V hatte für die direkten Verfahren die Krankenhäuser auch nach nachweisbar eingeleiteten Verbesserungsmaßnahmen gefragt. So konnte bei Bedarf das betroffene Krankenhaus auch um anonymisierte Dokumente wie z. B. Protokolle zu M&M-Konferenzen oder Heart-Team-Sitzungen gebeten und somit ggf. auf eine Zielvereinbarung verzichtet werden.

Die meisten Angaben zu Verbesserungsmaßnahmen, die seitens der Krankenhäuser gemacht worden sind, bezogen sich auch hier auf die bereits ausgeführten Einzelfallanalysen (z. B. M&M-Konferenzen) und auf Teambesprechungen (interdisziplinäre Zusammenarbeit). Etliche gaben außerdem Mitarbeiterschulungen (im Bereich der Dokumentationen) an. Abbildung 11 zeigt die grobe Kategorisierung dieser Krankenhausangaben.

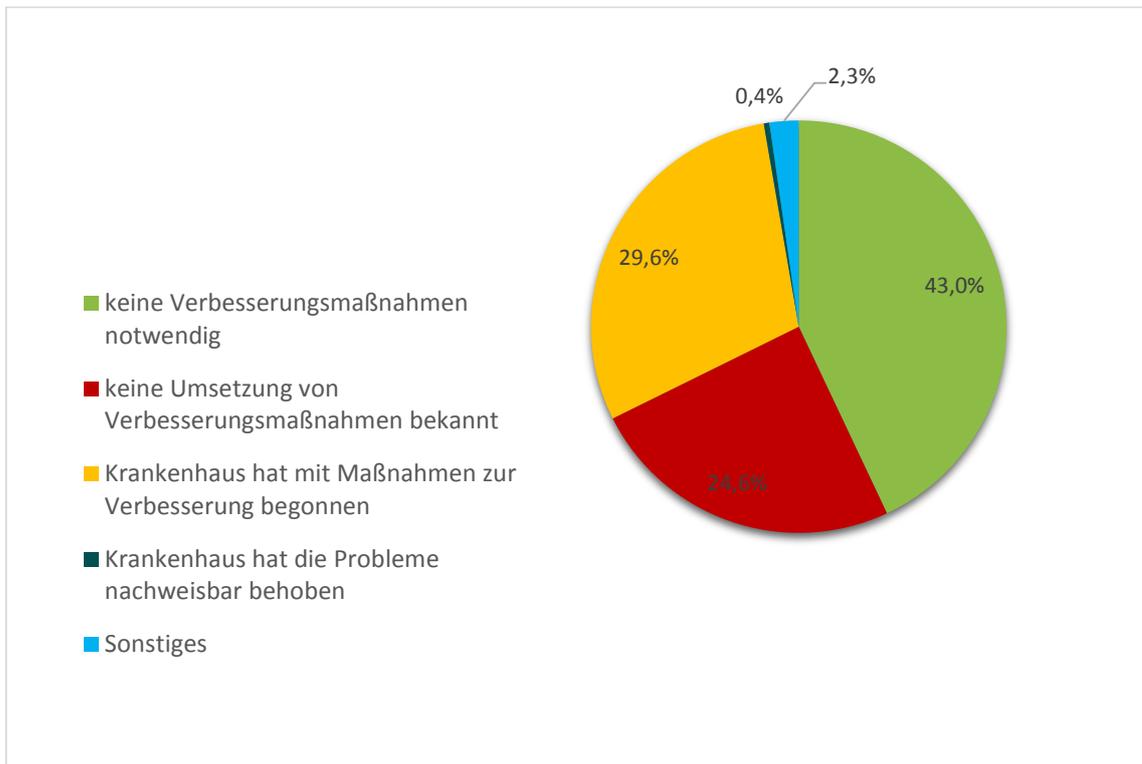


Abbildung 11: Von Krankenhäusern bekanntgegebene Verbesserungsmaßnahmen

4 Betrachtung der Ergebnisse

4.1 Ergebnisse nach QS-Verfahren, Empfehlungen der Bundesebene und Besonderheiten

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der geführten Strukturierten Dialoge näher betrachtet. Berücksichtigung finden u. a. die vor Beginn des Strukturierten Dialogs erteilten Empfehlungen der Fachgruppen auf Bundesebene an die Fachgruppen auf Landesebene. Solche Empfehlungen werden von den Fachgruppen auf Bundesebene ausgesprochen, wenn sich aus den Bundesauswertungen besondere Fragen ergeben. Aber auch andere verfahrensspezifische Besonderheiten, wie z. B. eine Abfrage zu speziellen Behandlungsabläufen, können thematisiert werden. Aus den Rückmeldungen und den weitergehenden Analysen von Ergebnissen können wertvolle Hinweise für die weitere Arbeit in der Fachgruppe auf Bundesebene gewonnen werden.

Es erfolgen auf QS-Verfahrensebene Ergebnisbetrachtungen. Anschließend sind die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2014 im Vergleich zum Vorjahr (Erfassungsjahr 2013) in Diagrammen dargestellt. Danach werden die bestehenden Landesspezifika dargelegt, abschließend folgen Empfehlungen der Fachgruppen auf Landesebene an den Gemeinsamen Bundesausschuss sowie das Institut nach § 137a SGB V.

4.1.1 Cholezystektomie (12/1)

Insgesamt wurden 860 rechnerische Auffälligkeiten im QS-Verfahren *Cholezystektomie* für das Erfassungsjahr 2014 festgestellt. Für 304 rechnerische Auffälligkeiten wurde jeweils ein Hinweis an die betroffene Einrichtung versendet und für 549 Indikatorergebnisse wurde der Strukturierte Dialog eröffnet. Nach Analyse der Stellungnahmen wurden 57,4 % (n = 494) rechnerische Auffälligkeiten als „qualitativ unauffällig“ bewertet. In 2,7 % (n = 23) der rechnerischen Auffälligkeiten wurde eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. In 3,6 % (n = 31) der rechnerischen Auffälligkeiten wurden qualitative Mängel festgestellt, die im Wesentlichen auf Struktur- und Prozessprobleme zurückzuführen waren. Zu 4 rechnerischen Auffälligkeiten wurde eine Besprechung, zu 3 eine Begehung vorgenommen und zu 3 eine Zielvereinbarung geschlossen.

Für die Sentinel-Event-Indikatoren „Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus“ (QI-ID 220) und „Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko“ (QI-ID 50824) wurde in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine Stellungnahme angefordert. Die von den Krankenhäusern eingereichten Stellungnahmen machten in den allermeisten Fällen deutlich, dass es sich um jeweils gut begründete Einzelfälle handelte.

8 Fälle mit „Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus“ wurden nach Überprüfung durch die Fachgruppen auf Landesebene als „qualitativ auffällig“ eingestuft; ihnen lagen Struktur- und Prozessmängel zugrunde. Besondere anatomische Gegebenheiten nach vorausgegangenen Entzündungen komplizierten in vielen dieser Fälle den Operationsablauf; in einem Haus war es aufgrund von Personalwechseln zu Schnittstellenproblemen gekommen. Das Haus

selbst hatte bereits weitreichende Maßnahmen ergriffen, um die erhöhte Komplikationsrate und Mortalität zu senken. Hierzu gehören: Standardisierung der OP-Durchführung, Komplikationsmanagement, Konversionsbedingungen, freiwillige Fortführung der Dokumentation des QS-Verfahrens *Cholezystektomie*, monatliche Besprechung der Fälle mit dem Medizinmanagement etc. Der Fachausschuss auf Landesebene wird die Ergebnisse erst wieder nach Einführung des neuen QS-Verfahrens *Cholezystektomie* beobachten können, ist aber zuversichtlich, dass die angekündigten und teilweise bereits umgesetzten Maßnahmen greifen werden. Ein qualitativ auffälliges Krankenhaus ist für ein Peer Review 2016 vorgesehen.

Nach Überprüfung durch die Fachgruppen auf Landesebene wurden 5 Fälle mit „Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko“ als „qualitativ auffällig“ eingestuft; diese Einstufungen waren in einem Teil der Fälle durch die mangelnde Kooperation der betroffenen Kliniken begründet. Die Sterblichkeit bei geringem Sterblichkeitsrisiko lag für das Erfassungsjahr 2014 unverändert zum Vorjahr bei 0,12 %.

Insgesamt wurde die Versorgungssituation seitens der Fachgruppen auf Landesebene als gut bezeichnet, es fanden sich im Strukturierten Dialog keine Hinweise auf gravierende qualitative Defizite. In einigen Fällen wurde Bedauern darüber geäußert, dass das QS-Verfahren *Cholezystektomie* ab dem Erfassungsjahr 2015 ausgesetzt wird. Dies erschwere nach Ansicht einer Fachgruppe die Aussage zur Qualität der Versorgung im Langzeitverlauf. Diese Fachgruppe wünscht neben der Fortführung der QS-Verfahren *Cholezystektomie* und *Karotis-Revaskularisation* zukünftig eine Einbeziehung der Hernienchirurgie und der kolorektalen Tumor Chirurgie in die Qualitätssicherung.

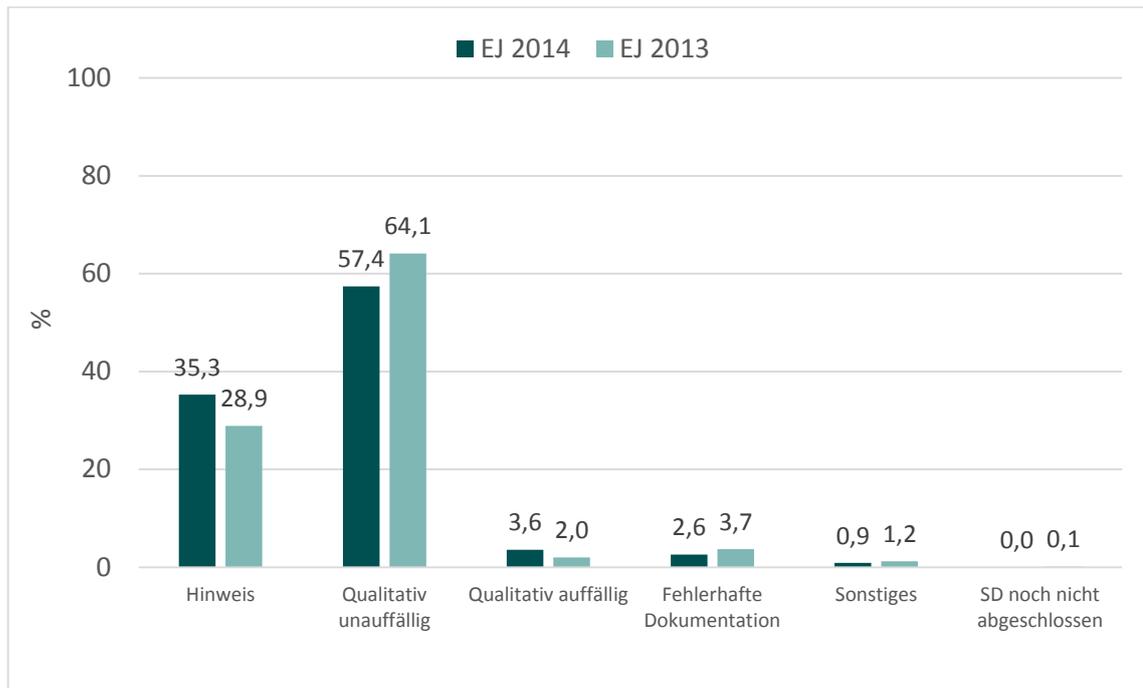


Abbildung 12: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (12/1) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

4.1.2 Karotis-Revaskularisation (10/2)

Für das EJ 2014 sind im QS-Verfahren *Karotis-Revaskularisation* insgesamt 223 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt worden. Im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2013 n = 245) ist ein leichter Abwärtstrend zu verzeichnen, sodass die Größenordnung dem Erfassungsjahr 2012 entspricht. Der Peak von n = 245 im EJ 2013 lässt sich am ehesten durch die damals modifizierten Referenzbereiche erklären. Das aktuelle Ergebnis spiegelt also die positive Tendenz nach Implementierung der enger gesteckten Referenzbereiche im klinischen Alltag wider. Erfreulich im Sinne guter Compliance der Leistungserbringer ist die deutliche Abnahme der Rate fehlerhafter Dokumentationen von 9,4 % auf 5,3 %.

In 35 % der Fälle (n = 78) wurden lediglich Hinweise an die entsprechenden Krankenhausstandorte versendet. Bei allen 145 weiteren rechnerischen Auffälligkeiten (65 %) wurde eine Stellungnahme eingefordert. Als weiterführende Maßnahmen im SD-Prozess waren im EJ 2014 3 Zielvereinbarungen und 2 Besprechungen zu verzeichnen, wobei diese sich vollständig auf den Bereich der kathetergestützten Karotis-Revaskularisationen konzentrierten. Anlässe für Vor-Ort-Begehungen ergaben sich nicht.

Im weiteren Vergleich der beiden Zugangswege „offen-chirurgisch“ und „kathetergestützt“ zeichnet sich schon bei der Betrachtung der absoluten Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten ein interessantes Bild ab. War das Verhältnis im Erfassungsvorjahr 2013 noch 116 (offen-chirurgisch) zu 129 (kathetergestützt), kehrt sich dieses Verhältnis im Folgejahr 2014 in 141 (offen-chirurgisch) zu 82 (kathetergestützt) um. Dieser doch recht deutliche Abfall der absoluten Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten bezogen auf den interventionellen Zugangsweg kann im

Sinne eines Erfahrungszuwachses („Learning Curve“) gedeutet werden – die kathetergestützten Karotis-Revaskularisationen sind erstmalig zum EJ 2012 im Qualitätssicherungsverfahren erfasst worden.

Allerdings konnte ein Großteil der Leistungserbringer auch im Erfassungsjahr 2014 die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten in den Stellungnahmen nachvollziehbar entkräften, sodass sich tatsächliche qualitative Mängel nur in 10 chirurgischen und 6 kathetergestützten Fällen ergaben. Diese insgesamt 16 final qualitativen Auffälligkeiten ergeben eine Quote von 7,1 % realer qualitativer Defizite an rechnerischen Auffälligkeiten. Dieses Ergebnis stellt eine weitere Verbesserung zum Vorjahr (7,8 %) dar und wird auch in der Resultatevaluation der Länder weiterhin als Ausdruck einer guten Versorgungsqualität gewertet.

Auf Ebene der Qualitätsindikatoren entfällt der Hauptanteil der rechnerischen Auffälligkeiten auf die offen-chirurgischen risikoadjustierten Komplikations-/Sterblichkeitsindikatoren QI-ID 11704⁵ (n = 98) und QI-ID 11724⁶ sowie auf den kathetergestützten Indikationsindikator QI-ID 51437⁷ (n = 35).

Die Fachgruppe auf Bundesebene konstatiert nach Bewertung der Ergebnisse ebenso eine gute Versorgungsqualität und stellt keinen erweiterten Handlungsbedarf fest. Allerdings wird die Fokussierung der Qualitätssicherung im Fach Gefäßchirurgie auf den recht überschaubaren Bereich der Karotis-Revaskularisationen kritisch hinterfragt. Die Fachgruppe auf Bundesebene spricht sich daher perspektivisch für eine Ausdehnung der gesetzlichen Qualitätssicherung in ihrem Fach aus und schlägt konkret vor, die medizinische Versorgung von Patienten mit Bauch-aortenaneurysmen genauer zu betrachten.

⁵ Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch

⁶ Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch

⁷ Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt

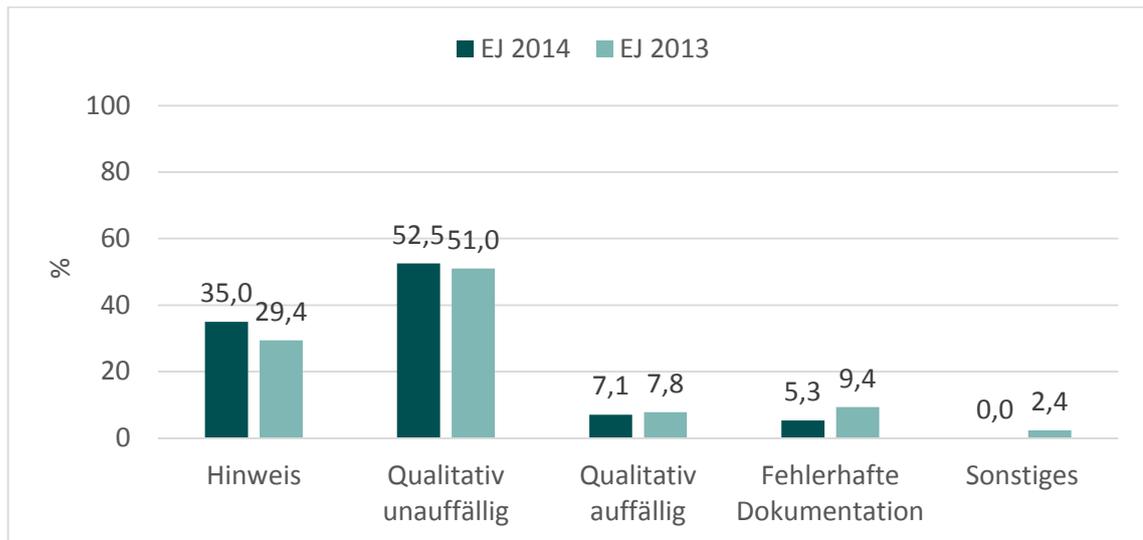


Abbildung 13: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (10/2) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

4.1.3 Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

Im Erfassungsjahr 2014 wurden im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* von 1.456 Einrichtungen insgesamt 259.138 QS-Datensätze geliefert.

