



Abschlussbericht gemäß §15 Abs. 2 QSKH-Richtlinie

Bericht zum Strukturierten Dialog 2010

Erfassungsjahr 2009

Stand: 29. Juni 2011

Impressum

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:

Bericht zum Strukturierten Dialog 2010

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

15. Mai 2011

(Redaktionelle Überarbeitung am 20. Juni 2011 und am 29. Juni 2011)

Hinweis:

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

Anschrift des Herausgebers:

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

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

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

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns ganz herzlich bei den Mitgliedern der Projektgruppe „Berichte zum Strukturierten Dialog und zur Datenvalidierung“ für die geleistete wertvolle Arbeit und die tatkräftige Unterstützung bedanken. Wir bedanken uns auch bei allen anderen Beteiligten, die diesen Bericht ermöglicht haben: dem Gemeinsamen Bundesausschuss als Auftraggeber, den Kollegen aus den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung, den Verantwortlichen in den Krankenhäusern und dem Personal auf den Stationen.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	3
Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	6
Abkürzungsverzeichnis.....	7
Glossar.....	8
Vorstellung der Leistungsbereiche.....	12
1. Zusammenfassung.....	14
2. Einleitung.....	16
3. Zielsetzung und Auftrag.....	17
4. Methodik und Ablauf.....	18
4.1. Hintergrund.....	18
4.1.1. Zuständigkeiten.....	18
4.1.2. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen.....	19
4.1.3. Referenzbereiche und rechnerische Auffälligkeiten.....	20
4.2. Ablauf des Strukturierten Dialogs.....	21
4.2.1. Bearbeitung von rechnerischen Auffälligkeiten.....	21
4.2.2. Analyse der Stellungnahmen von Leistungserbringern.....	21
4.3. Abschluss des Strukturierten Dialogs.....	23
4.4. Praxisbeispiele.....	24
4.4.1. Beispiel aus den direkten Verfahren.....	24
4.4.2. Überblick über den Ablauf.....	25
5. Umsetzung und Ergebnisse im Überblick.....	26
5.1. Rechnerische Auffälligkeiten.....	27
5.2. Eingeleitete Maßnahmen.....	29
5.3. Verzicht auf Maßnahmen.....	32
5.4. Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten.....	33
6. Ausgewählte Ergebnisse.....	36
6.1. Rechnerische Auffälligkeiten und qualitative Auffälligkeiten.....	36
6.2. Ergebnisse der Indikatoren mit besonderem Handlungsbedarf.....	38
6.2.1. Eingeleitete Maßnahmen.....	38
6.2.2. Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten.....	40
6.2.3. Kommentierung der Maßnahmen und Ergebnisse zu C-Indikatoren.....	44
6.3. Konsequenzen des Strukturierten Dialogs.....	50
7. Schlussfolgerung und Ausblick.....	52

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gesamtübersicht der Ergebnisse.....	15
Tabelle 2: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen pro Leistungsbereich	19
Tabelle 3: Bewertungsmöglichkeiten im Strukturierten Dialog.....	23
Tabelle 4: Anzahl der Krankenhäuser und Fälle pro Leistungsbereich 2009	26
Tabelle 5: Anzahl der Krankenhäuser pro Leistungsbereich mit mindestens einer rechnerischen Auffälligkeit ..	27
Tabelle 6: Mögliche und tatsächliche rechnerische Auffälligkeiten.....	28
Tabelle 7: Eingeleitete Maßnahmen pro Leistungsbereich.....	29
Tabelle 8: Verzicht auf Maßnahmen.....	32
Tabelle 9: Ergebnisse pro Leistungsbereich	34
Tabelle 10: Kategorisierung des Handlungsbedarfs.....	38
Tabelle 11: Eingeleitete Maßnahmen C-Indikatoren.....	39
Tabelle 12: Bewertung der C-Indikatoren.....	41
Tabelle 13: Bewertungen in Kategorien für „qualitativ auffällig“	43

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitstrahl.....	16
Abbildung 2: Zuständigkeiten im Strukturierten Dialog	18
Abbildung 3: Ablauf des Strukturierten Dialogs.....	22
Abbildung 4: Ablauf des Strukturierten Dialogs am Beispiel Lebertransplantation	25
Abbildung 5: Eingeleitete Maßnahmen über alle Leistungsbereiche und alle Bundesländer bzw. AQUA-Institut	31
Abbildung 6: Eingeleitete Maßnahmen über alle Leistungsbereiche	31
Abbildung 7: Ergebnisse der rechnerischen Auffälligkeiten, zu denen eine Stellungnahme angefordert wurde	33
Abbildung 8: Ergebnisse über alle Leistungsbereiche	35
Abbildung 9: Anteil der qualitativ auffälligen Kennzahlen pro Leistungsbereich (direkte Verfahren).....	36
Abbildung 10: Anteil der qualitativ auffälligen Kennzahlen pro Leistungsbereich (indirekte Verfahren).....	37

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Beschreibung
AQUA-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
BFG	Bundesfachgruppe(n)
DHC	Ductus hepaticus communis (Gallengang)
E-E-Zeit	Entschluss-Entwicklungs-Zeit
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
KHK	Koronare Herzkrankheit
LQS	Landesgeschäftsstelle(n) für Qualitätssicherung
MELD	Model for Endstage Liver Disease
PCI	Perkutane Koronarintervention
Qesü-RL	Richtlinie nach §92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung
QI	Qualitätsindikator
QI-DB	Qualitätsindikatoren-Datenbank
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünf

Glossar

Begriff	Beschreibung
ASA-Klassifikation	In der Medizin weit verbreitetes Schema (der American Society of Anesthesiologists) zur Einteilung von Patienten nach ihrem allgemeinen Gesundheitszustand (ASA 1 bis 6). Anwendung findet das Schema vor allem zur Einschätzung von individuellen Operationsrisiken.
Auffälligkeit	Hier: das gemessene Ergebnis eines Indikators liegt außerhalb eines vorher festgelegten Referenzbereichs
Cockcroft-Gault-Formel	Die Cockcroft-Gault-Formel dient zur Schätzung der glomerulären Filtrationsrate auf Basis des Serum-Kreatinin-Wertes (GFR: Glomeruläre Filtrationsrate; die durch die Glomerula (Gefäßknäuel innerhalb der Nierenkörperchen) gefilterten Primärharn.) Die Näherungsformel ist, ebenso wie die MDRD-Formel, validiert für ambulante, chronisch nierenkranke Patienten mit mittlerer bis schwerer Nierenfunktionseinschränkung. Die Formeln sind nicht geeignet zur Bestimmung der glomerulären Filtrationsrate bei Personen mit normaler Nierenfunktion oder leichter Nierenfunktionseinschränkung.
Datenvalidierung	Überprüfung von Daten auf Verlässlichkeit. Hier: Überprüfung der von den Leistungserbringern übermittelten Daten. Die entsprechenden Verfahren sind in den Richtlinien des G-BA (QSKH-RL, Qesü-RL) detailliert beschrieben.
Diabetes Mellitus	Zuckerkrankheit
Endometriose	Auftreten von Gebärmutterschleimhautgewebe außerhalb der Gebärmutter
Evidenz	im Zusammenhang mit der sogenannten evidenzbasierten Medizin: empirisch nachweisbar/beweisbar
Fallzahl	Anzahl von behandelten Patienten z.B. für einen Leistungsbereich in einem Krankenhaus
Flächendosisprodukt	in der Röntgendiagnostik verwendete Größe zur Ermittlung der Strahlenbelastung des Patienten; das Flächendosisprodukt (FDP) ist definiert als Produkt aus der bestrahlten Fläche [in cm ²] und der dort wirksamen Dosis [Gy – Gray].
Gemeinsamer Bundesausschuss	Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.
ICD	engl.: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Die "Internationale Klassifikation der Krankheiten" wird von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben und periodisch überarbeitet.
Indikation	Medizinischer Begriff, der die Angemessenheit bzw. die Notwendigkeit einer bestimmten Behandlung begründet.

Begriff	Beschreibung
Indikator	„Anzeiger“. Auch: Qualitätsindikator. Vielfältig im Rahmen der Qualitätssicherung, der Qualitätsförderung und -forschung sowie auch für Zwecke des Monitoring und der Berichterstattung verwendeter Begriff. Hier: Quantitatives Maß zur Bewertung der Qualität einer bestimmten gesundheitlichen Versorgungsleistung, die sich auf das Behandlungsergebnis von Patienten auswirkt. Qualitätsindikatoren bilden Qualität indirekt, d.h. in Zahlen bzw. als Zahlenverhältnis, ab.
Ergebnis~	Ein Ergebnisindikator misst die Qualität des Behandlungsergebnisses. Er zeigt, wie oft ein gewünschtes oder unerwünschtes Behandlungsergebnis festgestellt wird.
Prozess~	Ein Prozessindikator erfasst für wichtige Behandlungsschritte (als Teile des Behandlungsprozesses), ob und in welcher Qualität diese durchgeführt werden. Für einen guten Prozessindikator sollte nachgewiesen sein, dass er die Qualität von Behandlungsprozessen adäquat abbildet.
Sentinel-Event~	Sentinel-Event-Indikatoren erfassen sehr seltene, schwerwiegende Ereignisse (Sentinel Events) wie Todesfälle.
Insuffizienz	Schwäche, ungenügende Leistung eines Organs oder Organsystems
Katheter	röhren- oder schlauchförmiges, starres oder flexibles Instrument zum Einführen in Hohlorgane, Gefäße bzw. Körperhöhlen
Kellgren und Lawrence Score	Allgemeine Klassifikation der Arthrose (Gelenkabnutzung) im Röntgenbild
Kennzahl	Maßzahl zur Quantifizierung eines Indikators. Eine Kennzahl ermöglicht, den vom Qualitätsindikator beobachteten Behandlungsschritt oder das beobachtete Ergebnis unter verschiedenen Gesichtspunkten zu betrachten.
Komorbidität	Vorkommen von zwei oder mehr diagnostisch unterscheidbaren Krankheiten nebeneinander bei einem Patienten, ohne dass eine ursächliche Beziehung zwischen diesen bestehen muss.
Koxarthrose	Unter einer Koxarthrose versteht man eine Abnutzungserscheinung/Verschleiß des Knorpels im Hüftgelenk.
Leitlinie	Hier: Medizinische Leitlinie. Systematisch entwickelte Orientierungs- bzw. Entscheidungshilfe v.a. für Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer bzgl. einer angemessenen medizinischen Versorgung. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat ein weithin anerkanntes 3-stufiges Klassifikationssystem (S1 bis S3) zur Bewertung der Güte von Leitlinien erstellt.
S3~	Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie, Leitlinie höchster Güte
Letalität	Die Letalitätsrate bestimmt das Verhältnis der durch eine bestimmte Erkrankung verursachten Todesfälle zur Gesamtzahl der hieran Erkrankten.
Median	Der Median wird auch als das 50. Perzentil bezeichnet. Er ist derjenige Wert der Verteilung, der die der Größe nach sortierten Werte in zwei gleich große Hälften teilt: 50% der Einrichtungen erreichen Werte, die kleiner oder gleich dem Median sind, während die Werte der anderen 50% der Krankenhäuser größer oder gleich dem Median sind. Mit dem Median lässt sich die „mittlere“ Ausprägung einer Werteverteilung kennzeichnen, auch wenn die Verteilung asymmetrisch ist und Extremwerte auftreten – er hat also den Vorteil, gegen Ausreißer (extrem kleine oder große Werte) unempfindlich zu sein.