Nach deren Auswertung wurden 2.788 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Im Vorjahr waren es noch 3.447, dies entspricht einer Reduktion um etwa 20 %. In etwa gleichem Maße sank auch die Zahl der qualitativ auffälligen Fälle von 520 im EJ 2013 auf 426 im EJ 2014.

Der Anteil der Indikatoren, die nach dem Strukturierten Dialog als „qualitativ auffällig“ bewertet wurden, an den im EJ 2014 festgestellten rechnerischen Auffälligkeiten war mit 15,3 % dem Anteil im EJ 2013 (15,1 %) in etwa gleich.

Der Anteil an Fällen von fehlerhafter Dokumentation, welche eine Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten nicht zuließ, ist mit 13,1 % (10,6 % in 2013) etwas angestiegen.

Bundesweit führten 178 Indikatorergebnisse zum Abschluss von Zielvereinbarungen, in 38 Fällen wurden Kollegiale Gespräche durchgeführt. Mit 20 Fällen wurde das Instrument der Vor-Ort-Begehungen gegenüber 2013 deutlich stärker genutzt (EJ 2013 n = 3).

Von den insgesamt 426 als „qualitativ auffällig“ bewerteten rechnerischen Auffälligkeiten gehen 2014 knapp 89 % (n = 335) auf 4 Indikatoren zurück:

- QI-ID 50722: „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ (n = 163)
- QI-ID 2028: „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ (n = 102)
- QI-ID 2009: „Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)“ (n = 37)
- QI-ID 2005: „Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme“ (n = 33)

Insgesamt ist aber bei allen genannten Indikatoren anhand der Ergebnisse eine Verbesserung gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen. Bei zwei Indikatoren (QI-ID 50722 und QI-ID 2028), die auch den größten Anteil an den rechnerischen wie auch an den qualitativen Auffälligkeiten haben, sind die LQS besonders aktiv:

QI-ID 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

Der festgelegte Zielbereich von $\geq 98\%$ an Patienten, bei denen eine Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme durchgeführt wurde, konnte in 2014 nicht erreicht werden. Da ein Zielbereich von $\geq 98\%$ auch von vielen Fachgremien als unrealistisch für den klinischen Alltag angesehen wurde, wurde der Zielbereich in Übereinstimmung mit der Empfehlung der Fachgruppe auf Bundesebene auf 95% herabgesetzt. Grundsätzlich wird der Indikator mit der QI-ID 50722 „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ samt Referenzbereich kritisch diskutiert. Nach Aussage einiger Landesgeschäftsstellen erhielten Krankenhäuser für die Ergebnisse in diesem Indikator hauptsächlich deshalb die Bewertung „qualitativ auffällig“, da es immer noch kein flächendeckender Standard sei, die Atemfrequenz bei der Aufnahme zu messen. Auch werde die Relevanz des Indikators unterschätzt oder es fehle an geeigneten Verfahrensabläufen, auch hinsichtlich der korrekten QS-Dokumentation. In einigen Häusern seien des Weiteren strukturelle Veränderungen, personelle Engpässe und häufige Personalwechsel ein Problem. Diese genannten Gründe entsprechen den Begründungen aus den Strukturierten Dialogen vorangegangener Jahre. Im Gegensatz dazu stellen andere Fachgruppen auf Landesebene positiv heraus, dass viele Krankenhäuser die Messung der Atemfrequenz mittlerweile – auch durch die Anstöße der externen Qualitätssicherung – in ihr Routineaufnahmeverfahren integriert hätten.

QI-ID 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

In Häusern, die im Indikator QI-ID 2028 „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ mit „qualitativ auffällig“ bewertet wurden, ist die routinemäßige Messung dieser Parameter über die Abteilungsgrenzen hinweg nicht immer sichergestellt. Eine Fachgruppe auf Landesebene stellt dar, dass insbesondere die fehlende Messung der Atemfrequenz zur Auffälligkeit führe. Kliniken würden hierzu ärztliches und pflegerisches Personal schulen. Von mehreren Ländern wird berichtet, dass hinsichtlich dieses Qualitätsindikators Zielvereinbarungen mit Krankenhäusern geschlossen wurden.

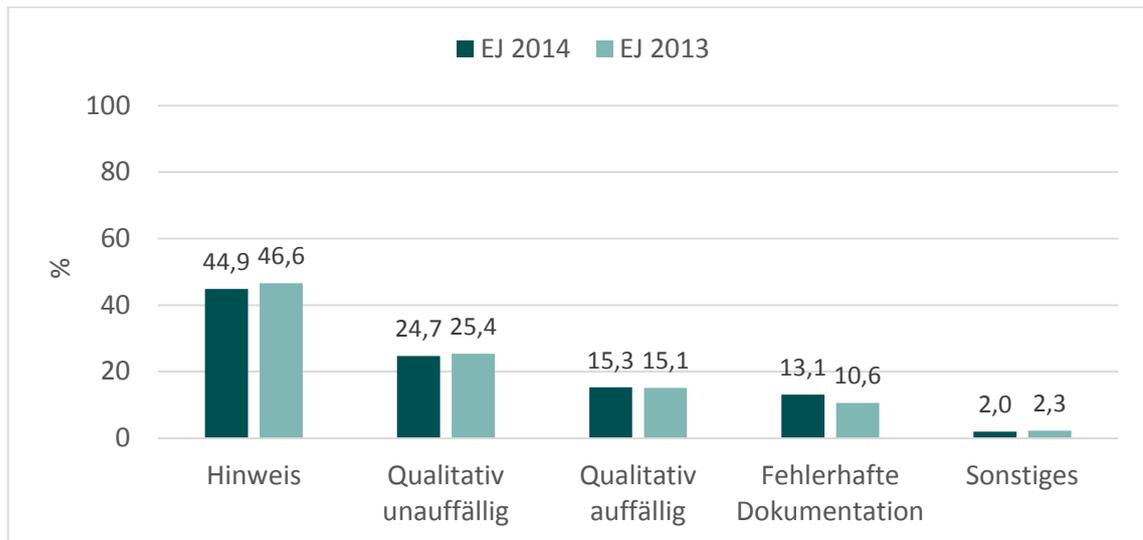


Abbildung 14: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (PNEU) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

4.1.4 Herzschrittmacher-Implantation, -Aggregatwechsel, -Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/1 bis 09/3)

Für das Erfassungsjahr 2014 waren im Bereich Herzschrittmacherversorgung insgesamt 1.929 rechnerische Auffälligkeiten zu bearbeiten. Dies sind nochmals weniger als im vorhergehenden Jahr (EJ 2013 n = 2.165; EJ 2012 n = 2.411). Hinweise wurden zu 50,3 % der rechnerischen Auffälligkeiten versendet. Etwa ein Drittel der rechnerischen Auffälligkeiten wurde nach Abschluss der Strukturierten Dialoge als „qualitativ unauffällig“ und 12,2 % als „qualitativ auffällig“ bewertet; der Anteil qualitativer Auffälligkeiten an den rechnerischen Auffälligkeiten hat sich somit im Vergleich zum Vorjahr leicht erhöht (EJ 2013 = 11,0 %). Der Anteil rechnerischer Auffälligkeiten, der wegen fehlerhafter Dokumentation nicht bewertbar war, hat sich dagegen kaum verändert (EJ 2014 = 3,5 %; EJ 2013 = 3,7 %). Mit einigen Krankenhausstandorten wurden zudem weiterführende Maßnahmen umgesetzt: Dabei wurden 33 Kollegiale Gespräche geführt, 14 Vor-Ort-Begehungen vorgenommen sowie 102 Zielvereinbarungen geschlossen – dies sind deutlich mehr Maßnahmen, als sie noch im Strukturierten Dialog 2014 zum Erfassungsjahr 2013 durchgeführt wurden (11 Besprechungen, keine Begehung und 46 Zielvereinbarungen).

Die umfangreichste Änderung bei den Rechenregeln der Qualitätsindikatoren, die für die Auswertung der Daten zum Erfassungsjahr 2014 im Bereich Herzschrittmacherversorgung vorgenommen wurde, betraf die Indikatoren zur intraoperativen Reizschwellen- und Amplitudenbestimmung: Anstelle der bislang 12 einzelnen Indikatoren wurden nun zwei Qualitätsindizes eingeführt. Dass die Anzahl an weiterführenden Maßnahmen bezüglich der Indikatoren zur Reizschwellen- und Amplitudenbestimmung von 4 auf 28 gestiegen ist, spricht dafür, dass der Strukturierte Dialog durch diese Umstrukturierung nun deutlich fokussierter erfolgen kann.

Herzschrittmacher-Implantation

Qualitativ auffällige Ergebnisse fanden sich vor allem in den Bereichen „Eingriffsdauer“ (QI-ID 52128) und Perioperative Komplikationen (QI-ID 1103 „Chirurgische Komplikationen“ und QI-ID 52311 „Sondendislokation oder -dysfunktion“). Für die Indikatoren zur Durchleuchtungszeit wurde der Referenzbereich im Erfassungsjahr 2014 ausgesetzt, da die Strahlenexposition des Patienten zukünftig über das Dosis-Flächen-Produkt bewertet wird.

Eine (zu) lange Eingriffsdauer kann ein Hinweis auf prozedurale Probleme der Schrittmacher-Implantation sein. Im Falle der als „qualitativ auffällig“ bewerteten Ergebnisse bestätigten sich entsprechende Vermutungen. Dies führte in einigen Fällen zu Kollegialen Gesprächen und/oder zu konkreten Zielvereinbarungen mit den betroffenen Standorten; zudem fand auch eine Vor-Ort-Begehung statt. Sondendislokationen oder -dysfunktionen und chirurgische Komplikationen (z. B. Taschenhämatome oder Wundinfektionen) sind – in der Regel vermeidbare – prozedurale Probleme bei der Implantation von Herzschrittmachern und Defibrillatoren. Sie stellen eine erhebliche zusätzliche Belastung der betroffenen Patienten dar. Auch in diesem Bereich wurden 17 Kollegiale Gespräche geführt, 5 Vor-Ort-Begehungen durchgeführt und 51 Zielvereinbarungen geschlossen.

Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Qualitative Auffälligkeiten bei Aggregatwechseln wurden neben dem Indikator „Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (QI-ID 52307), in den u. a. Messungen während Aggregatwechsel eingehen, für den Indikator „Dokumentation der Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats“ (QI-ID 11484)⁸ und für den Indikator „Eingriffsdauer bis 45 Minuten“ (QI-ID 210) ermittelt. Von den 36 im Rahmen des Strukturierten Dialogs untersuchten Todesfällen nach einem Aggregataustausch führte dagegen keiner zu einer qualitativen Auffälligkeit; das Versterben dieser Patienten war beispielsweise auf ein hohes Alter und multiple Vorerkrankungen zurückzuführen, stand jedoch in keinem kausalen Zusammenhang zu dem Eingriff.

Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Ein bekanntes Problemfeld in diesem Auswertungsmodul sind prozedurbedingte Komplikationen der Aggregattasche (z. B. Taschenhämatome) oder der Sonden (z. B. Dislokationen) eines Herzschrittmachersystems, die ab dem Erfassungsjahr 2013 durch den Indikator „Prozedurassoziertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff“ (QI-ID 51988) erfasst werden. Für diesen Indikator werden alle prozedurbedingten Komplikationen berücksichtigt, die innerhalb eines Jahres nach dem mutmaßlich verursachenden Eingriff auftreten und einen Folgeeingriff erforderlich machen. Bei den meisten prozedurassozierten Problemen handelte es sich um Sondendislokationen.

⁸ Zu dokumentieren ist das Jahr der Implantation des ausgetauschten Aggregats. Derzeit wird anhand des erst zum Zeitpunkt des Wechsels dokumentierten Implantationsjahrs die Laufzeit des alten Schrittmacheraggregats berechnet. Mit der Einführung des stationären Follow-up für Herzschrittmacher ab dem Erfassungsjahr 2015 wird es möglich, Aggregatlaufzeiten als Zeitdifferenz zwischen (stationären) Eingriffen zu bestimmen. Eine Erfassung des Implantationsjahres im Rahmen der Falldokumentation wird dann nicht mehr erforderlich sein.

Wegen der relativ hohen Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten (n = 179) sah die Fachgruppe auf Bundesebene – wie bereits im Vorjahr – für diesen Indikator besonderen Handlungsbedarf. Es wurden zu diesem Indikator insgesamt 117 Stellungnahmen angefordert, nach Überprüfung ergaben sich 47 qualitativ auffällige Indikatorergebnisse (26,3 %). Es fanden 6 Besprechungen und 2 Begehungen statt; für 20 Indikatorergebnisse wurden Zielvereinbarungen geschlossen. Die Anzahl an rechnerischen und qualitativen Auffälligkeiten verbleibt somit auf dem Niveau des Vorjahres; allerdings wurden vermehrt weiterführende Maßnahmen durchgeführt. Als mögliche Ursachen prozedurbedingter Komplikationen werden seitens der Landesgeschäftsstellen z. B. eine mangelnde Eingriffsroutine (aufgrund einer geringen Fallzahl pro Operateur oder wegen Personalwechsel) und Anpassungsprobleme, weil Materialien vieler verschiedener Anbieter verwendet wurden, genannt. Themen der Kollegialen Gespräche waren beispielsweise die Auswahl der geeigneten Sonden, die Wahl der optimalen Punktionsstelle, das Handling mit den Sonden und die Antibiotikaphylaxe. Einer Einrichtung wurde zudem empfohlen, das von der Arbeitsgruppe Kardiologie Nordrhein-Westfalen auf Grundlage der Erfahrungen aus dem Strukturierten Dialog entwickelte, webbasierte Fortbildungsangebot zur Herzschrittmacher- und Defibrillatorversorgung zu nutzen.

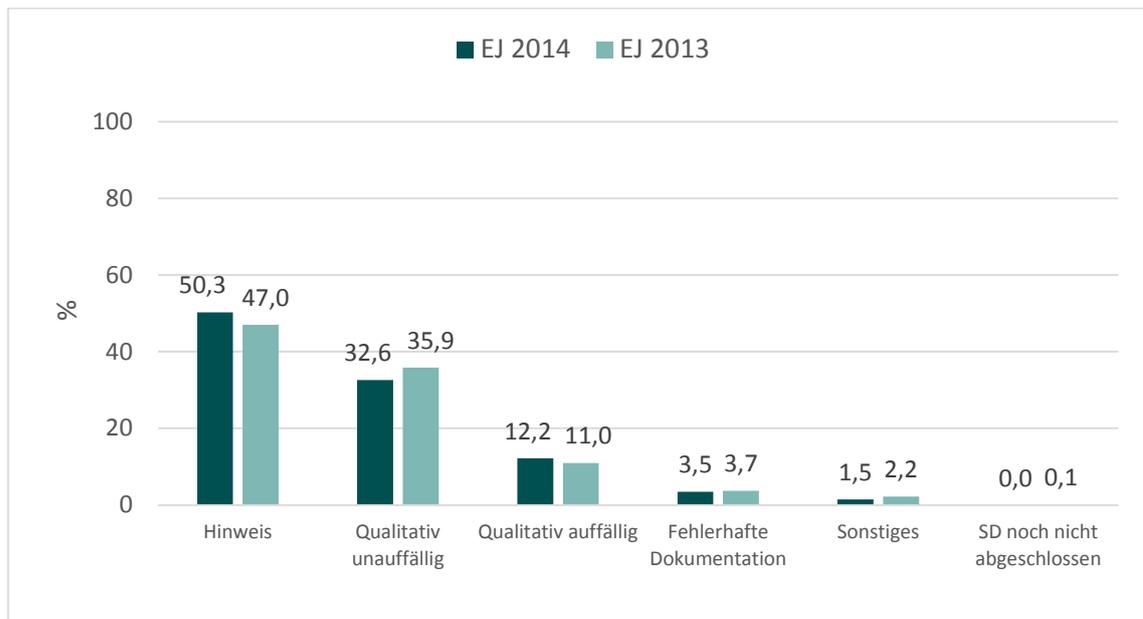


Abbildung 15: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (9/1 bis 9/3) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

4.1.5 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation, – Aggregatwechsel, – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/4 bis 09/6)

Für das Erfassungsjahr 2014 waren in den QS-Verfahren zur Defibrillatortherapie insgesamt 1.148 rechnerische Auffälligkeiten zu bearbeiten. Die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten verblieb somit auf dem Niveau des Vorjahres (EJ 2013 n = 1.149). Hinweise wurden zu 48,9 % der rechnerischen Auffälligkeiten versendet. Etwa ein Drittel der rechnerischen Auffälligkeiten wurde nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als „qualitativ unauffällig“ und 8,5 % als „qualitativ

auffällig“ bewertet; der Anteil qualitativer Auffälligkeiten an den rechnerischen Auffälligkeiten hat sich somit im Vergleich zum Vorjahr leicht verringert (EJ 2013 = 9,5 %). Der Anteil rechnerischer Auffälligkeiten, die wegen fehlerhafter Dokumentation nicht bewertbar waren, hat sich dagegen nicht verändert (EJ 2014 = 4,9 %; EJ 2013 = 4,9 %). Mit einigen Krankenhausstandorten wurden zudem weiterführende Maßnahmen umgesetzt: Dabei wurden 7 Kollegiale Gespräche geführt, 3 Vor-Ort-Begehungen vorgenommen sowie 59 Zielvereinbarungen geschlossen – dies sind zwar etwas mehr Maßnahmen als noch im Vorjahr (EJ 2013: 8 Besprechungen, keine Begehung und 29 Zielvereinbarungen), aber deutlich weniger, als im Bereich Herzschrittmacherversorgung durchgeführt wurden.

Die umfangreichste Änderung bei den Rechenregeln der Qualitätsindikatoren, die für die Auswertung der Daten zum Erfassungsjahr 2014 in den QS-Verfahren zur Defibrillatortherapie vorgenommen wurde, betraf die Indikatoren zur intraoperativen Reizschwellen- und Amplitudenbestimmung: Anstelle der bislang 10 einzelnen Indikatoren wurden nun zwei Qualitätsindizes eingeführt. Dass im Rahmen des Strukturierten Dialogs 2015 zum Erfassungsjahr 2014 bezüglich der Indikatoren zur Reizschwellen- und Amplitudenbestimmung 13 Zielvereinbarungen abgeschlossen wurden, während im Vorjahr keine weiterführenden Maßnahmen ergriffen wurden, spricht dafür, dass der Strukturierte Dialog durch diese Umstrukturierung nun deutlich fokussierter erfolgen kann.

Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

Schwerpunkte der im Strukturierten Dialog ermittelten qualitativen Auffälligkeiten waren die leitlinienkonforme Indikationsstellung zur Implantation eines Defibrillators, die leitlinienkonforme Wahl des Defibrillatorsystems sowie die Eingriffsdauer bei der Implantation.

Der Indikator zur leitlinienkonformen Indikation (QI-ID 50004) wurde durch die Fachgruppe auf Bundesebene – wie bereits im Vorjahr – aufgrund einer hohen Zahl rechnerisch auffälliger Einrichtungen und bestehendem Überarbeitungsbedarf der verfügbaren Leitlinien als Indikator mit besonderem Handlungsbedarf eingestuft. Mittlerweile wurden jedoch neue ESC-Leitlinien zum Management ventrikulärer Arrhythmien veröffentlicht;⁹ eine Anpassung der Rechenregeln an diese Leitlinien wird nach Aktualisierung der Spezifikation voraussichtlich für die Auswertung zum Erfassungsjahr 2017 erfolgen. Die Fachgruppe auf Bundesebene hatte empfohlen, Unklarheiten aufgrund der aktuellen Leitliniensituation nicht zulasten der Einrichtungen zu werten. Letztlich wurden 12 Indikatorergebnisse als „qualitativ auffällig“ eingestuft (EJ 2013 = 22); 17 Ergebnisse davon boten einen Anlass für Zielvereinbarungen und mit 2 Einrichtungen wurde ein Kollegiales Gespräch geführt. Somit ergaben sich weniger qualitative Auffälligkeiten als im Vorjahr, es wurden jedoch häufiger Zielvereinbarungen geschlossen.

Einige Fachgruppen auf Landesebene berichten, dass aufgrund der komplexen Rechenregeln der Indikatoren zur leitlinienkonformen Indikation und Systemwahl häufig Dokumentationsfehler zu

⁹ Priori SG, Blomström-Lundqvist C, Mazzanti A, Blom N, Borggrefe M, Camm J, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. Eur Heart J 2015; 36(41): 2793–2867.

rechnerisch auffälligen Ergebnissen führen. 16 Standorte erhielten deshalb beim Indikator „Leitlinienkonforme Indikation“ (QI-ID 50004) die Einstufung „Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation“; 13 Standorte betraf dies beim Indikator „Leitlinienkonforme Systemwahl“ (QI-ID 50005). Die Dokumentationsqualität konnte in einem Bundesland jedoch verbessert werden, nachdem im vergangenen Jahr in Zusammenarbeit mit den betroffenen Einrichtungen eine detaillierte Auflistung der am häufigsten aufgetretenen Fehlkodierungen erarbeitet wurde.

Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel

Qualitative Auffälligkeiten bei Aggregatwechseln wurden überwiegend für den Indikator „Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (QI-ID 52321), in den u. a. Messungen während Aggregatwechsel eingehen, ermittelt. Von den zehn im Rahmen des Strukturierten Dialogs untersuchten Todesfällen nach einem Aggregataustausch führte keiner zu einer qualitativen Auffälligkeit; das Versterben dieser Patienten war nicht auf den Eingriff, sondern auf die Schwere der Grunderkrankung zurückzuführen.

Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

Wie auch in der Herzschrittmachertherapie bestehen hier in erster Linie Qualitätsdefizite bezüglich prozedurbedingter Komplikationen der Aggregattasche (z. B. Taschenhämatome) oder der Sonden (z. B. Dislokationen) eines Defibrillatorsystems, die ab dem Erfassungsjahr 2013 durch den Indikator „Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff“ (QI-ID 52001) erfasst werden. Für diesen Indikator werden alle prozedurbedingten Komplikationen berücksichtigt, die innerhalb eines Jahres nach dem mutmaßlich verursachenden Eingriff auftreten und einen Folgeeingriff erforderlich machen. Bei den meisten prozedurassoziierten Problemen handelte es sich um Sondendislokationen.

Wegen der relativ hohen Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten ($n = 173$) sah die Fachgruppe auf Bundesebene – wie bereits im Vorjahr – für diesen Indikator einen besonderen Handlungsbedarf. Es wurden zu diesem Indikator insgesamt 115 Stellungnahmen angefordert, nach Überprüfung ergaben sich 31 qualitativ auffällige Indikatorergebnisse (17,9 %). Es fanden zwei Besprechungen und eine Begehung statt; für 12 Indikatorergebnisse wurden Zielvereinbarungen geschlossen. Somit stieg sowohl der Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen als auch die Anzahl weiterführender Maßnahmen im Vergleich zum Vorjahr an. Als mögliche Ursachen prozedurbedingter Komplikationen werden seitens der Landesgeschäftsstellen z. B. ein geringes Implantationsvolumen oder strukturelle Probleme aufgrund von Personalwechsel genannt. Mit einer auffälligen Einrichtung wurden in einem Kollegialen Gespräch beispielsweise folgende Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität besprochen: Abschluss der Eingriffe mittels des Vier-Augen-Prinzips, Analyse der Ursachen jeder Revision im Fallreview und engmaschige Verlaufskontrollen (nach sechs und neun Monaten), um frühzeitige Aussagen über die Ergebnisse der getroffenen Maßnahmen zu ermöglichen.

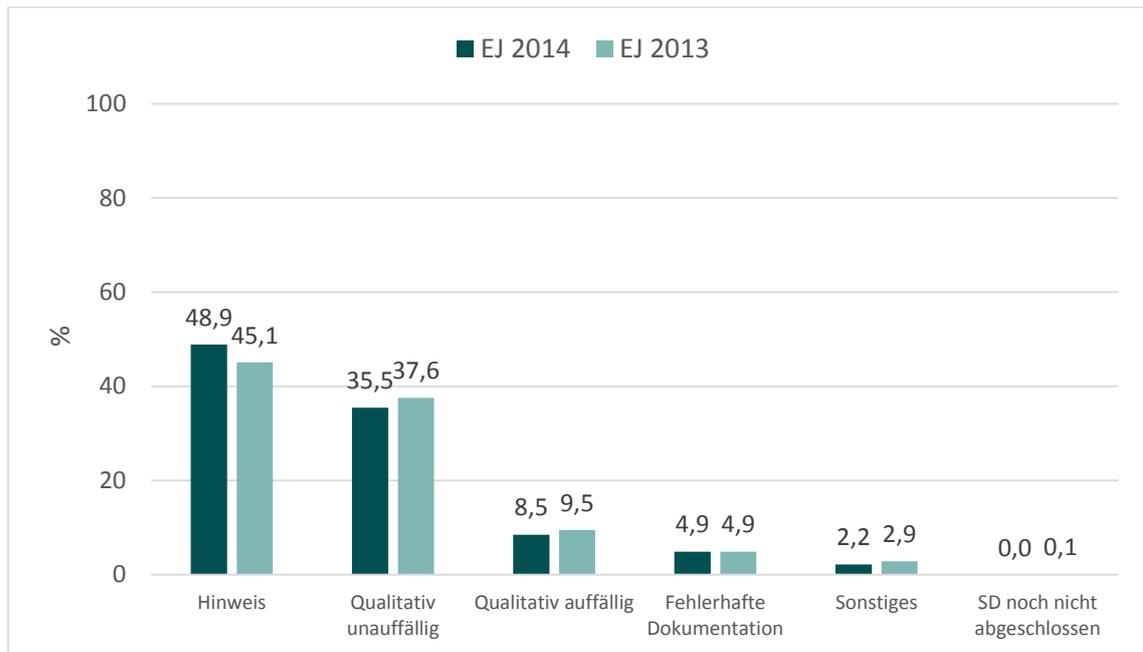


Abbildung 16: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (9/4 bis 9/6) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

4.1.6 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) (21/3)

Im QS-Verfahren *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)* wurden die Bundesergebnisse des Erfassungsjahres 2014 von der Fachgruppe auf Bundesebene als gute Versorgungsqualität bewertet. Für keinen Indikator wurde ein besonderer Handlungsbedarf festgestellt. Die Erkennung und Umsetzung von Verbesserungspotenzialen in einzelnen Krankenhäusern sollte damit vor allem durch den Strukturierten Dialog gefördert werden.

Bundesweit wurden für das Erfassungsjahr 2014 insgesamt 854 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Für 459 (53,7 %) rechnerische Auffälligkeiten wurden Stellungnahmen der Krankenhäuser erbeten. In 389 Fällen (45,6 %) wurden Hinweise an die verantwortlichen Krankenhäuser versandt. Bei 6 Fällen wurde auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog verzichtet.

Bei der Auswertung der Stellungnahmen durch die jeweiligen Fachgruppen auf Landesebene konnten 106 rechnerische Auffälligkeiten wegen fehlerhafter Dokumentationen nicht bewertet werden. In etwa einem Fünftel der Fälle (22) waren Softwareprobleme hierfür verantwortlich.

Anlass für ein Kollegiales Gespräch waren 6 rechnerische Auffälligkeiten. Eine rechnerische Auffälligkeit führte zu einer Vor-Ort-Begehung der verantwortlichen Einrichtung. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden zu 65 Indikatorergebnissen Zielvereinbarungen geschlossen.

Letztlich wurden 12,3 % (n = 104) der rechnerischen Auffälligkeiten als „qualitativ auffällig“ eingestuft. Die Anzahl der qualitativen Auffälligkeiten ist damit gegenüber dem Vorjahr als absolute Fallzahl erfreulicherweise um etwa ein Fünftel gesunken. Da die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten in 2014 insgesamt gesunken ist, blieb der prozentuale Anteil der qualitativ auffälligen Fälle in etwa gleich.

Auch 2014 wiesen die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung auf die Problematik des Strukturierten Dialogs bei Verbringungsleistungen hin. Hier werden Einrichtungen rechnerisch auffällig, die für Leistungen nicht selbst verantwortlich waren, sondern diese als Verbringungsleistungen dokumentiert hatten. Die relativ niedrigen Fallzahlen in diesen Fällen führen häufig zu rechnerischen Auffälligkeiten. In den Strukturierten Dialogen sei es dann oft kaum möglich, die für eine Fallbeurteilung notwendigen Detailinformationen zu erhalten, da diese dem verbringenden Krankenhaus nicht vorlägen. Auch lief die Suche nach Struktur- und Prozessmängeln ins Leere, da diese nicht die verbringende Einrichtung betreffen.

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten (128 Einrichtungen) fanden sich im Indikator QI-ID 12773 „Fehlende Dokumentation des Flächendosisprodukts“, da dies der einzige Indikator dieses QS-Verfahrens mit einem Referenzwert am 90. Perzentil ist. Zwar fanden sich bundesweit nur in 0,6 % (n = 4.760) der stationären (koronaren) Herzkatheteruntersuchungen keine Angaben zum Dosis-Flächen-Produkt. Da aber die Strahlenschutzverordnung vorschreibt, dass für jeden Patienten die applizierte Strahlendosis zu dokumentieren ist, hatte die Fachgruppe auf Bundesebene hier einen strengeren Referenzbereich gesetzt. Rechnerisch auffällig wurden damit alle Einrichtungen mit einer Rate fehlender Dokumentation des Dosis-Flächen-Produkts über 1,7 %. Für diesen Indikator wurden in 2014 die meisten Zielvereinbarungen (n = 14) geschlossen. 12 Einrichtungen wurden als „qualitativ auffällig“ bewertet. Bei 47 Einrichtungen wurde die Kategorie D vergeben, die besagt, dass eine Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation (davon in 11 Fällen aufgrund von Softwareproblemen) nicht möglich war.

Am häufigsten wurden qualitative Auffälligkeiten in den Indikatoren QI-ID 12774 „Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm²“ (15 Einrichtungen) und QI-ID 50749 „Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm²“ (16 Einrichtungen) festgestellt. Da sich die Indikatorergebnisse zum Strahlenschutz bundesweit seit Einführung der ratenbasierten Indikatoren, die sich an den Dosisreferenzwerten des Bundesamts für Strahlenschutz orientieren, kontinuierlich verbessert haben, wird der konsequent geführte Strukturierte Dialog bei diesen Indikatoren als besonders zielführend und effektiv erachtet.

Zu den MACCE-Indikatoren wurde 2015 kein Strukturierter Dialog geführt, da die Referenzbereiche dieser Indikatoren einmalig ausgesetzt wurden. Grund hierfür waren Probleme in der Spezifikation 2014, die dazu führten, dass eine valide Dokumentation der nicht tödlichen post-prozeduralen Ereignisse nicht gewährleistet war.

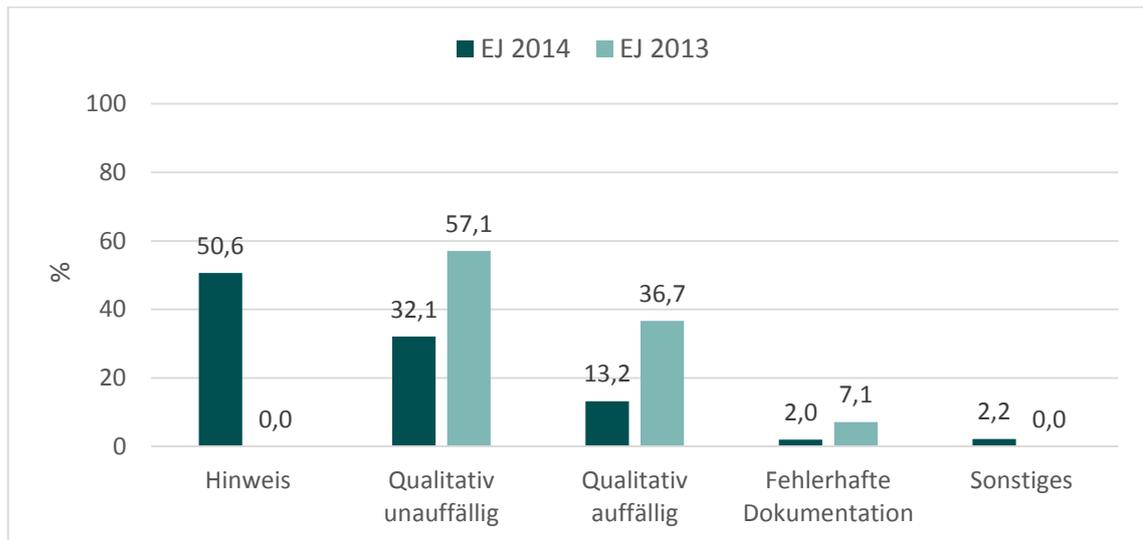


Abbildung 17: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (21/3) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

4.1.7 Herzchirurgie (HCH)

Im Bereich Herzchirurgie wurden von 121 Krankenhausstandorten Daten zu den QS-Verfahren *Koronarchirurgie, isoliert; Aortenklappenchirurgie, isoliert und/oder Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* übermittelt. Davon wurde mit insgesamt 96 Standorten der Strukturierte Dialog zu mindestens einem rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorergebnis bzw. Auffälligkeitskriterium geführt.

Insgesamt fanden sich 140 rechnerische Auffälligkeiten bei den überprüften Qualitätsindikatoren. Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2013 (n = 63) war somit für das Erfassungsjahr 2014 eine deutliche Zunahme an rechnerischen Auffälligkeiten zu verzeichnen. Folgende Gründe haben zu dieser Zunahme geführt:

- standortbezogene Auswertung
- Anpassung des Referenzbereichs beim Indikator „Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem euroSCORE I“ (QI-ID 51914)
- erstmalige Anwendung eines Referenzbereichs bei den Indikatoren „Intraprozedurale Komplikationen“ (QI-ID 51916) und „Gefäßkomplikationen“ (QI-ID 52007)

Abschließend wurden 41,4 % aller rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse als „qualitativ auffällig“ bewertet. Im Vorjahr wurden 38,1 % aller rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse als „qualitativ auffällig“ bewertet. Die leichte Zunahme der als „qualitativ auffällig“ bewerteten Qualitätsindikatorergebnisse lässt sich darauf zurückführen, dass mit insgesamt 53 Standorten der Strukturierte Dialog zum Indikator „Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem euroSCORE I“ geführt werden musste und abschließend 41 dieser rechnerisch auffälligen Ergebnisse auch als „qualitativ auffällig“ eingestuft wurden.

Vertreter aus einer Einrichtung wurden zum Kollegialen Gespräch eingeladen. Dieses Krankenhaus wird seit Jahren beobachtet, da bezüglich der Sterblichkeitsraten immer wieder schlechte

Ergebnisse in verschiedenen herzchirurgischen QS-Verfahren aufgefallen sind. Im Jahr 2014 hatte das Haus selbst um ein Kollegiales Gespräch gebeten. Aufgrund der wiederholt rechnerisch auffälligen Ergebnisse hatte sich die Fachgruppe auf Bundesebene 2014 zu einer Vor-Ort-Begehung entschlossen. Im Rahmen der damaligen Begehung wurden den Vertretern der Fachgruppe verschiedene bereits ergriffene und noch ausstehende Maßnahmen anhand eines Maßnahmenplans dargestellt. Da die Maßnahmen, die eingeleitet worden waren, sehr zahlreich waren, wurden nur weitere Empfehlungen ausgesprochen und von einer Zielvereinbarung Abstand genommen. Die Auswertungen des Erfassungsjahres 2014 zeigten jedoch erneut rechnerisch auffällige Sterblichkeitsraten in drei herzchirurgischen QS-Verfahren (*Koronarchirurgie, isoliert; Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell)* und *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie*). In der, erneut gemeinsamen, Besprechung mit den Vertretern des Krankenhauses wurden weiterführende Maßnahmen beschlossen und eine weitere Vor-Ort-Begehung vereinbart. Mithilfe eines dezidierten Fragenkatalogs über Abläufe und Prozesse sowie etlicher Vor-Ort-Gespräche mit beteiligten Mitarbeitern aus den verschiedenen Bereichen (z. B. Intensivstation, OP, Normalstation) konnte sich ein Bild von der herzchirurgischen Abteilung gemacht und das interdisziplinäre Zusammenspiel verfolgt werden. Nach mehreren Diskussionsrunden wurde eine Zielvereinbarung mit den Vertretern des Krankenhauses abgestimmt, deren vorläufige Resultate als Tendenz hin zu besserer Qualität interpretiert werden können. Eine abschließende Beurteilung ist erst im Rahmen der Bundesauswertung 2016 möglich. Die Fachabteilung des Krankenhauses verbleibt vorläufig unter genauerer Beobachtung.