Begriff	Beschreibung
MDRD-Formel	Die MDRD-Formel wurde an einem großen Kollektiv von Patienten mit Nierenfunktionseinschränkung abgeleitet (Modification of Diet in Renal Diseases Study, 1989). Die MDRD-Formel benötigt keine Angabe des Körpergewichts, da sie die glomeruläre Filtrationsrate für eine standardisierte Körperoberfläche von 1,73 m ² angibt und ist bei Menschen mit moderater bis schwerer chronischer Nierenfunktionseinschränkung genauer als die Cockcroft-Gault-Formel.
MELD-Score	Der MELD-Score (Model for End-Stage Liver Disease) gibt den Schweregrad einer Lebererkrankung an und wird verwendet, um Patienten mit schweren Leberschäden bevorzugt ein Spenderorgan zukommen zu lassen.
Neutral-Null-Methode	Messmethode, bei der die Gelenkbewegungen von einer einheitlich definierten Ausgangsstellung aus gemessen werden
Okklusion	Verschluss
Operation, laparoskopische	Die laparoskopische Operation, auch Bauchspiegelung genannt, bezeichnet eine Methode, bei der die Bauchhöhle und die darin liegenden Organe mit speziellen Stablinsen-Optiken (starrten Endoskopen) durch kleine, vom Chirurgen geschaffene Öffnungen in der Bauchdecke sichtbar gemacht werden.
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel. Kodierungssystem für medizinische Leistungen bzw. verbindlicher Abrechnungsschlüssel zwischen medizinischen Leistungserbringern und Kostenträgern (Gesetzliche Krankenkassen)
Ovareingriff	Eingriff an den Eierstöcken
Perzentil	Perzentile werden zur Beschreibung der Lage einzelner Krankenhausergebnisse relativ zu den Ergebnissen aller anderen Krankenhäuser verwendet. Die Perzentile bzw. Prozentränge untergliedern die der Größe nach sortierten Werte einer Verteilung in hundert gleich große Bereiche. Das 25. Perzentil, das 50. Perzentil bzw. der Median und das 75. Perzentil werden auch als Quartile bezeichnet, da sie die Daten in vier gleich große Bereiche zerlegen. Für das x. Perzentil der Krankenhausergebnisse gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse kleiner oder gleich dem x. Perzentil sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% oder kleiner, so entspricht hier ein Wert von 1,5% dem 25. Perzentil.
Prophylaxe	Vorbeugende Maßnahmen
Qesü-RL	Richtlinie (des Gemeinsamen Bundesausschuss) nach §92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie (des Gemeinsamen Bundesausschuss) gemäß: § 137 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser
QS-Dokumentation	Unter Dokumentation in der Qualitätssicherung (QS) versteht man die Erfassung von Behandlungsdaten durch Leistungserbringer zum Zwecke der externen vergleichenden Qualitätsbewertung. Hinsichtlich des Erhebungsaufwands für die Leistungserbringer kann unterschieden werden zwischen Daten, die bereits in der Einrichtung vorliegen, weil Sie für andere Zwecke bereits erfasst worden sind (z.B. Abrechnungsdaten) und Daten, die speziell zum Zweck der Qualitätssicherung dokumentiert werden. Die QS-Dokumentation ist eine wesentliche Datenquelle zur Abbildung von Qualitätsindikatoren. Andere Datenquellen sind: Patientenbefragungen, Routedaten und Selbstauskünfte der Einrichtungen.

Begriff	Beschreibung
Qualitätsindikator	siehe: Indikator
Qualitätssicherung	Sammelbegriff für unterschiedliche Ansätze und Maßnahmen zur Sicherstellung festgelegter Qualitätsanforderungen bzw. zur Erreichung bestimmter Qualitätsziele.
externe ~	Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die einrichtungsübergreifend durchgeführt werden und die einen Vergleich gleichartiger Leistungen verschiedener Institutionen ermöglichen.
Qualitätsziel	Ein Qualitätsziel definiert konkrete Anforderungen an die Qualität einer medizinischen Behandlung. Durch die zuständigen Bundesfachgruppen werden die Qualitätsziele für einen Leistungsbereich festgelegt. Für jedes Qualitätsziel können ein oder mehrere Qualitätsindikatoren gebildet werden. Anhand der Indikatorenwerte lässt sich präzise angeben, ob und in welchem Umfang Einrichtungen des Gesundheitswesens die definierten Qualitätsziele erreichen.
Referenzbereich	auch: Zielbereich. Hier: Festgelegter Ergebnisbereich, mit dessen Hilfe auffällige von unauffälligen Ergebnissen bei Qualitätsindikatoren unterschieden werden können. Ergebnisse innerhalb von Referenzbereichen sind als unauffällige bzw. gute Versorgungsqualität zu werten. Referenzbereiche können entweder durch einen festen Wert (fixer Referenzbereich) oder durch die Verteilung der Krankenhausergebnisse definiert sein (Perzentil-Referenzbereich). Eine rechnerische Auffälligkeit ist definiert als Abweichung in einem Qualitätsindikator von diesem Referenzbereich.
Risikoadjustierung	Methode zur Ermittlung und Gewichtung wesentlicher Einflussfaktoren (individuelle Risiken) auf die Ausprägung eines Indikators.
Situs	Als Situs (lat. Lage) bezeichnet man in der Anatomie (d.h. Gestalt, Lage und Struktur von Körperteilen, Organen, Gewebe oder Zellen) die Lageverhältnisse der (in der Regel inneren) Organe zueinander. Im chirurgischen Sprachgebrauch wird das eröffnete Operationsgebiet so genannt.
Transplantation	Übertragen von Zellen, Geweben oder Organen auf ein anderes Individuum oder an eine andere Körperstelle zu therapeutischen Zwecken
Verweildauer	Dauer des stationären Aufenthalts eines Patienten, Abstand zwischen Aufnahme- und Entlassungsdatum
postoperative ~	Abstand zwischen dem Operationstag und dem Entlassungstag
präoperative ~	Abstand zwischen dem Aufnahmetag und dem Operationstag
Vollzähligkeit	Wenn alle dokumentationspflichtigen Behandlungsfälle erfasst sind, spricht man von Vollzähligkeit
Zielbereich	siehe: Referenzbereich
Zyste	mit Flüssigkeit gefüllter Hohlraum im Gewebe