Mit 3 Einrichtungen wurden Zielvereinbarungen geschlossen, ohne dass ein Kollegiales Gespräch oder eine Vor-Ort-Begehung stattgefunden hat. Inhalte der Zielvereinbarungen waren jeweils Maßnahmen zur Senkung der Sterblichkeit im Krankenhaus. Zudem soll eine Verbesserung der Dokumentationsqualität erreicht werden. Die standortbezogene Auswertung hat den Strukturierten Dialog in den herzchirurgischen QS-Verfahren erschwert. Es musste mit 7 nicht leistungserbringenden Standorten der Strukturierte Dialog zu verschiedenen Indikatoren geführt werden. Dieser Sachverhalt war jeweils aus den Stellungnahmen ersichtlich, jedoch musste zur Bewertung stets auch der leistungserbringende Standort betrachtet werden. Insgesamt hat dieser Mehraufwand zu keinem zusätzlichen Informationsgewinn geführt und keine Qualitätsdefizite aufgezeigt.

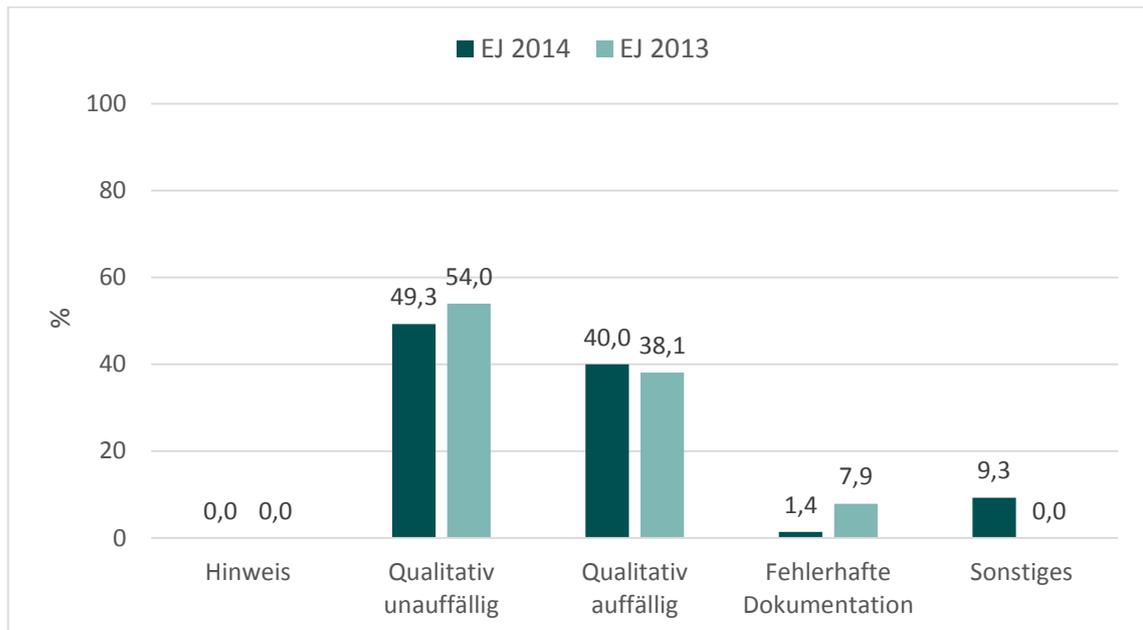


Abbildung 18: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (HCH) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

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

Im Vergleich zum Vorjahr ist im QS-Verfahren *Herztransplantation* ein leichter Anstieg der Datensätze zu verzeichnen (EJ 2013 n = 273; EJ 2014 n = 288). Parallel dazu stieg die Anzahl der ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten minimal an (EJ 2013 n = 33; EJ 2014 n = 37).

Zu allen rechnerischen Auffälligkeiten wurden von den betroffenen Einrichtungen Stellungnahmen erbeten. Diese konnten im vorgegebenen Zeitrahmen von den Krankenhäusern erstellt und an die Institution nach § 137a SGB V übermittelt werden. Die Fachgruppe auf Bundesebene nahm im Sommer 2015 zwei Termine wahr, um die eingereichten Dokumente zu sichten und die Fallkonstellationen zu überprüfen bzw. zu bewerten.

Dabei fielen in diesem Jahr erneut 5 Zentren mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen bezüglich der Sterblichkeitsraten auf, bei denen die Entwicklung als kritisch zu beurteilen ist. Von den zur Verfügung stehenden einzuleitenden Maßnahmen gemäß QSKH-RL (Kollegiale Gespräche und Zielvereinbarungen) wurde durch die Fachgruppe auf Bundesebene bereits in den Vorjahren Gebrauch gemacht. Von Vor-Ort-Begehungen nahm die Fachgruppe auf Bundesebene Abstand, da es sich bei 4 Einrichtungen um Zentren handelt, die eine sehr geringe Anzahl von Transplantationen pro Jahr ausführen, sodass dort ein routinemäßiger Tagesablauf im Transplantationsgeschehen nicht stattfindet und dementsprechend nicht überprüfbar ist. So entschied sich die Fachgruppe auf Bundesebene nach ausführlicher Diskussion bei allen 5 Zentren zum Abschluss einer erneuten Zielvereinbarung. Das Ziel für das Erfassungsjahr 2015 soll die Senkung der Sterblichkeitsrate durch Einhaltung des vorgegebenen Referenzbereichs bei den Sterblichkeitsindikatoren sein. Es wurden keine weiteren Vorgaben zur Zielerreichung gegeben, da die Krankenhäuser selbstbestimmt Verbesserungsmaßnahmen – die zu einer sinnvollen Weiterführung ihres Transplantationsprogramms führen – initiieren sollten. In den Zielvereinbarungen wurde darauf

hingewiesen, dass eine Nichteinhaltung des Ziels zur Offenlegung bzw. Benennung gemäß § 13 Abs. 3 QSKH-RL beim Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA (Lenkungsgremium) zur Folge haben kann.

Bei den anderen Zentren wurden nur vereinzelt marginale Schwächen in Strukturen und Prozessen gesehen, die entsprechend kommuniziert wurden und für die zeitgleich Empfehlungen ausgesprochen wurden. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden für das QS-Verfahren *Herztransplantation* 21,6 % der Indikatorergebnisse als „qualitativ auffällig“ und 37,8 % als „qualitativ unauffällig“ bewertet. Die übrigen Indikatorergebnisse waren bereits in den Vorjahren überprüft worden und wurden daher unter „Sonstiges“ eingestuft.

Für das QS-Verfahren *Lungen- und Herz-Lungentransplantation* war ebenfalls ein leichter Anstieg an Datensätzen (EJ 2013 n = 348; EJ 2014 n = 353) festzustellen. Im Vergleich zum Vorjahr blieb die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten jedoch gleich (n = 19).

Nach Überprüfung der eingereichten Stellungnahmen wurde mit einem Zentrum eine Zielvereinbarung (analog zum QS-Verfahren *Herztransplantation*, Ziel: Senkung der Sterblichkeitsrate) geschlossen.

Abschließend sind 26,3 % der Indikatorergebnisse als „qualitativ auffällig“ und 52,6 % als „qualitativ unauffällig“ bewertet worden. 21,1 % der Indikatorergebnisse sind bereits in den Vorjahren überprüft worden, sodass diese in die Kategorie „Sonstige“ eingestuft wurden.

Es konnte ein Zentrum, welches im Erfassungsjahr 2012 negative Ergebnisse aufwies, im Rahmen einer Vor-Ort-Begehung besucht werden. Die dort umgesetzten Maßnahmen tragen nachhaltig zur verbesserten Behandlungsqualität bei. Dies zeigen auch die aktuellen Ergebnisdaten.

Die abschließenden Indikatorbewertungen lassen, auch wenn der prozentuale Anteil der ermittelten qualitativen Auffälligkeiten angestiegen ist, für beide QS-Verfahren generell keine Rückschlüsse auf eine schlechte Behandlungsqualität zu. Eher machen sich Einzelfälle und kleine Fallzahlen bemerkbar. Des Weiteren muss das verringerte Organangebot sowie die Güte bzw. Akzeptanz der Organqualität berücksichtigt werden.

Besonders gute Ergebnisse zeigen sowohl die sehr guten Dokumentationsraten (100 %) als auch das Ergebnis der Bundesauswertung bezüglich der 3-Jahres-Überlebensrate im QS-Verfahren *Lungen- und Herz-Lungentransplantation*.

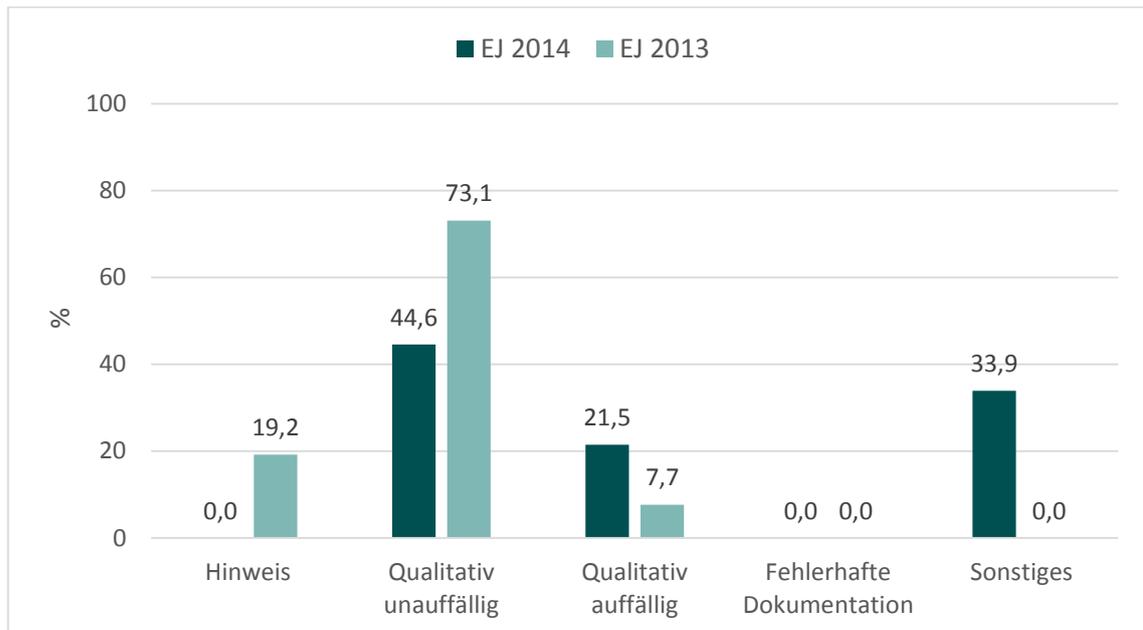


Abbildung 19: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (HTX und LUTX) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

4.1.9 Lebertransplantation, Leberlebendspende (LTX/LLS)

Insgesamt waren in den QS-Verfahren *Lebertransplantation* und *Leberlebendspende* 38 rechnerische Auffälligkeiten bei den Qualitätsindikatoren zu verzeichnen. Davon wurden 8 (21,1 %) nach dem Strukturierten Dialog aufgrund der erhöhten Sterblichkeit im Krankenhaus nach Lebertransplantation und wegen fehlender Follow-up-Dokumentationen als „qualitativ auffällig“ bewertet.

In den Vorjahren war der ermittelte Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten höher (EJ 2012 n = 60, EJ 2013 n = 46). Der Rückgang an rechnerischen Auffälligkeiten ist ausschließlich auf den Einsatz der Worst-Case-Indikatoren zurückzuführen. Die im Erfassungsjahr 2014 zum dritten Mal angewendete Worst-Case-Analyse zeigt eine deutliche Verbesserung hinsichtlich der Vollständigkeit der Nachsorgedokumentation im 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up. Weiterer Verbesserungsbedarf wird im QS-Verfahren *Leberlebendspende* gesehen, da es sich hierbei um einen hochsensiblen Bereich handelt, in welchem die Nachsorge und deren Dokumentation einen besonderen Stellenwert einnehmen. Durch die Stellungnahmen wurde jedoch deutlich, dass der Anteil an Patienten, zu denen keine Informationen vorlagen, letztendlich doch sehr gering ist. Die Ursachen lagen hauptsächlich bei der nicht fristgerechten und unvollständigen Übermittlung der Daten.

Im QS-Verfahren *Leberlebendspende* ist kein Spender im Erfassungsjahr 2014 nach dem Eingriff im Krankenhaus verstorben oder musste sich infolge der Spende selbst einer Transplantation unterziehen. Dies ist Ausdruck guter Versorgungsqualität, da es sich um einen Eingriff an Gesunden handelt und eine Gefährdung des Lebens der Spender durch sorgfältige präoperative Evaluation vermieden werden muss.

Insgesamt stellten die schriftlichen Stellungnahmen und Präzisierungen der Krankenhäuser mehrheitlich eine angemessene Grundlage zur Bewertung der Ergebnisse dar. Mit insgesamt 5 Krankenhäusern wurde ein Kollegiales Gespräch geführt, da vereinzelt medizinische Probleme bzw. Unklarheiten überwiegend zu den aufgeführten Begründungen zur Sterblichkeit im Krankenhaus festgestellt wurden, die weiteren Klärungsbedarf nach sich zogen. Letztlich konnten der Fachgruppe auf Bundesebene die Auffälligkeiten plausibel und nachvollziehbar beschrieben werden, sodass der Strukturierte Dialog ohne weitere Maßnahmen, wie z. B. Zielvereinbarungen, abgeschlossen werden konnte.

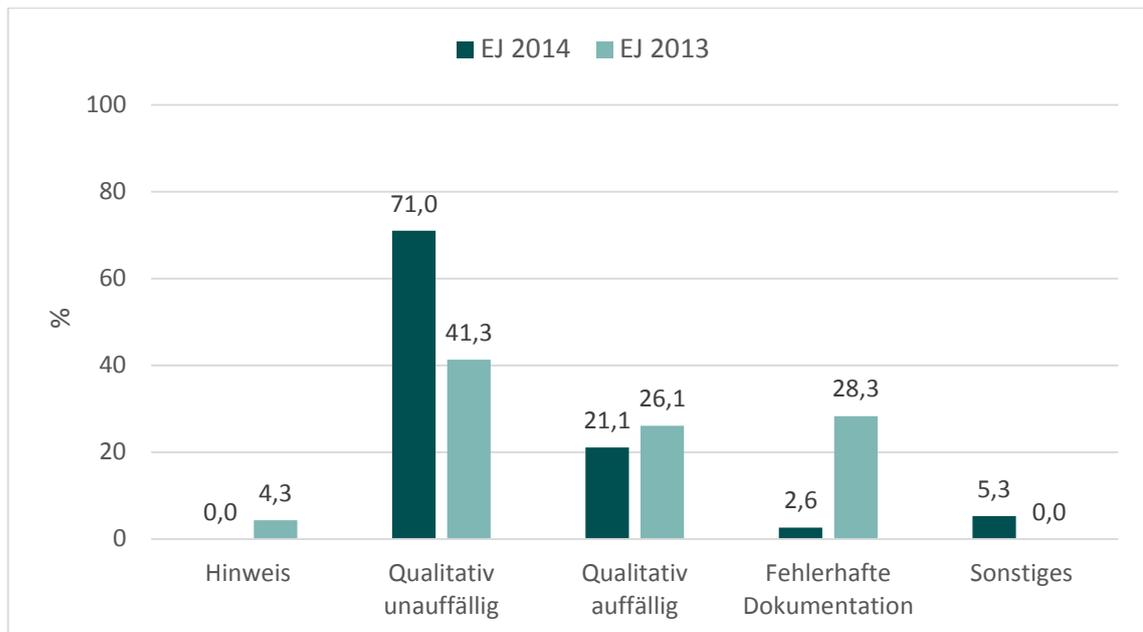


Abbildung 20: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (LTX und LLS) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

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

In den QS-Verfahren *Nierentransplantation*, *Nierenlebenspende* sowie *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* gab es im Erfassungsjahr 2014 insgesamt 136 rechnerische Auffälligkeiten in Bezug auf die Qualitätsindikatoren. Der Anstieg der rechnerischen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2013 n = 94) beruht auf der Einbeziehung des QS-Verfahrens *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* in den Strukturierten Dialog 2015 aufgrund der über zwei Erfassungsjahre kumulierten Auswertung sowie der Einführung von Referenzwerten bei den Follow-up-Indikatoren zur Erhebung der Albuminurie nach Nierenlebenspende.

Von den 136 überprüften rechnerischen Auffälligkeiten wurden 31 identifizierte Abweichungen (22,79 %) nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als „qualitativ auffällig“ bewertet. Im Vorjahr waren es noch 55,09 %; dieses Ergebnis war hauptsächlich auf Versäumnisse in der Nachsorgedokumentation zurückzuführen.

Hinsichtlich der Nachsorgedokumentation im 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up zeigt sich jedoch eine kontinuierliche Verbesserung seit der Einführung der Worst-Case-Analyse. Im Erfassungsjahr 2014 wurden nahezu 100 % der geforderten Follow-up-Datensätze vollständig und plausibel dokumentiert, während es im Erfassungsjahr 2012 nur ca. 87 % im QS-Verfahren *Nierenlebenspende* und 89 % im QS-Verfahren *Nierentransplantation* waren. Der Anteil von Patienten, zu denen keine Information zum 1-, 2- bzw. 3-Jahres-Follow-up vorlag (Status unbekannt), ist demnach kontinuierlich gesunken. Im Erfassungsjahr 2012 lag bspw. bei 254 von 2.635 Patienten mit isolierter Nierentransplantation keine Information zum 1-Jahres-Follow-up (Status unbekannt) vor; im Erfassungsjahr 2014 waren es nur noch 14 von 2.135 Patienten.

Besonders hervorzuheben ist darüber hinaus, dass im QS-Verfahren *Nierentransplantation* die Sterblichkeitsrate im Krankenhaus im Erfassungsjahr 2014 erstmals leicht gesunken ist und auf Bundesebene bei unter 1 % lag. Im QS-Verfahren *Nierenlebenspende* ist kein Spender im Erfassungsjahr 2014 nach dem Eingriff im Krankenhaus verstorben. Dies ist nach Meinung der Fachgruppe auf Bundesebene Ausdruck guter Versorgungsqualität, da es sich um einen Eingriff an Gesunden handelt und eine Gefährdung des Lebens der Spender durch sorgfältige präoperative Evaluation vermieden werden muss.

Im QS-Verfahren *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* konnten nun erstmals zwei kumulierte Erfassungsjahre im Strukturierten Dialog miteinander verglichen werden. Es handelt sich dabei um die jeweils kumulierten Erfassungsjahre 2011/2012 und 2013/2014.

Im Vergleich zur kumulierten Gesamtrate 2011/2012 haben sich die Ergebnisse größtenteils verbessert und zeugen von einer guten Versorgungs- und Behandlungsqualität – auch im internationalen Vergleich. Die Sterblichkeitsrate im Krankenhaus hat sich im Vergleich zu den kumulierten Ergebnissen der Erfassungsjahre 2011/2012 halbiert. Das Überleben der Patienten liegt 1 und 2 Jahre nach Transplantation bei über 90 % und auch 3 Jahre nach Transplantation noch bei 88 %.

Insgesamt stellten die schriftlichen Stellungnahmen der Krankenhäuser mehrheitlich eine angemessene Grundlage zur Bewertung der Ergebnisse dar. Lediglich 5 Präzisierungen mussten über alle 3 QS-Verfahren hinweg angefordert werden. Diese bezogen sich auf Nachfragen zur Indikation, Laborparameter oder zur Anforderung einer ausführlicheren Epikrise. Medizinische Probleme konnten wie auch schon für das Erfassungsjahr 2013 erfreulicherweise nur in einem sehr geringen Ausmaß festgestellt werden, sodass aus Sicht der Fachgruppe auf Bundesebene keine Notwendigkeit für weiterführende Maßnahmen wie Kollegiale Gespräche oder Begehungen bestand.

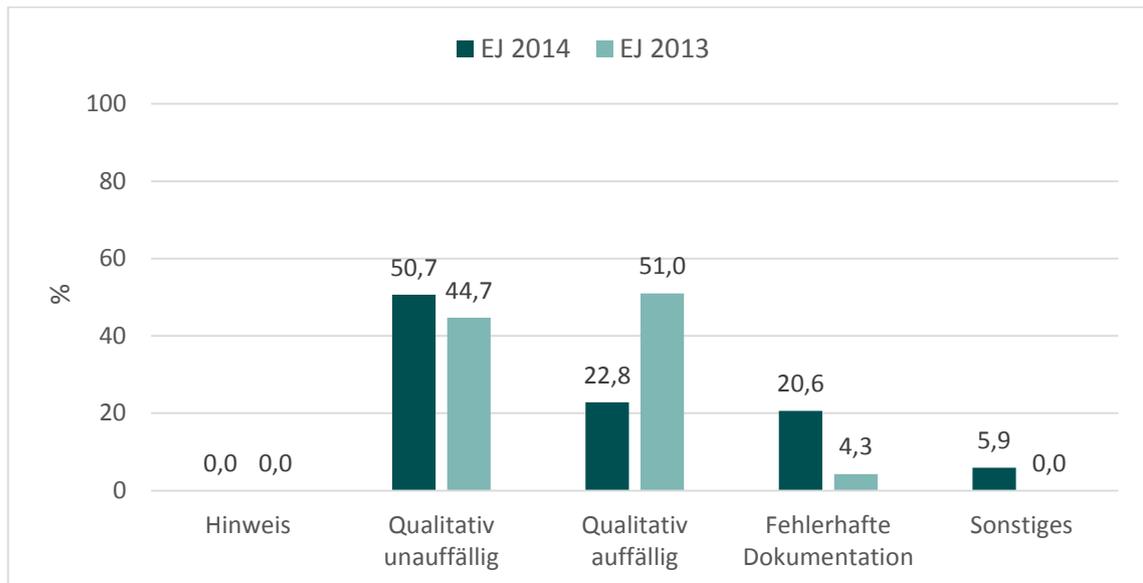


Abbildung 21: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (NTX, NLS und PNTX) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

4.1.11 Geburtshilfe (16/1)

Im Erfassungsjahr 2014 ergaben sich für den QS-Verfahren *Geburtshilfe* 617 rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse. Die Anzahl ist im Vergleich zum Vorjahr rückläufig (EJ 2013 n = 869). Es wurden zu 187 Indikatorergebnissen Hinweise versendet und zu 408 rechnerischen Auffälligkeiten Stellungnahmen angefordert. 15 rechnerische Auffälligkeiten boten einen Anlass für Kollegiale Gespräche. In 4 Fällen wurde eine Begehung durchgeführt. Abschließend wurden 41 Zielvereinbarungen mit Einrichtungen geschlossen. Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2013 zeigt sich hier ein Rückgang der Begehungen (EJ 2013 n = 20) bei einem gleichzeitigen Anstieg der getroffenen Zielvereinbarungen (EJ 2013 n = 19).

Zielvereinbarungen wurden hauptsächlich zu folgenden Indikatoren getroffen:

- QI-ID 50046: „Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung“
- QI-ID 51803: „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“
- QI-ID 318: „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“
- QI-ID 1058: „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“

Der Strukturierte Dialog wurde vor allem zu den Indikatoren „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (QI-ID 318), „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (QI-ID 330) und „Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung“ (QI-ID 50046) durchgeführt.

Der Indikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (QI-ID 318) wurde von der Fachgruppe auf Bundesebene auf Basis der Daten des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2013 erneut als Indikator mit besonderem Handlungsbedarf eingestuft. Eine Intensivierung des Strukturierten Dialogs fand mit unterschiedlicher Vorgehensweise in einigen Bundesländern statt. Es wurden Einzelfallanalysen, beispielsweise zur Prüfung der präpartalen Verlegung von

Müttern, die bereits 24 Stunden vor der Geburt stationär aufgenommen wurden, oder auch Screenings zu versorgungslevelkonformen Entbindungen durchgeführt. Als Gründe für Auffälligkeiten wurden von den Krankenhäusern vielfältig Notaufnahmen bei fortgeschrittener Geburt, die das Abwarten auf einen Pädiater unmöglich machten, sowie fortgeschrittene Geburten, die eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus nicht zuließen, genannt. Aber auch Prozess- und Struktur­mängel sowie Dokumentationsfehler wurden als Ursache kommuniziert.

Bei dem Indikator „Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung“ (QI-ID 50046) ist hervorzuheben, dass sich ein Bundesland aufgrund fehlender Evidenz gegen die Durchführung des Strukturierten Dialogs entschieden hat.

Insgesamt ist die Anzahl der nach Abschluss des Strukturierten Dialogs ermittelten qualitativen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr konstant geblieben (EJ 2013 = 13,5 %; EJ 2014 = 13,9 %). Die Indikatorergebnisse, die aufgrund fehlerhafter Dokumentation nicht bewertet werden konnten, sind gegenüber dem Vorjahr leicht angestiegen (EJ 2013:10,9 %; EJ 2014: 12 %). Fehldokumentationen oder Softwareprobleme wurden vorrangig bei den Indikatoren „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (QI-ID 318), „Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung“ (QI-ID 50046), „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (QI-ID 330) und „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (QI-ID 1058) festgestellt.

Im Rahmen des Strukturierten Dialogs bezüglich des Indikators „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (QI-ID 1058) wurden innerhalb von Zielvereinbarungen die festen Abläufe einer Kaiserschnittentbindung festgelegt. Außerdem fanden Einzelanalysen statt. Trotz einer Präzisierung des Ausfüllhinweises bleibt bei diesem Indikator die Problematik einer möglicherweise nicht validen Dokumentation, beispielsweise durch verspätete Dokumentation der Entscheidungszeit oder nicht fristgerecht durchgeführter Not-Sectiones, die als sekundäre Sectio dokumentiert wurden, bestehen.

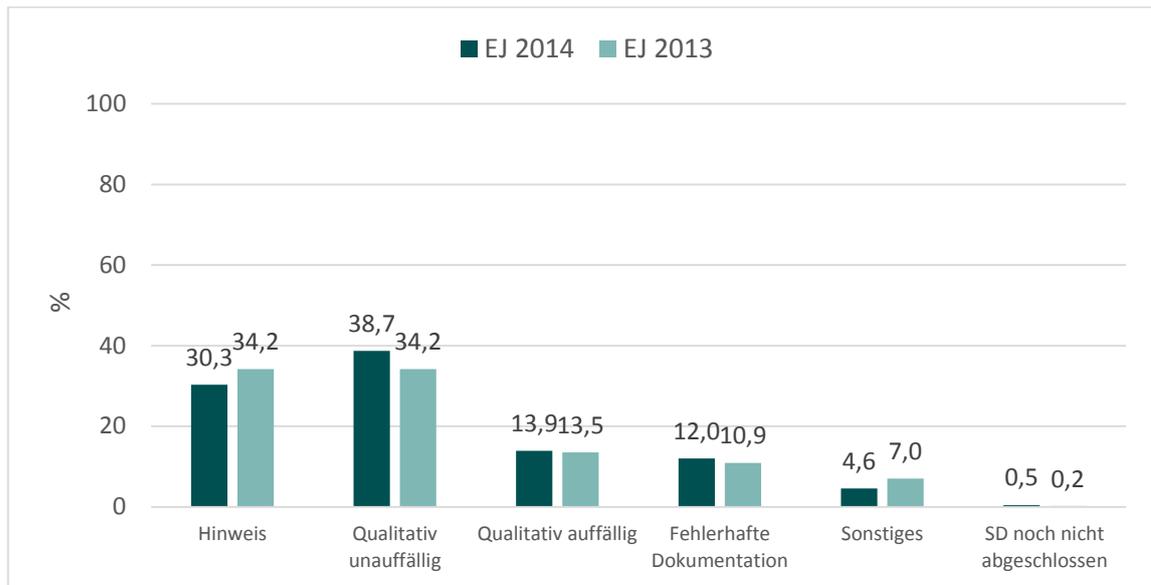


Abbildung 22: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (16/1) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

4.1.12 Neonatologie (NEO)

Im QS-Verfahren *Neonatologie* wurden insgesamt 314 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt. Bei 121 Indikatorergebnissen wurden Hinweise versendet, zu 193 rechnerischen Abweichungen wurde eine Stellungnahme angefordert. Als weiterführende Maßnahme wurde in 12 Fällen eine Besprechung durchgeführt. Insgesamt wurden 30 Zielvereinbarungen getroffen, dies betraf vor allem die Indikatoren „Durchführung eines Hörtests“ und „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“.

Insbesondere zu den Indikatoren „Durchführung eines Hörtest“ (QI-ID 50063), „Pneumothorax bei Kindern unter oder nach Beatmung“ (QI-ID 51087) sowie den Indikatoren zur Sterblichkeit wurde ein Strukturierter Dialog durchgeführt.

Insgesamt ist die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten des Erfassungsjahres 2014 im QS-Verfahren *Neonatologie* von 280 (EJ 2013) auf 314 gestiegen. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs sind 11,7 % der rechnerischen Auffälligkeiten als „qualitativ auffällig“ eingestuft worden. Gegenüber dem Vorjahr (EJ 2013 = 12,1 %) ist die Rate der qualitativen Auffälligkeiten leicht gesunken. Wie im letzten Jahr sind insbesondere bei dem Qualitätsindikator „Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad“ (QI-ID 50064) qualitative Auffälligkeiten ermittelt worden (38,1 %).

Die Anzahl aller rechnerischen Auffälligkeiten, die als „qualitativ unauffällig“ eingestuft wurden, ist von 37,5 % (EJ 2013) auf 39,2 % leicht angestiegen. Bei 38,2 % der rechnerischen Auffälligkeiten (EJ 2013: 33,6 %) wurden im Erfassungsjahr 2014 lediglich Hinweise versendet. Insbesondere bei dem Indikator „Durchführung eines Hörtests“ wurde zu dieser Maßnahme gegriffen. Jedoch wurden bei diesem Indikator auch 14,4 % der Krankenhausstandorte aufgrund fehlerhafter Dokumentation auffällig. Das Datenfeld zur Erhebung dieses Qualitätsindikators wurde für das Erfassungsjahr 2016 umstrukturiert, indem die Antwortmöglichkeit „2 = ja, in einem vorherigen

Aufenthalt“ ergänzt wurde. Es ist davon auszugehen, dass die Rate der Fehldokumentationen zukünftig sinken wird. Insgesamt konnten 33 rechnerische Ausfälligkeiten (10,5 %) aufgrund fehlerhafter Dokumentation nicht eingestuft werden. Im Vorjahr waren es hier noch 11,8 %.

Weiterhin haben einige LQS bundeslandspezifische Indikatoren entwickelt, die ebenfalls in den SD einbezogen und bewertet wurden. Die LQS betonen in ihren Rückmeldungen, dass es bei den Indikatoren zur Sterblichkeit bzw. zu den nosokomialen Infektionen zu Dopplungen im Strukturierten Dialog kommt. Dies wurde in der letzten Fachgruppensitzung thematisiert. Künftig soll bei einem Qualitätsindikator zur Sterblichkeit der Referenzbereich ausgesetzt und ein Indikator zu nosokomialen Infektionen gestrichen werden.

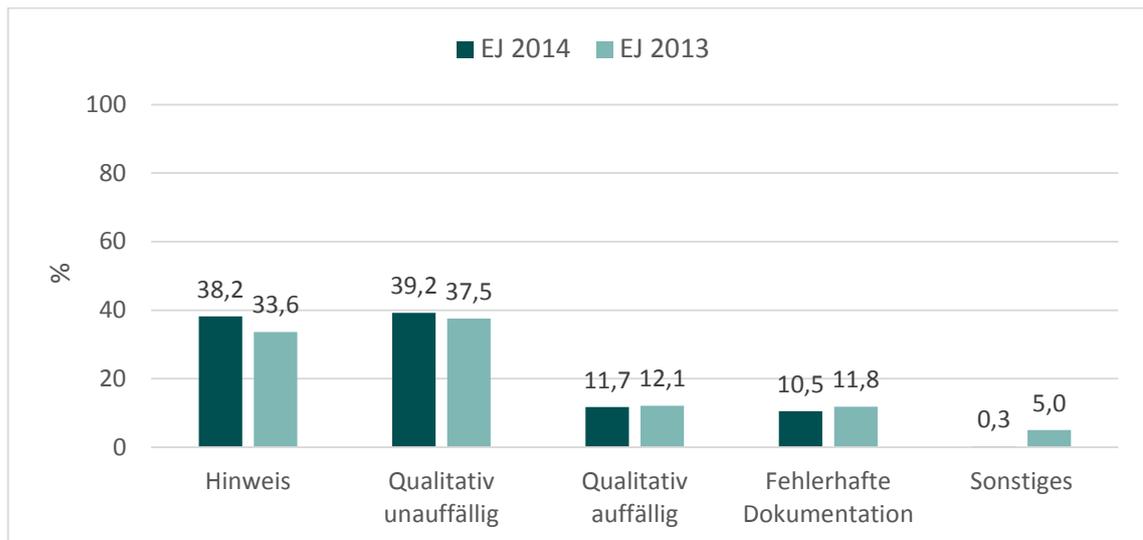


Abbildung 23: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (NEO) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

4.1.13 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)

Der Strukturierte Dialog im QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen* wurde im Erfassungsjahr 2014 zu 845 ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten geführt. Die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten ist im Vergleich zum Vorjahr weitgehend konstant geblieben (EJ 2013 n = 839). Zu 48,4 % der rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Hinweis an die Krankenhausstandorte versendet (n = 409). Dieser Anteil ist im Vergleich zum Vorjahr somit ebenfalls konstant geblieben (EJ 2013: 48,0 %). Bezüglich 432 (51,1 %) rechnerisch auffälliger Ergebnisse wurde von den beteiligten Krankenhausstandorten eine Stellungnahme angefordert. Bei 4 rechnerisch auffälligen Ergebnissen erfolgte dagegen keine Maßnahme.

Die Rückmeldungen aus den Stellungnahmen gaben Anlass für insgesamt ein Kollegiales Gespräch. Eine Vor-Ort-Begehung wurde nicht durchgeführt. Darüber hinaus wurden als Konsequenz aus den Stellungnahmen insgesamt 22 Zielvereinbarungen mit den Krankenhäusern geschlossen.