Vorstellung der Leistungsbereiche

Leistungsbereich	Beschreibung
Cholezystektomie	Chirurgische Entfernung der Gallenblase
Karotis-Rekonstruktion	Operative Entfernung verkalkter Beläge aus der Arterie (Ateria carotis interna) und ihre Wiederherstellung
Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Herzschrittmacher-Implantation	Einpflanzen eines Herzschrittmachers
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Auswechseln des Herzschrittmacher-Gehäuses mit Batterie, des Impulsgenerators und der Elektronik.
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	Überprüfen und ggf. Auswechseln des Herzschrittmachers (bei Komplikationen)
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Koronarangiographie: Spezielle Form der Röntgenuntersuchung zur Untersuchung der Herzkranzgefäße Perkutane Koronarintervention (PCI): Behandlungsmethode, bei der verengte Herzkranzgefäße mittels eines speziellen Eingriffs behandelt werden
Koronarchirurgie, isoliert	Operation an den Herzkranzgefäßen
Aortenklappenchirurgie, isoliert	Konventionelle Methode: Der Ersatz der Aortenklappe erfolgt durch eine „offene“ Operation am stillstehenden Herzen unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine. Der Zugang zum Herzen erfolgt über das Brustbein Kathetergestützte Methode: Die Aortenklappe wird kathetergestützt ersetzt. Der Zugang während des Eingriffs erfolgt entweder „transapikal“ (Hautschnitt über der Herzspitze) oder „transvaskulär“ (Punktion der Leistenarterie)
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und an der Aortenklappe
Herztransplantation	Übertragen eines Herzens von einem verstorbenen Organspender zu einem Empfänger
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	Übertragen einer oder beider Lungen bzw. von Herz und Lunge gemeinsam von einem verstorbenen Organspender zu einem Empfänger
Lebertransplantation	Übertragen einer Leber oder eines Lebersegments von einem Organspender zu einem Empfänger
Leberlebenspende	Entnahme von einem Lebersegment von einem Spender für einen Empfänger
Nierentransplantation	Übertragen einer Niere von einem Organspender zu einem Empfänger
Nierenlebenspende	Entnahme von einer Niere von einem Spender für einen Empfänger
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	Übertragung der Bauchspeicheldrüse bzw. gleichzeitige Übertragung von Bauchspeicheldrüse und Niere von einem Spender zu einem Empfänger
Geburtshilfe	Die Geburtshilfe umfasst den Bereich kurz vor und nach der Entbindung (Betreuung der Schwangeren, Geburtsverlauf und Komplikationen)
Gynäkologische Operationen	Operationen in der Frauenheilkunde
Mammachirurgie	Eingriffe bei Erkrankungen der weiblichen Brust

Leistungsbereich	Beschreibung
Hüftgelenknahe Femurfraktur	Hüftgelenksnaher Knochenbruch des Oberschenkelhalsknochens
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen einer Prothese oder eines Prothesenteils im Bereich der Hüfte
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Austausch einer Prothese (Ersatz) oder eines Prothesenteils im Bereich der Hüfte bei Komplikationen oder Verschleiß
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen einer Prothese oder eines Prothesenteils im Bereich des Knies
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Austausch einer Prothese (Ersatz) oder eines Prothesenteils im Bereich des Knies bei Komplikationen oder Verschleiß
Pflege: Dekubitusprophylaxe	Maßnahmen zur Vorbeugung eines Druckgeschwürs während eines stationären Aufenthalts

1. Zusammenfassung

Einleitung

In dem vorliegenden Bericht gemäß § 15 Abs. 2 QSKH-RL werden die Maßnahmen und Ergebnisse zum Strukturierten Dialog, der im Jahr 2010 auf Basis der Daten des Erfassungsjahres 2009 durchgeführt wurde, dargestellt. Die Ergebnisse beziehen sich auf Indikatoren, die vom G-BA zur vergleichenden Qualitätsbewertung von Krankenhäusern festgelegt worden sind. Ziel dieses Berichtes ist die transparente Darstellung der Verfahrensweise des Strukturierten Dialogs.

Auftrag und Zielsetzung

Beim Strukturierten Dialog handelt es sich um ein Verfahren, das Krankenhäuser bei der kontinuierlichen Verbesserung von Prozessen und Qualität unterstützt. Zur Messung der Qualität der Versorgung werden sogenannte Qualitätsindikatoren herangezogen, die Hinweise auf die erreichte Qualität geben. Weil ein Indikator aber kein unmittelbarer Maßstab für Qualität ist, muss ein rechnerisch auffälliges Ergebnis, also ein außerhalb des Referenzbereiches liegender Wert, durch neutrale Fachexperten genauer untersucht und bewertet werden.

Im Strukturierten Dialog wird zunächst geklärt, ob über Qualitätsindikatoren ermittelte Auffälligkeiten eines Krankenhauses tatsächlich auf Qualitätsprobleme zurückzuführen sind. Ist dies der Fall, wird das Krankenhaus mittels Analyse und Beratung durch Fachexperten und eine gemeinsame Festlegung von Zielvereinbarungen bei der internen Qualitätsverbesserung unterstützt.

Methodik und Ablauf

Anlass des Strukturierten Dialogs sind rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren. Das ausgewertete Ergebnis eines Krankenhauses für einen Qualitätsindikator liegt entweder innerhalb des zugehörigen Referenzbereichs – und ist damit unauffällig – oder außerhalb und gilt damit als „rechnerisch auffällig“.

Rechnerische Auffälligkeiten haben zur Folge, dass der Strukturierte Dialog eingeleitet wird. Zwei Optionen stehen den zuständigen Stellen auf Landes- bzw. Bundesebene zunächst zur Verfügung (QSKH-RL, § 11):

- Versand eines Hinweises an die betroffene Einrichtung unter Beschreibung des Sachverhalts
- Anforderung einer Stellungnahme

Im nächsten Schritt des Strukturierten Dialogs werden die eingehenden Stellungnahmen durch die Geschäftsstellen und deren Fach- und Arbeitsgruppen bzw. das AQUA-Institut und die Bundesfachgruppen analysiert, um zu ermitteln, ob die rechnerischen Auffälligkeiten durch qualitative Mängel der Versorgung verursacht wurden oder ob andere Gründe vorliegen, die zu einer rechnerischen Auffälligkeit geführt haben.