Auch im Erfassungsjahr 2014 konnte eine Vielzahl der Krankenhäuser die rechnerisch auffälligen Ergebnisse in ihren Stellungnahmen nachvollziehbar erklären und darlegen. Nach Abschluss des

Strukturierten Dialogs wurden somit 38,5 % (n = 326) der rechnerischen Auffälligkeiten als „qualitativ unauffällig“ bewertet (EJ 2013: 38,1 %). Am häufigsten konnte das abweichende Ergebnis durch Einzelfälle (n = 225) erklärt werden oder es gab keine Hinweise auf Mängel der medizinischen Qualität (n = 82). Daneben waren besondere klinischen Situationen sowie sonstige Gründe Ursachen für die rechnerischen Auffälligkeiten.

Aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation konnten 7,5 % (n = 63) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nicht bewertet werden. Im Erfassungsjahr 2013 lag der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten, bei denen eine Bewertung aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation nicht möglich war, noch bei 8,8 %. Somit ist ein deutlicher Rückgang der Dokumentationsmängel zu verzeichnen. Grund für die fehlerhafte Dokumentation war vorwiegend eine unvollständige oder falsche Dokumentation (n = 58). Vor allem bei den Indikatoren „Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebentfernung“ (QI-ID 12874) sowie „Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden“ (QI-ID 52283) wurde die Bewertung „D50 – Unvollständige oder falsche Dokumentation“ vorgenommen.

Als „qualitativ auffällig“ wurden nach Abschluss des Strukturierten Dialogs 4,0 % der rechnerischen Auffälligkeiten (n = 34) beurteilt. Im Vergleich zum Vorjahr ist hier wieder ein leichter Anstieg der qualitativ auffälligen Ergebnissen zu verzeichnen (EJ 2013: 3,1 %, EJ 2012: 4,2 %). Bei 22 rechnerischen Auffälligkeiten wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel gesehen, hier vor allem bei der Indikatorengruppe „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund“ (QI-ID 1021, QI-ID 51907). 10 Krankenhausstandorte konnten keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benennen.

Zu dem Sentinel-Event-Indikator „Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation“ (QI-ID 51418) wurde bei 87,3 % der rechnerischen Auffälligkeiten eine Stellungnahme (n = 96) angefordert. Die eingereichten Stellungnahmen gaben den Anlass zu einer Vor-Ort-Begehung und insgesamt wurden 2 Zielvereinbarungen geschlossen. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs konnten von den insgesamt 110 rechnerischen Auffälligkeiten in diesem Indikator die Mehrzahl als „qualitativ unauffällig“ bewertet werden (n = 87). Das abweichende Ergebnis erklärte sich hier vorwiegend durch Einzelfälle. So wurde z. B. bei einer Patientin bei der Adhäsiolyse eine Läsion verursacht, die jedoch noch im selben Eingriff versorgt wurde. In 6 Fällen lag eine fehlerhafte Dokumentation vor. So wurde z. B. eine Voroperation im OP-Gebiet nicht angegeben. In 2 Fällen haben die zuständigen Stellen auf Landesebene das rechnerisch auffällige Ergebnis als „qualitativ auffällig“ bewertet. Grund hierfür waren Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel. So konnte z. B. ein Krankenhausstandort keine schlüssige Erklärung bieten, warum die iatrogene Dünndarmperforation unvermeidbar war.

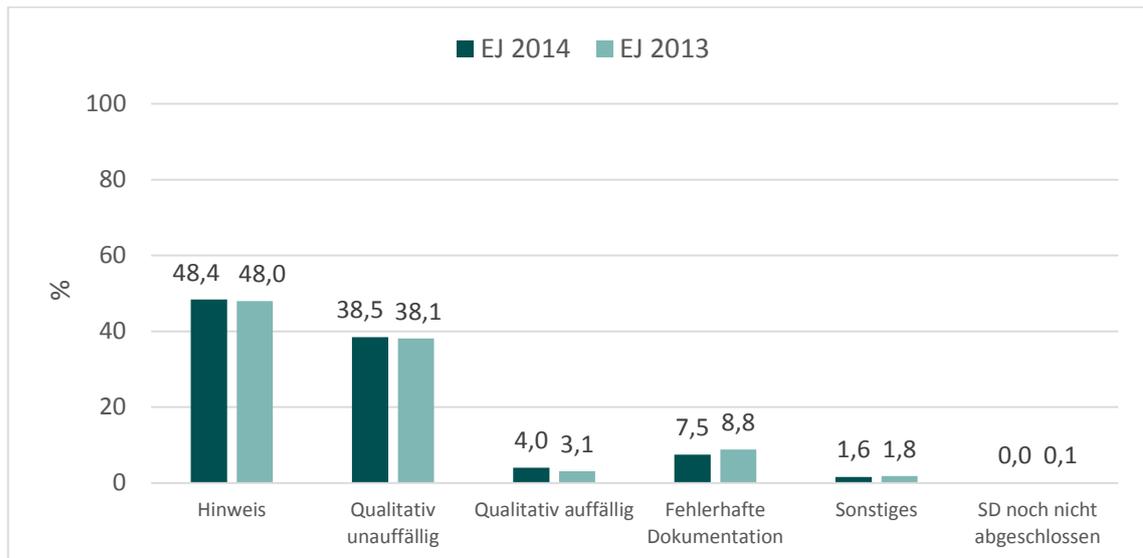


Abbildung 24: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (15/1) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

4.1.14 Mammachirurgie (18/1)

Der Strukturierte Dialog konnte im QS-Verfahren *Mammachirurgie* von allen Fachgruppen auf Landesebene fristgerecht beendet werden. Insgesamt wurden bei den 8 zu prüfenden Indikatoren 679 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt, was im Vergleich zum Vorjahr (n = 703) einen Rückgang bedeutet. In 49,0 % (n = 333) dieser rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden Hinweise versendet, für 49,2 % (n = 334) wurde eine Stellungnahme angefordert. Weiterführende Maßnahmen wurden mit 3 Besprechungen der Ergebnisse, 3 Vor-Ort-Begehungen sowie 23 geschlossenen Zielvereinbarungen durchgeführt.

Der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten, die im Ergebnis des Strukturierten Dialogs als „qualitativ unauffällig“ eingestuft wurden, entspricht in etwa dem des Vorjahres: Im Strukturierten Dialog 2015 sind 34,0 % (n = 190) als unauffällig eingestuft, wobei dies in 20,9 % mit Einzelfällen erklärt wurde. Im Vorjahr waren es 31,2 % (n = 219) der rechnerischen Auffälligkeiten, die als unauffällig eingestuft wurden. Als „qualitativ auffällig“ wurden im Strukturierten Dialog 2015 insgesamt 94 der rechnerischen Auffälligkeiten (13,8 %) eingestuft. Dies sind im Vergleich zum Vorjahr 15 qualitativ auffällige Ergebnisse mehr (n = 79). Betrachtet man die Ergebnisse auf Ebene der Indikatoren, so ist die Anzahl qualitativ auffälliger Standorte allerdings in etwa vergleichbar mit den Vorjahresergebnissen. Der Anstieg auffälliger Standorte ist demnach in erster Linie durch eine erhöhte Anzahl der im Strukturierten Dialog betrachteten Indikatoren zu erklären. Zwar ist ein Indikator weggefallen, 2 Indikatoren wurden hingegen erstmals im Strukturierten Dialog betrachtet (QI-ID 52279 und 52330).

Die Einstufung von rechnerischen Auffälligkeiten in „Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich“ wurde im Vergleich zum Vorjahr häufiger vorgenommen (EJ 2014: 5,3 %, n = 36, EJ 2013: 3,4 %, n = 24). Knapp die Hälfte dieser Bewertungen wurde im Indikator QI-ID 52330 vergeben (n = 17).

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Indikatoren, die auf Grundlage der Bundesauswertung 2014 mit besonderem oder erweitertem Handlungsbedarf bewertet wurden, näher beschrieben.

QI-ID 50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

Die Fachgruppe auf Bundesebene Mammachirurgie stufte das Ergebnis dieses Indikators (14,1 %) für das Erfassungsjahr 2014 zum zweiten Mal in Folge als Indikator mit besonderem Handlungsbedarf ein. Die Ergebnisse weisen der Fachgruppe nach darauf hin, dass ein hoher Anteil an Frauen übertherapiert wird. Zu den 81 rechnerischen Auffälligkeiten forderten die Landesgeschäftsstellen 57-mal eine Stellungnahme an. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurde 7-mal die Einstufung „qualitativ auffällig“ gewählt, was 8,6 % der rechnerischen Auffälligkeiten in diesem Indikator entspricht. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich hier ein positiver Trend (EJ 2013 12,8 %, n = 14). Aus einigen Länderberichten geht hervor, dass die so bewerteten Standorte die Gründe für die Abweichung von der Leitlinienempfehlung nicht ausreichend oder nicht nachvollziehbar für alle Behandlungsfälle darstellen konnten. Diesen Standorten wurden zum Teil Empfehlungen von den Fachgruppen auf Landesebene gegeben. So wurde einem Standort mit geringer Fallzahl beispielsweise empfohlen, Patientinnen an ein Brustzentrum zu überweisen, um eine leitliniengerechte Behandlung zu gewährleisten. Ein anderer Standort wurde zum internen Dialog aufgefordert. Laut Einstufungen der Landesgeschäftsstellen war das abweichende Ergebnis allerdings auch häufig durch medizinisch begründbare Einzelfälle erklärbar (n = 36) oder es lag eine besondere klinische Situation vor (n = 1). In einigen Fällen war die Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentationen (n = 3) nicht möglich.

QI-ID 51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

In der Bundesauswertung 2014 zu diesem Indikator weichen die Ergebnisse der Gruppe der Krankenhausstandorte mit weniger als 20 Fällen in der Grundgesamtheit des Indikators deutlich von den Ergebnissen der anderen Standorte ab. Die Fachgruppe auf Bundesebene bewertete den Indikator deshalb im zweiten Jahr in Folge als Indikator mit erweitertem Handlungsbedarf. Den Landesgeschäftsstellen wurde empfohlen, mit rechnerisch auffälligen Standorten dieser Gruppe im Strukturierten Dialog zu klären, inwieweit strukturelle Probleme eine der Ursachen niedriger Raten bei der prätherapeutischen histologischen Diagnosesicherung sein könnten. Von einigen Landesgeschäftsstellen wird berichtet, dass solche strukturellen Probleme im Strukturierten Dialog nicht festgestellt werden konnten. Stattdessen lagen die Ursachen bei rechnerisch auffälligen Standorten in begründeten Einzelfällen (n = 46), fehlerhafter Dokumentation (n = 6) oder tatsächlicher qualitativer Auffälligkeit (n = 24).

QI-ID 51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Für diesen Indikator sah die Fachgruppe auf Bundesebene ebenfalls zum zweiten Jahr in Folge erweiterten Handlungsbedarf, da die Ergebnisse der Standorte mit weniger als 20 Fällen in der Grundgesamtheit deutlich von den Ergebnissen der anderen Standorte abweichen. Die Landesgeschäftsstellen wurden gebeten, bei rechnerisch auffälligen Standorten mit null Fällen im Zähler des Indikators nachzufragen, ob die strukturellen Voraussetzungen für die Durchführung der Sentinel-Lymphknoten-Biopsie vorliegen. Diese Vermutung wurde von den Ländern allerdings nicht bestätigt. Den Berichten der Länder nach waren es überwiegend Einzelfälle, durch die die

rechnerischen Auffälligkeiten zu begründen waren (n = 29). Allerdings wurde ein im Vergleich zu anderen Indikatoren mit 23,7 % (n = 23) relativ hoher Anteil der rechnerisch auffälligen Standorte auch als „qualitativ auffällig“ beurteilt. Eine Beurteilung aufgrund fehlerhafter Dokumentation war in 7 Fällen (7,2 %) nicht möglich.

Für die Indikatoren „HER2/neu-Positivitätsrate“ (QI-ID 52268) und „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2/neu-positiven Befunden“ (QI-ID 52273) wurden die Länder gebeten, auf freiwilliger Basis im Gespräch mit ausgewählten Standorten zu evaluieren, ob die in den Patientenakten vorliegenden Informationen zeigen, dass die Dokumentationen der HER2/neu-Befunde gemäß den Vorgaben im Ausfüllhinweis erfolgt sind. Den Berichten der Landesgeschäftsstellen ist zu entnehmen, dass zwei hierzu einen Strukturierten Dialog geführt haben. Eines dieser Länder hat lediglich einen auffälligen Standort identifiziert und hier Softwareprobleme als Begründung für die Auffälligkeit angegeben. Die zweite Landesgeschäftsstelle hat den von der Fachgruppe auf Bundesebene zur Verwendung empfohlenen Referenzbereich weiter eingengt und die Mindestfallzahl herabgesenkt. Hiernach waren 18 Krankenhausstandorte rechnerisch auffällig, die zu einer Stellungnahme aufgefordert wurden. Bei der Hälfte dieser Fälle wurden Dokumentationsfehler als Begründung für die Auffälligkeit angegeben. Die Fachgruppe auf Bundesebene hat bereits beschlossen, das Datenfeld „HER2/neu-Status“ anzupassen und um zusätzliche Hinweise zu ergänzen.

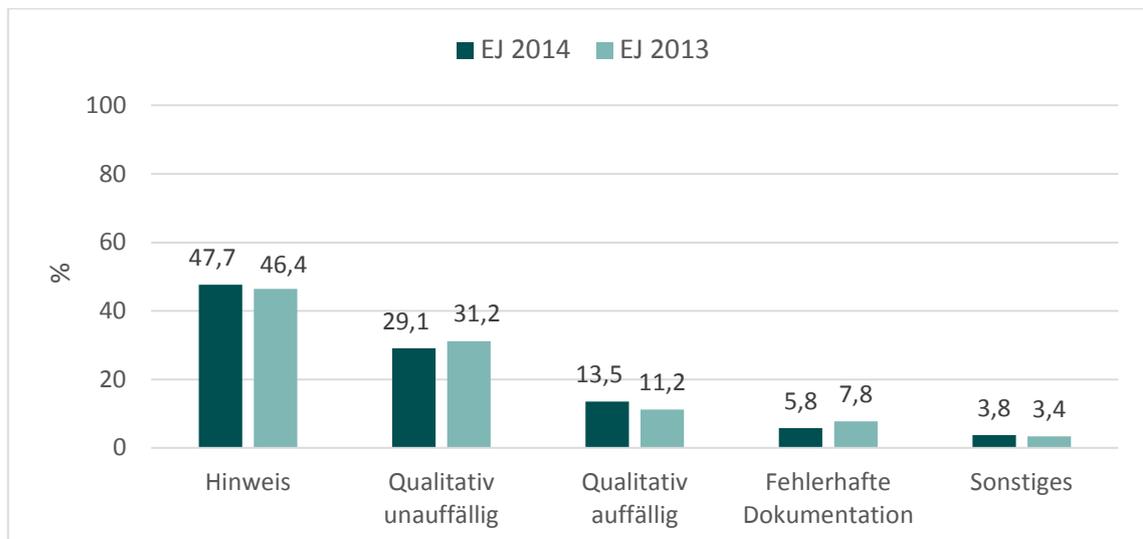


Abbildung 25: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (18/1) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

4.1.15 Hüftgelenknahe Femurfraktur, Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/1 bis 17/3)

In den QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur*, *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation* und *Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* wurden insgesamt 3.765 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Hierzu wurden insgesamt 1.347 Hinweise durch die Landesgeschäfts-

stellen für Qualitätssicherung versandt und zu 2.392 rechnerischen Auffälligkeiten wurden Stellungnahmen angefordert. Bei 22 Einzelfällen wurden keine Maßnahmen ergriffen. Nach Bearbeitung der Stellungnahmen boten sich 78 Anlässe für Kollegiale Gespräche. Zu 156 rechnerischen Auffälligkeiten wurden Zielvereinbarungen geschlossen. Aufgrund von 5 rechnerisch auffälligen Ergebnissen fanden Vor-Ort-Begehungen statt. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden letztlich insgesamt 271 (7,1 %) rechnerische Auffälligkeiten als „qualitativ auffällig“ eingestuft.

Im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur* ist für den Indikator „Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus“ (QI-ID 2266) ein leichter Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten auf 365 (EJ 2013 n = 377) zu konstatieren. Dennoch wurden im Rahmen des Strukturierten Dialogs besonders oft qualitative Defizite (n = 83) in diesem Indikator festgestellt. Das entspricht ca. 30 % von den insgesamt 271 qualitativen Auffälligkeiten in diesem QS-Verfahren.

Die im Jahr 2015 aktualisierte S2e-Leitlinie „Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen“ beinhaltet erneut die Empfehlung der Fachgesellschaft (Leitlinienkommission der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie) zur Einhaltung einer kurzen präoperativen Verweildauer. Diese Empfehlung wird durch die Fachgesellschaft mit einer Evidenz von Ia bzw. IIa klassifiziert. Unter anderem belegen die hierfür betrachteten Studien bei einer Verzögerung der Operation von 48 Stunden nach der Fraktur einen signifikanten Anstieg der risikoadjustierten Mortalität sowie einen signifikanten Anstieg der Dekubitus-, Pneumonie- und Harnwegsinfektionsraten.

Es haben sich insgesamt fünf Landesgeschäftsstellen näher zu diesem Indikator geäußert. 80 Krankenhausstandorte wurden aufgrund von Struktur- und Prozessmängel als „qualitativ auffällig“ bewertet. Unter anderem wurden mit den betroffenen Krankenhausstandorten Zielvereinbarungen zum differenzierten Umgang mit Gerinnungspräparaten sowie zur Notfallversorgung getroffen.

Eine Landesgeschäftsstelle wertet zusätzlich den Indikator „Präoperative Verweildauer bei Aufnahme am Freitag“ aus. Nach Angabe dieser Landesgeschäftsstelle wurden zu diesem Landesindikator lediglich Hinweise versandt. Eine andere Landesgeschäftsstelle berichtet, dass einige Krankenhausstandorte eine Diagnose zur Fraktur erst verspätet nach der Aufnahmezeit stellten, da zunächst eine andere Aufnahmediagnose vermutet wurde. Diese führe dennoch bei der Berechnung des Indikators möglicherweise zu rechnerischen Auffälligkeiten der Krankenhausstandorte.

Zudem schlagen einige Landesgeschäftsstellen vor, die Gabe der gerinnungshemmenden Medikamente bei der Indikatorberechnung zu berücksichtigen. Zusätzlich verweist eine weitere Landesgeschäftsstelle darauf, dass die Empfehlung der Einnahmepause bei den „neuen“ gerinnungshemmenden Medikamenten nicht mit der geforderten präoperativen Verweildauer korreliert.

Der Vorschlag zur Berücksichtigung der Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten in der Rechenregel des Indikators wurde von der Fachgruppe auf Bundesebene mehrfach diskutiert und bisher nicht befürwortet. Die Angabe von gerinnungshemmenden Medikamenten sollte nicht ungeprüft zur Begründung von Operationsverzögerungen herangezogen werden. Ob die Einnahme gerinnungshemmender Medikamente eine verspätete Operation nach Schenkelhalsfraktur rechtfertigt und ob der Umgang des Krankenhauses mit gerinnungshemmenden Medikamenten in Notfallsituationen angemessen war, soll zunächst im Strukturierten Dialog erörtert werden. Zudem dient der Referenzbereich von $\leq 15\%$ dazu, eine verzögerte präoperative Verweildauer in Einzelfällen zu tolerieren. Auch der Gemeinsame Bundesausschuss befasst sich derzeit intensiv mit diesem Qualitätsindikator und hat die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung um detaillierte Rückmeldungen der Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog gebeten.

In den QS-Verfahren *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation* und *Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* kam es in den beiden Sentinel-Event-Indikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (QI-ID 457, QI-ID 471) zu insgesamt 601 rechnerischen Auffälligkeiten. Davon wurden 21 (3,4 %) Auffälligkeiten als „qualitativ auffällig“ eingestuft. Insgesamt wurden 79 Hinweise an die Krankenhausstandorte mit rechnerischen Auffälligkeiten versandt. Die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung äußern erneut, dass sich die Analyse der Todesfälle im Rahmen eines Sentinel-Event-Indikators in diesen QS-Verfahren als ineffektiv erwiesen hat. Dies wird anhand der Begründung „schicksalhafter Einzelfall“ oder damit, dass die Todesursache nicht auf die Endoprothesenoperation zurückzuführen sei, belegt. Des Weiteren seien die Einzelfallanalysen einerseits sehr aufwendig und andererseits hätte es bundesweit sehr selten Hinweise auf tatsächlich qualitative Defizite gegeben. Die Festlegung von Sterblichkeitsindikatoren als Sentinel-Event-Indikatoren solle daher überdacht werden. Ferner besteht bei einer Fachgruppe auf Landesebene der Wunsch nach einer bundeseinheitlichen Empfehlung zur Bewertung der Sentinel-Event-Indikatoren. Unklar sei die Gesamtbewertung eines Krankenhauses, wenn bei mindestens einer Einzelfallanalyse ein qualitatives Defizit erkannt wurde.

Zugleich stellte eine Landesgeschäftsstelle auch die Zunahme von Hochrisikopatienten bei den elektiven Operationen fest. Hierzu wurde durch die Fachgruppe auf Landesebene nachdrücklich empfohlen, dass Risikopatienten verständlich und über Alternativen bei elektiven Eingriffen aufgeklärt werden sollen.

Ab dem Erfassungsjahr 2015 werden in den beiden QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur* und *Hüftendoprothesenversorgung* die Sterbefälle risikoadjustiert bewertet. Damit stellt nicht mehr jeder Todesfall eine Auffälligkeit dar, die eine Einzelfallanalyse im Strukturierten Dialog nach sich zieht.

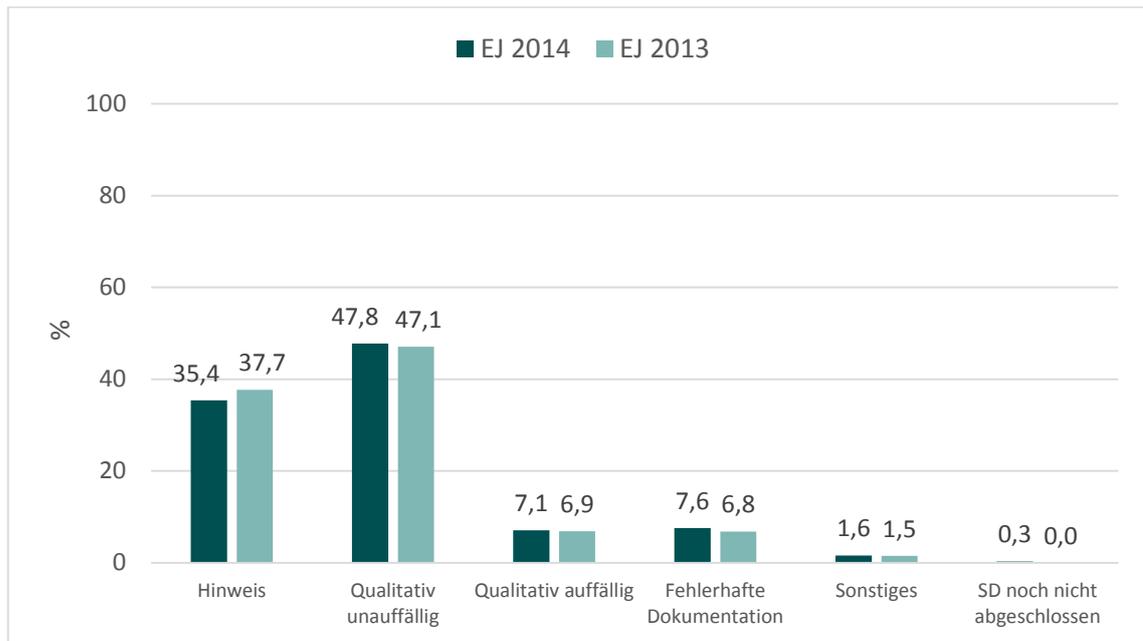


Abbildung 26: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (17/1 bis 17/3) für die Jahre 2014 und 2013

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

In den QS-Verfahren *Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation* und *Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* wurden in Bezug auf sämtliche Qualitätsindikatoren insgesamt 1.303 Krankenhausstandorte rechnerisch auffällig. Für 605 (46,5 %) dieser Standorte bestanden die eingeleiteten Maßnahmen der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung in der Versendung eines Hinweises. Insgesamt wurden 691 (53 %) detaillierte Stellungnahmen angefordert. Mit den Mitarbeitern von 28 Standorten (2,1 %) wurden Besprechungen durchgeführt. Die Anzahl an gemeinsam festgelegten Zielvereinbarungen lag bei 53 (4,1 %). Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden 4,8 % (n = 62) der rechnerischen Auffälligkeiten, deren Bewertung im Rahmen des Strukturierten Dialogs möglich war, durch die Fachgruppen auf Landesebene als „qualitativ auffällig“ eingestuft. Bei 8,4 % (n = 110) der Indikatorergebnisse war die Bewertung aufgrund von Dokumentationsfehlern nicht möglich.

Im QS-Verfahren *Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation* wurden nach Feststellen einer rechnerischen Auffälligkeit und nach Überprüfung der eingereichten Stellungnahmen die meisten (in absoluten Zahlen) qualitativen Auffälligkeiten bei dem Qualitätsindikator „Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien“ (QI-ID 276) (11,6 %, n = 12) festgestellt. Bundesweit wurden für diesen Qualitätsindikator 25 weiterführende Maßnahmen in Form von Kollegialen Gesprächen (n = 4) und Zielvereinbarungen (n = 21) eingeleitet.

Obwohl dieses QS-Verfahren überwiegend – bis auf wenige Ausnahmen – elektive Eingriffe betrachtet, wurden die meisten rechnerischen Auffälligkeiten bei einem Sentinel-Event-Indikator, nämlich mit fast 19 % (n = 123) bei dem Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (QI-

ID 472) festgestellt. Der Großteil (71,5 %) der rechnerischen Auffälligkeiten wurde nach Begutachtung der Stellungnahmen als „qualitativ unauffällig“ bewertet, da sich das Ergebnis durch Einzelfälle erklärt. Ein Krankenhausstandort wurde als „qualitativ auffällig“ bewertet.

Beobachtet wird eine Zunahme von Operationen bei Hochrisikopatienten vermehrt auch bei Elektiveingriffen, so eine Fachgruppe auf Landesebene. Das Abwägen bei hohem Leidensdruck der Patienten für oder gegen einen Eingriff ist den Erfahrungen der Fachgruppe zufolge oftmals sehr schwierig. Die Fachgruppe empfiehlt daher nachdrücklich und insbesondere bei Risikopatienten, die Patienten sowohl verständlich als auch über Alternativen aufzuklären.

Für den Indikator „Knie-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien“ (QI-ID 295) im QS-Verfahren *Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* wurden die meisten rechnerischen Auffälligkeiten (n = 210) festgestellt. In der Folge wurden 65 (31 %) Hinweise versendet und 141 (67,1 %) Stellungnahmen angefordert. 39,5 % (n = 83) der Krankenhausstandorte wurden als „qualitativ unauffällig“ bewertet, da sich die Abweichungen der Qualitätsergebnisse durch Einzelfälle erklären. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden 1,9 % (n = 3) Standorte als „qualitativ auffällig“ bewertet. 10,5 % (n = 22) der Standorte gaben Dokumentationsfehler als Grund für die rechnerische Auffälligkeit an.

Eine Fachgruppe Orthopädie und Unfallchirurgie auf Landesebene hebt in ihrem zusammenfassenden Bericht hervor, dass sie die Kollegialen Gespräche als effektivstes Werkzeug des Strukturierten Dialogs erachtet. Die inhaltlichen Aspekte der Fallanalysen können in den Vor-Ort-Begutungen ausführlicher und lösungsorientierter durchgeführt werden. Zudem liegt ein weiterer Haupteffekt der Kollegialen Gespräche in der generellen Sensibilisierung der verschiedenen Krankenhausmitarbeiter (ärztliches Personal, Pflege, Controlling, Geschäftsführung).

Aus den Berichten geht zudem hervor, dass die Anzahl an Anfragen reduziert werden müsste, um eine effektive inhaltliche Arbeit im Rahmen des Strukturierten Dialogs zu gewährleisten. Durch eine Reduktion des Gesamtumfangs des Strukturierten Dialogs wäre des Weiteren eine Fokussierung auf bestimmte versorgungsrelevante Schwerpunkte möglich. Aufgrund vieler Einzelfallanfragen (bei z. B. Sentinel-Event) wird eine Aufarbeitung im Langzeitverlauf vorgeschlagen, um direkte Rückschlüsse auf die strukturelle und medizinische Qualität einzelner Standorte zu ermöglichen.

Demgegenüber berichtet eine andere Fachgruppe, dass sich „der Ton der Stellungnahmen und der Gespräche“ im Vergleich zum Vorjahr deutlich verschärft hat. Zudem finden sich wiederholt auffällige Krankenhausstandorte, bei denen deutlich wurde, dass die Gespräche des Vorjahres keine nachhaltige Wirkung zeigten. Der Fachgruppe ist bislang unklar, wie mit mehrfach auffälligen Standorten umgegangen werden soll.

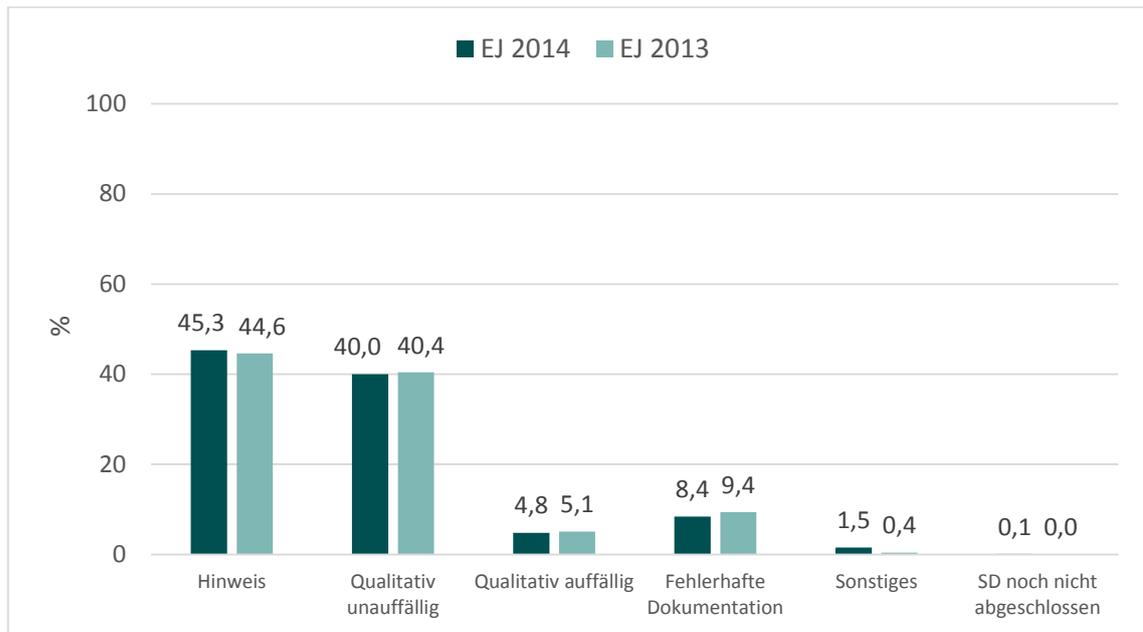


Abbildung 27: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (17/5 bis 17/7) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

4.1.17 Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)

Der Strukturierte Dialog konnte im QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* von allen Fachgruppen auf Landesebene fristgerecht beendet werden. Insgesamt wurden bei den 2 zu prüfenden Indikatoren 714 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt, was im Vergleich zum Vorjahr (n = 795) einen Rückgang bedeutet. An die rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte wurden insgesamt 133 Hinweise versendet und es wurden 580 Stellungnahmen angefordert. 14-mal wurde eine Besprechung der Ergebnisse und 4-mal eine Begehung durchgeführt. Für 46 der rechnerischen Auffälligkeiten wurde eine Zielvereinbarung geschlossen. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich somit – trotz Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten – die Anzahl dieser weiterführenden Maßnahmen erhöht: Im Strukturierten Dialog 2014 für das Erfassungsjahr 2013 waren es 8 Besprechungen, die durchgeführt wurden, und es fand keine Begehung statt. Zielvereinbarungen wurden 28-mal geschlossen.

Die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten, die im Ergebnis des Strukturierten Dialogs als „qualitativ unauffällig“ eingestuft wurden, entspricht in etwa dem des Vorjahres: Im Strukturierten Dialog 2015 für das Erfassungsjahr 2014 sind 44,3 % (n = 317) als unauffällig eingestuft, im Strukturierten Dialog 2014 waren es 40 % (n = 318). Auch der Anteil der Auffälligkeiten, die im Ergebnis als „qualitativ auffällig“ eingestuft werden, ist vergleichbar mit den Vorjahresergebnissen. Im Strukturierten Dialog 2015 sind es 12,3 % der Auffälligkeiten, im Strukturierten Dialog 2014 für das Erfassungsjahr 2013 waren es 11,1 %. Die absolute Zahl der als „qualitativ auffällig“ eingestuften Ergebnisse lag in beiden Jahren bei 88. Betrachtet man die beiden im Strukturierten Dialog berücksichtigten Indikatoren getrennt voneinander, wird deutlich, dass die Anzahl qualitativ

auffälliger Standorte für den Indikator QI-ID 52009¹⁰ geringer geworden ist (EJ 2013 n = 41, EJ 2014 n = 31). Hingegen ist die Anzahl qualitativ auffälliger Standorte für den Indikator QI-ID 52010¹¹ angestiegen (EJ 2013 n = 47, EJ 2014 n = 57).

Die Einstufung von rechnerischen Auffälligkeiten in „Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich“ wurde im Vergleich zum Vorjahr seltener vorgenommen (EJ 2014: 22,7 %, n = 164, EJ 2013: 26,0 %, n = 207), wobei sich im Strukturierten Dialog 2014 vermutlich u. a. die Umstellung des Verfahrens auf die Erfassung mithilfe von Routinedaten widerspiegelt. Diese Umstellung wurde für das Erfassungsjahr 2013 vorgenommen, sodass im ersten Jahr mit einem erhöhten Anteil fehlerhafter Dokumentation zu rechnen war. Dennoch ist die Rate fehlerhafter Dokumentationen nach wie vor hoch. Den Berichten der Länder ist zu entnehmen, dass in vielen Krankenhäusern Unsicherheiten und Schwierigkeiten bei der Einstufung eines Dekubitus bzw. bei der Einstufung des Risikos bestehen. Dementsprechend sind weitere Schulungsmaßnahmen dringend zu empfehlen, worauf die Krankenhäuser im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Teil auch hingewiesen wurden. Des Weiteren werden zur Verbesserung der Dokumentationsqualität zukünftig die Ausfüllhinweise angepasst: Es wird ein zusätzlicher Hinweis des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) aufgenommen, der bei Unsicherheit empfiehlt, den jeweils niedrigeren Dekubitusgrad zu kodieren.

Am 26. Januar 2016 fand in Berlin die Bund-Land-Konferenz Dekubitusprophylaxe statt. Hier wurde in einem Workshop intensiv über den Strukturierten Dialog sowie dessen Ergebnisse diskutiert. Themen waren unter anderem die Bewertung rechnerisch auffälliger Krankenhausstandorte sowie der zeitliche Aufwand für die Beurteilung und ggf. notwendige Begehungen der Standorte.