Zum Abschluss des Strukturierten Dialogs müssen die Ergebnisse bewertet werden. Dafür stehen unterschiedliche Einstufungen zur Verfügung. Für die abschließende Bewertung sind nicht nur das Indikatorergebnis und die dazugehörige Stellungnahme entscheidend. Es werden auch die Ergebnisse der anderen Indikatoren des Leistungsbereichs berücksichtigt. Außerdem werden immer die Ergebnisse und die Bewertung der Vorjahre betrachtet, um ein Gesamtbild des jeweiligen Krankenhauses zu erhalten.

Umsetzung und Ergebnisse

Auf Basis der für die externe stationäre Qualitätssicherung dokumentierten Daten des Erfassungsjahres 2009 wurden insgesamt 19.202 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt. Zu diesen Auffälligkeiten wurden 7.319 Hinweise versendet und 9.332 Stellungnahmen angefordert. In 176 Fällen hatten die Auffälligkeiten andere Maßnahmen zur Folge, in 2.375 Fällen konnte auf Maßnahmen verzichtet werden. Letzteres wurde in 2.173 Fällen mit der Einzelfallregelung begründet. Zusätzlich fanden 247 Besprechungen mit Krankenhäusern und 13 vor-Ort-Begehungen statt.

In Tabelle 1 sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den rechnerischen Auffälligkeiten dargestellt, zu denen eine Stellungnahme angefordert wurde.

Tabelle 1: Gesamtübersicht der Ergebnisse

	Anzahl (Anteil)
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	19.202
davon	
Stellungnahmen angefordert	9.332 (48,6%)
davon	
Einstufung nicht möglich	40 (0,4%)
unauffällig	3.757 (40,2%)
unauffällig mit Verlaufskontrolle	3.815 (40,8%)
auffällig	1.672 (17,9%)
davon	
qualitativ auffällig	648 (38,7%)
wiederholt qualitativ auffällig	134 (8,0%)
qualitativ auffällig wegen fehlerhafter Dokumentation	670 (40,1%)
wiederholt qualitativ auffällig wegen fehlerhafter Dokumentation	145 (8,7%)
qualitativ auffällig wegen mangelnder Mitwirkung	75 (4,5%)
sonstiges	48 (0,5%)

Schlussfolgerung und Ausblick

Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zeigen, dass von rechnerischen Auffälligkeiten nicht automatisch auf Qualitätsmängel geschlossen werden kann. Neben medizinischen Gründen können auch Probleme im Zusammenhang mit der Umsetzung der jeweiligen Qualitätsindikatoren, Dokumentationsprobleme oder methodische Mängel der Datenerfassung Ursachen für rechnerische Auffälligkeiten sein.

Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs lassen erkennen, dass durch dieses Verfahren Qualitätsmängel der stationären Versorgung zuverlässig erkannt und bearbeitet werden können. Allerdings wird erneut die geringe Spezifität des Verfahrens sichtbar: Einer großen Menge ermittelter rechnerischer Auffälligkeiten steht eine relativ geringe Anzahl an festgestellten Qualitätsmängeln gegenüber.

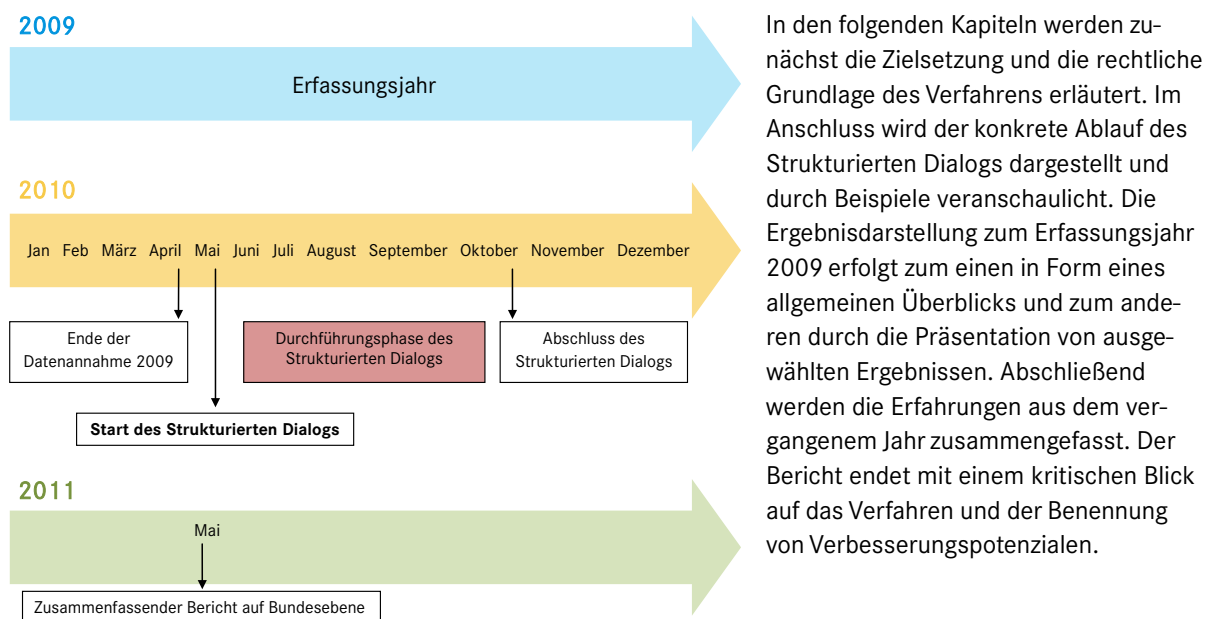
Der Strukturierte Dialog ist nicht nur von Nutzen, um Mängel im Bereich der stationären Versorgung zu identifizieren und zu beheben, sondern auch um Ansatzpunkte für die weitere Optimierung der Qualitätsindikatoren in den einzelnen Leistungsbereichen aufzudecken.