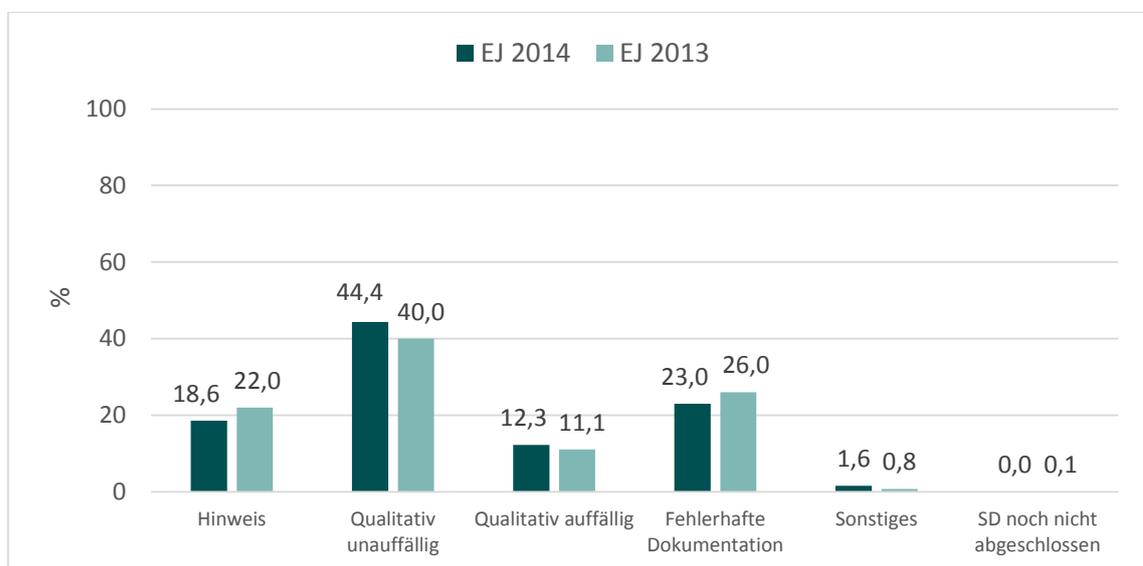


Abbildung 28: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (DEK) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

¹⁰ Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)

¹¹ Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4

4.2 Landesspezifika

Die externe stationäre Qualitätssicherung findet in den Bundesländern seit vielen Jahren große Beachtung und wird intensiv gefördert. Neben den gesetzlich verpflichtenden Verfahren führen viele Landesgeschäftsstellen eigene Qualitätssicherungsprojekte durch.

Diese basieren vielfach auf modifizierten Indikatoren der Bundesebene und werden in den Strukturierten Dialog miteinbezogen. Weitere Strukturierte Dialoge, die auf Initiative der Landesebene geführt worden sind, aber keinen unmittelbaren Bezug zu den Bundesvorgaben haben, werden nicht in diesem Bericht dargestellt. Nachfolgend sind jedoch einige medizinische Bereiche, in denen qualitätssichernde bzw. -fördernde Maßnahmen ausgeführt worden sind, beispielhaft erwähnt:

- Schlaganfallversorgung
- Qualitätssicherung bei Multiresistenten Erregern (MRE)
- Todesfallkonferenz Neonatologie
- Patientensicherheit
- Anästhesie
- Radiologie

In vielen Bundesländern werden die Ergebnisse der geführten Strukturierten Dialoge auf eigenen Ergebniskonferenzen vorgestellt. Dabei werden häufig Schwerpunkte auf bestimmte QS-Verfahren gesetzt. Einige Landesspezifika sind nachstehend beispielhaft dargestellt:

- Durchführung eines Pilotprojekts, in dem geprüft werden soll, ob durch einen intensivierten Dialog bzw. Klinikbegehungen Verbesserungen in den Krankenhäusern schneller initiiert werden können. Hierzu wurden aus einzelnen Qualitätsindikatoren Sets gebildet, die eine QS-Verfahren-übergreifende Betrachtung ermöglichen. Bei besonders auffälligen Krankenhäusern erfolgte eine Besprechung vor Ort mit allen Beteiligten. Zusätzlich wurde ein modifiziertes schriftliches Verfahren durchgeführt. Der Abschlussbericht wird derzeit erstellt.
- Einige Fachgruppen auf Landesebene haben die Rechenregeln einzelner Indikatoren angepasst und erfassen mit strengeren Rechenregeln auffällige Einzelfälle genauer. Darüber hinaus werden zum Teil zusätzliche Indikatoren ausgewertet, die in der Praxis als medizinisch relevant erachtet werden.
- Es erfolgte eine genauere Analyse von Dekubitalulcera mit nicht näher bezeichnetem Grad und Fällen mit unbekanntem Dekubitusstatus bei Aufnahme oder bei Aufnahme nicht vorhanden.
- Einige Fachgruppen auf Landesebene sehen für bestimmte Indikatoren keinen Erkenntnisgewinn und sehen von der Überprüfung im Rahmen des Strukturierten Dialogs ab.

Diese und andere landesspezifische Maßnahmen, Vorgehensweisen und weitere qualitätsfördernde Modelle können Anregungen sein, um Weiterentwicklungen auf Bundesebene zu initiieren. Insbesondere landesspezifische Qualitätsindikatoren werden in den Fachgruppen auf Bundesebene – in denen auch jeweils mindestens zwei Vertreter der Landesgeschäftsstellen für

Qualitätssicherung vertreten sind – diskutiert und gegebenenfalls bundesweit umgesetzt. Detaillierte Angaben zu den Ergebnissen von landesspezifischen Kennzahlen befinden sich in eigenen Berichten der entsprechenden Landesgeschäftsstellen. Jede Landesgeschäftsstelle stellt die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs in ihrem Bundesland ebenfalls jährlich in einem separaten Bericht dar. Dieser wird in erster Linie als Ergebnisbericht dem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem jeweiligen Lenkungsgremium zur Verfügung gestellt.

4.3 Empfehlungen aus den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung

Mit den Ergebnisberichten der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung werden jährlich Anregungen der jeweiligen Fachgruppen auf Landesebene zur kontinuierlichen Verbesserung und Weiterentwicklung der betreffenden QS-Verfahren an die Institution nach § 137a SGB V weitergegeben. Im Rahmen der Systempflege und Weiterentwicklung werden diese Änderungsvorschläge von den entsprechenden Fachgruppen auf Bundesebene bezüglich ihrer Umsetzbarkeit geprüft und ggf. etabliert.

Ideen und Verbesserungspotenziale werden zudem von den in die jeweiligen Fachgruppen auf Bundesebene der indirekten Verfahren entsandten Landesvertretern (in der Regel sind dies zwei Personen) eingebracht. Die Kommunikation mit den Vertretern der Landesebene und den Experten der Fachgruppe auf Bundesebene ist besonders wichtig, um Erkenntnisse auszutauschen, die im Strukturierten Dialog gewonnen werden, und daraus Weiterentwicklungen zu initiieren.

Im vorstehenden Abschnitt 4.1 zu den Ergebnissen, unterteilt nach QS-Verfahren, finden bereits einige dieser Empfehlungen Erwähnung. Daher werden nachfolgend nur einzelne Aspekte in kurzer Form und beispielhaft dargelegt.

Die Entscheidung, eine Qualitätssicherung bei der Cholezystektomie ruhen zu lassen, wird bedauert und gleichzeitig wird empfohlen, zusätzlich auch die Hernienchirurgie und die kolorektale Tumorchirurgie einzubeziehen.

Vielfach wird empfohlen, die Anzahl der Anfragen an die Krankenhäuser insbesondere im Bereich Orthopädie/Unfallchirurgie zu reduzieren, um eine effektive inhaltliche Arbeit zu ermöglichen. Viele Anfragen ermöglichen keine direkten Rückschlüsse auf die strukturelle und medizinische Qualität einzelner Standorte. Dieser Hinweis wird bei der Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs berücksichtigt.

Weiterer Verbesserungsbedarf im Bereich Orthopädie/Unfallchirurgie wird im Indikator „Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus“ (QI-ID 2266) gesehen. Hier sollte zum Beispiel nicht die Aufnahme ins Krankenhaus, sondern der Zeitpunkt der Diagnosestellung betrachtet werden. Auch die Gabe von Antikoagulantien und die erforderliche Einholung einer Betreuung sollte bei der Berechnung berücksichtigt werden.

Im Bereich der Geburtshilfe gibt es die Empfehlung, den Qualitätsindikator „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (QI-ID 1058) zu modifizieren. Hier seien die Ergebnisse seit mehreren Jahren auffällig niedrig. Es sollte diskutiert werden, die Zeitspanne von der frühestmöglichen Erfassbarkeit der Notfallindikation bis zur Entwicklung des Kindes zu erfassen. Auch im Qualitätsindikator „Dammrissrate Grad III oder IV“ (QI-ID 51181) bleibt das Ergebnis wie schon

in den Vorjahren auffällig niedrig, was aus medizinisch-fachlicher Sicht nicht zu den realen Verhältnissen passt. Es muss weiterhin vermutet werden, dass einige der hochgradigen Dammrisse entweder nicht dokumentiert oder nicht erkannt werden. Die Kliniken sollten auf ein einheitliches Vorgehen, aus Sicht der Fachgruppe auch unter Berücksichtigung der partiellen Schließmuskelrisse, orientiert werden.

Die Hinweise der Landesgeschäftsstellen werden in den kommenden Sitzungen der Fachgruppen auf Bundesebene bearbeitet.

5 Schlussfolgerung und Ausblick

Der im vorliegenden Bericht abgehandelte Strukturierte Dialog zeichnete sich erneut durch die konstruktive und engagierte Mitarbeit der beteiligten Krankenhausstandorte sowie durch den zielführenden Einsatz der Mitarbeiter der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung und der Institution nach § 137a SGB V aus. Unter aktiver Beteiligung der beratenden Fachgruppen auf Bundes- und Landesebene konnte der Prozess bundesweit fristgerecht beendet werden.

Für das Erfassungsjahr 2014 erfolgten die Auswertungen erstmalig gemäß der Änderung der QSKH-Richtlinie auf Basis der entlassenden Standorte. Dieser Sachverhalt führte mitunter zu Problemen, da die betreffende Leistung nicht immer am entlassenden Standort erbracht wurde. Die von diesem Problem betroffenen Krankenhausstandorte konnten die im Strukturierten Dialog angefragten Fälle teilweise nicht hinreichend evaluieren. Wie eine faire und gerechte Abbildung der Versorgungsqualität in Bezug auf die Standortproblematik in Zukunft aussehen soll, ist zum Zeitpunkt der Berichtserstellung noch nicht abschließend geklärt.

Die Kliniken zeigen sich größtenteils bemüht, die im Rahmen des Strukturierten Dialogs aufgezeigten Qualitätsdefizite durch strukturelle Verbesserungen nachhaltig zu beseitigen. Vor allem bestätigte sich auch für dieses Erfassungsjahr, dass der direkte Kontakt zu den Krankenhäusern im Kollegialen Gespräch oder während einer Vor-Ort-Begehung die effektivste, allerdings auch die zeitaufwendigste Maßnahme im Strukturierten Dialog ist. Durch persönliche Gespräche mit den Fachexperten können wertvolle Erfahrungen ausgetauscht und Struktur- und Prozessmängel aufgedeckt werden. Zudem können Anregungen und Hinweise von Außenstehenden sehr hilfreich sein, um einrichtungsintern Verbesserungen umzusetzen bzw. gegenüber der Klinikleitung durchzusetzen. Darüber hinaus wird die Akzeptanz der Qualitätssicherungsinstrumente gestärkt.

Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2014 zeigen einen Rückgang bei der Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten bei einem nahezu gleichbleibenden Anteil an geprüften qualitativen Auffälligkeiten. Der Anteil an qualitativ unauffälligen bzw. auffälligen Bewertungen, die nach Abschluss des Strukturierten Dialogs vergeben worden sind, ist nahezu identisch geblieben, ebenso der Anteil an Bewertungen, die wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich gewesen sind. Zugenommen hat der Anteil der Besprechungen, der Vor-Ort-Begehungen und der geschlossenen Zielvereinbarungen. Dagegen bleibt der Hinweisversand seit Jahren bei einem recht stabilen Wert von etwa 40 % an allen rechnerischen Auffälligkeiten.

Der Wechsel der Verantwortlichkeiten für die Verfahren der externen Qualitätssicherung im Rahmen der Aufgaben als Institution nach § 137a SGB V wird auch eine Re-Evaluation der Methoden und definierten Prozesse im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit sich bringen. Dabei werden insbesondere die Verkürzung der Zeitschiene, aber auch die Konzentration auf wesentliche Qualitätsdefizite von Bedeutung sein.

Glossar

Begriff	Erläuterung
Auffälligkeit, qualitative	Teilmenge der rechnerischen Auffälligkeiten, die in einem qualitativen Beurteilungsprozess (z. B. Strukturierter Dialog) als Qualitätsproblem einer Einrichtung klassifiziert wurden.
Auffälligkeit, rechnerische	Das gemessene Ergebnis eines Indikators liegt außerhalb eines vorher festgelegten Referenzbereichs und/oder weicht im Verhältnis zu den gemessenen Ergebnissen anderer Einrichtungen signifikant ab.
Basisprüfung, Statistische	Statistische Analyse der gelieferten QS-Daten der Leistungserbringer nach vorab festgelegten Auffälligkeitskriterien (Plausibilität, Vollständigkeit, Vollzähligkeit). Zielt zusammen mit dem Strukturierten Dialog darauf ab, fehlerhafte, unvollständige und unvollzählige Dokumentationen in den QS-Daten zu identifizieren und gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität zu initiieren.
Datenfeld	Kleinste Einheit eines Datensatzes (z. B. Angabe des Geschlechts im Dokumentationsbogen).
Datensatz	Eine zusammenhängende Menge von QS-Daten, die einem Fall (beispielsweise einem Patienten) zugeordnet wird.
Datenvalidierung	Verfahren zur Überprüfung von QS-Daten zum einen auf Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität (Statistische Basisprüfung), zum anderen auf ihre Übereinstimmung (Konkordanz) mit einer Referenzquelle wie bspw. der Krankenakte/Patientenakte (Stichprobenverfahren mit Datenabgleich).
Dokumentation	siehe: QS-Dokumentation
Dokumentationsqualität	Güte der (medizinischen) QS-Dokumentation eines QS-Verfahrens, die durch die Größen Korrektheit (Übereinstimmung mit den Daten der Patientenakte), Vollständigkeit (einzelner Datensätze) und Vollzähligkeit (der Datensätze insgesamt) abgebildet wird.
Ein-Fall-Regel	Bei rechnerischen Auffälligkeiten, die sich nur durch einen Fall pro Qualitätsindikator je Standort ergeben, kann ohne Begründung auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog verzichtet werden (§ 10 QSKH-RL).
Erfassungsjahr	Das Jahr, in dem die Daten erhoben werden. Hierauf beruhen die Ergebnisse der Indikatoren. Die Kriterien für die Abgrenzung des Erfassungsjahres sind in der Spezifikation zur Sollstatistik definiert.

Begriff	Erläuterung
Fachgruppen auf Bundesebene	Beratende Expertengruppen für die Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung auf Bundesebene.
Fallzahl	Anzahl durchgeführter Behandlungen, z. B. in einem bestimmten medizinischen 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.
Leistungserbringer	Personen und Einrichtungen, die medizinische Versorgungsleistungen erbringen bzw. bereitstellen. Der Begriff wird im SGB V auch für Ärzte und ärztliche Einrichtungen sowie für zugelassene Krankenhäuser gem. §108 SGB V genutzt.
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 Entwicklungsstands und damit der Güte von Leitlinien erstellt.
Plausibilitätsprüfung	Statistisches Verfahren, mit dem die Dokumentationsdaten auf erlaubte und/oder fehlende Werte, Widerspruchsfreiheit, Werteverteilung und bekannte Korrelationen geprüft werden.
QS-Daten	Sammelbegriff für alle Daten, die im Zuge eines QS-Verfahrens erhoben und ausgewertet werden.
QS-Dokumentation	Gesonderte Erhebungen der Leistungserbringer zu Diagnose- und Behandlungsdaten der Patienten für die Qualitätssicherung.
QS-Verfahren	hier: QS- Verfahren der gesetzlichen Qualitätssicherung. Medizinischer Themen- oder Behandlungsbereich, der im Rahmen der bundesweiten Qualitätssicherung dokumentationspflichtig ist.
Rechenregeln	hier: Regeln zur Berechnung von Indikatoren.
Referenzbereich	Gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise Qualitätssicherungsmaßnahmen nach sich.
Sentinel-Event	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	Erläuterung
Spezifikation	Datensatzbeschreibung. Festlegung, welche Daten für die Qualitätssicherung erhoben bzw. übermittelt werden müssen, welche Prüfalgorithmen zur Anwendung kommen (z.B. für Plausibilitätsprüfungen) und wie die QS-Auslösung operationalisiert ist.
Verweildauer	Dauer des stationären Aufenthalts eines Patienten, Abstand zwischen Aufnahme- und Entlassungsdatum.
Vollständigkeit	Erfassung aller zu einem einzelnen Behandlungsfall erforderlichen Angaben (Daten).
Vollzähligkeit	Erfassung aller dokumentationspflichtigen Behandlungsfälle zu einer bestimmten Versorgungsleistung.
Worst-Case-Indikator	Bei Worst-Case-Indikatoren werden alle Patienten, zu denen keine Informationen zum Überlebensstatus vorliegen, als verstorben betrachtet. Gemessen werden demnach tatsächliche und aufgrund mangelhafter Dokumentation nicht auszuschließende Todesfälle. Sie treffen somit eine Aussage über die Dokumentations- bzw. Nachsorgequalität der Einrichtungen.
Zielbereich	Definiert durch einen festen Referenzbereich erreichbar gute Qualität auf Basis wissenschaftlicher Untersuchungen.