2. Einleitung

In dem vorliegenden Bericht gemäß § 15 Abs. 2 QSKH-RL werden die Maßnahmen und Ergebnisse zum Strukturierten Dialog dargestellt, die im Jahr 2010 auf Basis der Daten des Erfassungsjahres 2009 durchgeführt wurden. Die Ergebnisse beziehen sich auf Indikatoren, die vom G-BA zur vergleichenden Qualitätsbewertung von Krankenhäusern festgelegt worden sind. Ziel dieses Berichtes ist die transparente Darstellung der Verfahrensweise des Strukturierten Dialogs.

Bisher wurde der Abschlussbericht über die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs lediglich in tabellarischer Form erstellt und nicht veröffentlicht. In diesem Jahr wird der Bericht erstmals auch der interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Um den Bericht für die erweiterte Leserschaft verständlich zu machen, wurde das Konzept des Berichts vollständig überarbeitet. Dazu wurde eine Projektgruppe von Mitgliedern aus der Qualitätssicherung der Landes- und Bundesebene gebildet¹. Inhaltlich beschäftigte sich diese Gruppe zum einen mit der Konzeptionierung und Gliederung dieses Berichtes. Eine Anforderung lag darin, die unterschiedlichen Herangehensweisen in den Bundesländern in diesem Bericht zu harmonisieren.

Der Bericht ist übersichtlicher aufgebaut und verständlicher formuliert. Dazu werden die Inhalte mittels verständlicher Texte, einfacher Tabellen und anschaulicher Grafiken präsentiert. Damit wird die „Tabellenlastigkeit“ früherer Berichte überwunden. Tabellen mit detaillierten Ergebnissen werden im Anhang zu diesem Bericht dargestellt. Mit Hilfe verschiedener Praxisbeispiele soll für den Leser die Transparenz erhöht und das Verständnis verbessert werden. Um einen möglichst klar verständlichen Bericht zu präsentieren, werden einige medizinische Begrifflichkeiten noch einmal an den entsprechenden Stellen im Text sowie im vorstehenden Glossar ausführlicher erklärt.



In den folgenden Kapiteln werden zunächst die Zielsetzung und die rechtliche Grundlage des Verfahrens erläutert. Im Anschluss wird der konkrete Ablauf des Strukturierten Dialogs dargestellt und durch Beispiele veranschaulicht. Die Ergebnisdarstellung zum Erfassungsjahr 2009 erfolgt zum einen in Form eines allgemeinen Überblicks und zum anderen durch die Präsentation von ausgewählten Ergebnissen. Abschließend werden die Erfahrungen aus dem vergangenen Jahr zusammengefasst. Der Bericht endet mit einem kritischen Blick auf das Verfahren und der Benennung von Verbesserungspotenzialen.

Abbildung 1: Zeitschiene zum Strukturierten Dialog

¹ Die Projektgruppe „Projektgruppe Berichte zum Strukturierten Dialog und zur Datenvalidierung“ hat sich insgesamt an drei Arbeitstagen getroffen und hat das Konzept für die Berichte erarbeitet. In der Projektgruppe haben die folgenden Personen mitgewirkt: Dr. Hans-Joachim Bücker-Nott (Geschäftsstelle Qualitätssicherung Nordrhein-Westfalen), PD Dr. Günther Heller (AQUA-Institut), Dr. Hans-Georg Huber (Geschäftsstelle Qualitätssicherung Nordrhein-Westfalen), Anja Kaiser (AQUA-Institut), Martina Köppen (AQUA-Institut), Uwe Lükermann (Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung bei der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft e.V.), Dr. Susanne Macher-Heidrich (Geschäftsstelle Qualitätssicherung Nordrhein-Westfalen), Dr. Björn Misselwitz (GQH – Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen bei der Hessischen Krankenhausgesellschaft e.V.), Dr. Karl Tasche (AQUA-Institut) und Yvonne Ziert (AQUA-Institut).

3. Zielsetzung und Auftrag

Das seit 2001 in Deutschland etablierte Qualitätssicherungsverfahren für die stationäre Behandlung in Krankenhäusern erfasst kontinuierlich die Qualität der medizinischen Versorgung in ausgewählten Leistungsbereichen. Ziel des Qualitätssicherungsverfahrens ist jedoch nicht nur die Dokumentation des Niveaus der Versorgung auf Bundes-, Landes- und Einrichtungsebene, sondern auch die Nachverfolgung von Hinweisen für unzureichende Versorgungsqualität. Außerdem soll durch dieses Verfahren eine transparentere interdisziplinäre Zusammenarbeit der Beteiligten und somit eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung sichergestellt werden.

Beim Strukturierten Dialog handelt es sich um ein Verfahren, das Krankenhäuser bei der kontinuierlichen Verbesserung von Prozessen und Qualität unterstützt. Zur Messung der Qualität der Versorgung werden sogenannte Qualitätsindikatoren herangezogen, die Hinweise auf die erreichte Qualität geben. Weil ein Indikator aber kein unmittelbarer Maßstab für Qualität ist, muss ein auffälliges Ergebnis, also ein außerhalb des Referenzbereiches liegender Wert, durch neutrale Fachexperten genauer untersucht und bewertet werden.

Im Strukturierten Dialog wird zunächst geklärt, ob über Qualitätsindikatoren ermittelte Auffälligkeiten eines Krankenhauses tatsächlich auf Qualitätsprobleme zurückzuführen sind. Ist dies der Fall, wird das Krankenhaus mittels Analyse und Beratung durch Fachexperten und eine gemeinsame Festlegung von Zielvereinbarungen bei der internen Qualitätsverbesserung unterstützt.

Der zeitliche Rahmen und die Durchführung des Strukturierten Dialogs sind in der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) geregelt. Demnach wird der Strukturierte Dialog jeweils im Mai/Juni des auf die Datenerfassung folgenden Jahres eröffnet. Für die im Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren muss der Strukturierte Dialog bis zum 31. Oktober des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres abgeschlossen werden, für die übrigen Indikatoren endet die Frist am 31. Dezember.²

Mit Blick auf die Durchführung des Strukturierten Dialogs regelt die QSKH-Richtlinie, in welchem Fall ein Krankenhaus rechnerisch auffällig wird und auf welche Weise zu prüfen ist, ob hinter dieser rechnerischen Auffälligkeit tatsächlich ein Qualitätsmangel in der Versorgung steht. Die Umsetzung der Vorgaben aus der Richtlinie wird in Kapitel 4 erläutert. Die Abschnitte der QSKH-Richtlinie, die den Strukturierten Dialog betreffen, sind im Anhang zu diesem Bericht enthalten. Weiterhin enthält der Anhang zu jedem Leistungsbereich detailliertere Auswertungen.

² Vgl. §13 Abs. 2 QSKH-RL

4. Methodik und Ablauf

4.1. Hintergrund

4.1.1. Zuständigkeiten

In enger Kooperation mit den betroffenen Einrichtungen sorgen die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) und die zuständige Einrichtung auf Bundesebene (AQUA-Institut) dafür, dass die Ursachen rechnerisch auffälliger Ergebnisse geklärt und eventuelle Qualitätsmängel behoben werden.

Zu diesem Zweck findet zeitversetzt – jeweils im Anschluss an ein Erfassungsjahr, nachdem die Datenerfassung und Datenauswertung abgeschlossen sind – der Strukturierte Dialog statt.

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

Abbildung 2 zeigt die Zuständigkeiten bei der Abwicklung des Strukturierten Dialogs im Überblick. Die Kooperation der zuständigen Stellen auf Landes- und Bundesebene mit ihren Expertengruppen wird durch Doppelpfeile symbolisiert; gestrichelte Doppelpfeile stehen für den Informationsaustausch, der zwischen den Trägern des Strukturierten Dialogs (einschließlich der von ihnen berufenen Fach- und Arbeitsgruppen) und den betroffenen Leistungsträgern stattfindet.

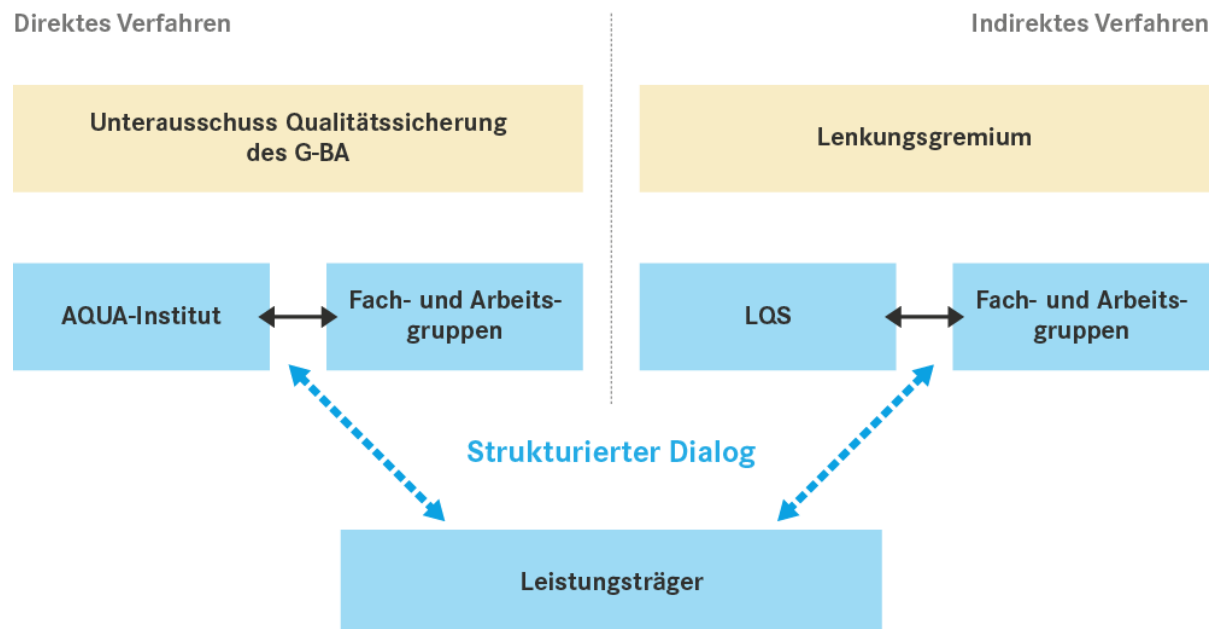


Abbildung 2: Zuständigkeiten im Strukturierten Dialog

4.1.2. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Ein Qualitätsindikator ermöglicht es, ein Qualitätsziel in eine Zahl zu „übersetzen“, d.h. zu quantifizieren. Dadurch wird eine Aussage darüber möglich, wie weit die medizinische Versorgung in einem einzelnen Leistungsbereich bzw. in einer Einrichtung von einem Qualitätsziel entfernt ist oder inwieweit dieses Ziel erreicht wurde.

Die Quantifizierung bedient sich der im Rahmen der stationären Qualitätssicherung erhobenen Daten zu Patienten und Behandlungsverläufen und wird meist als Quotient angegeben. Der Zähler ist die Anzahl der Patienten, für die das Qualitätsziel je nach Zielsetzung des Qualitätsindikators erreicht bzw. nicht erreicht wurden. Der Nenner bildet die Gesamtheit aller Patienten ab, die sich einer entsprechenden Behandlung unterzogen haben.

Einem Qualitätsindikator können eine oder mehrere Kennzahlen zugeordnet sein. Eine Kennzahl ist eine Maßzahl zur Quantifizierung einer Ergebnisgröße oder eines Zustandes. Die Darstellung eines Indikators mittels mehrerer Kennzahlen ermöglicht es, einen Behandlungsschritt oder ein Ergebnis unter verschiedenen Gesichtspunkten zu betrachten. Die Kennzahl setzt sich in der Regel aus einem Zähler (gemessenes Ereignis) und einem Nenner (Grundgesamtheit, betrachtete Gruppe von Patienten) zusammen.

Beispiel

Im Leistungsbereich Gynäkologische Operationen werden neun Qualitätsindikatoren betrachtet. Dafür werden insgesamt 12 Kennzahlen berechnet. Der Qualitätsindikator 1 „Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen“ setzt sich aus zwei Kennzahlen zusammen:

- Kennzahl a – Alle Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung
- Kennzahl b – Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation mit mindestens einer Organverletzung.

Kennzahl a bezieht sich ohne Einschränkung auf alle Patientinnen. Bei Kennzahl b wird die Grundgesamtheit – also der Nenner – eingeschränkt. Begründet wird diese Einschränkung durch die besondere Risikokonstellation bei Patientinnen mit den angegebenen Kriterien. Die Ergebnisqualität (Vermeidung von Komplikationen in Form von Organverletzungen) einer Operation ist bei Patientinnen mit Karzinom, Endometriose oder Voroperation nicht nur von der Erfahrung des Operateurs abhängig. Der Operateur kann die Qualität folglich nur in einem gewissen Grad beeinflussen. Der Ausschluss dieser Patientengruppe ermöglicht eine gezieltere Beurteilung der Ergebnisqualität der Operation.

In der nachfolgenden Tabelle sind die einzelnen Leistungsbereiche mit der Anzahl der dazugehörigen Qualitätsindikatoren und den entsprechenden Kennzahlen aufgeführt. Weiterhin wird angegeben, wie viele Kennzahlen mit Referenzbereich es in jedem Leistungsbereich gibt.

Tabelle 2: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen pro Leistungsbereich

Leistungsbereich	Anzahl		
	Qualitätsindikatoren	Kennzahlen	Kennzahlen mit Referenzbereich
Cholezystektomie	7	10	10
Karotis-Rekonstruktion	8	10	6
Ambulant erworbene Pneumonie	8	15	13
Herzschrittmacher-Implantation	9	14	12
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	5	11	11
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	7	12	12
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	9	25	21
Koronarchirurgie, isoliert	5	11	5

Leistungsbereich	Anzahl		
	Qualitätsindikatoren	Kennzahlen	Kennzahlen mit Referenzbereich
Aortenklappenchirurgie, isoliert	7	18	4
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	4	10	4
Herztransplantation	5	9	2
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	3	5	2
Lebertransplantation	6	6	4
Leberlebendspende	12	14	12
Nierentransplantation	14	16	7
Nierenlebendspende	16	16	10
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	7	7	0
Geburtshilfe	8	12	8
Gynäkologische Operationen	9	12	12
Mammachirurgie	10	12	12
Hüftgelenknahe Femurfraktur	12	15	13
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	12	13	13
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	11	11	10
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	11	12	12
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	10	10	9
Pflege: Dekubitusprophylaxe	2	8	3

4.1.3. Referenzbereiche und rechnerische Auffälligkeiten

Anlass des Strukturierten Dialogs sind rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren. Für die meisten Qualitätsindikatoren sind Referenz- bzw. „Unauffälligkeitsbereiche“ definiert. Das ausgewertete Ergebnis eines Krankenhauses für einen Qualitätsindikator liegt entweder innerhalb des zugehörigen Referenzbereichs – und ist damit unauffällig – oder außerhalb und gilt damit als „rechnerisch auffällig“. Die Lage eines Qualitätsindikatorwerts inner- oder außerhalb eines Referenzbereichs ist daher das erste Beurteilungskriterium, anhand dessen festgestellt wird, ob ein Behandlungsergebnis einem festgelegten Qualitätsziel entspricht.

Referenzbereiche definieren somit für einen Qualitätsindikator jenen Bereich der Versorgungsqualität, innerhalb dessen die Ergebnisse einer Einrichtung als unauffällig eingestuft werden. Beispiel: Für den Indikator (vollständige) „Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien bei Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie“ wurde festgelegt, dass diese Untersuchung bei mindestens 95% der Patienten einer Einrichtung durchgeführt werden muss (Referenzbereich: $\geq 95\%$). Auffällig – bezogen auf den genannten Indikator – werden Krankenhäuser, wenn das Ergebnis unter 95% liegt bzw. bei mehr als 5% der Patienten eine Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien unterbleibt.

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 (d. h. der Referenzbereich eines Sentinel-Event-Indikators umfasst ausschließlich den Wert Null). Jeder auftretende Fall erfordert also eine Stellungnahme des Krankenhauses.

Für einige Qualitätsindikatoren sind aus unterschiedlichen Gründen keine Referenzbereiche definiert. Anhand der Krankenhausergebnisse für diese Indikatoren kann zwar vergleichend die Behandlungsqualität einer Einrichtung beurteilt werden; es ist aber mangels Bezugsgröße nicht möglich, Häuser 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.

4.2. Ablauf des Strukturierten Dialogs

4.2.1. Bearbeitung von rechnerischen Auffälligkeiten

Rechnerische Auffälligkeiten haben zur Folge, dass der Strukturierte Dialog eingeleitet wird. Zwei Optionen stehen den zuständigen Stellen auf Landes- bzw. Bundesebene zunächst zur Verfügung (QSKH-RL, § 11):

- Versand eines Hinweises an die betroffene Einrichtung unter Beschreibung des Sachverhalts
- Anforderung einer Stellungnahme

Die Entscheidung, ob nur ein Hinweis verschickt wird oder ob eine Stellungnahme angefordert wird, ist einerseits abhängig vom Schweregrad der Auffälligkeit, andererseits davon, ob ein Krankenhaus diesbezüglich erstmalig oder wiederholt auffällig ist. Bei wiederholter Auffälligkeit und bei Sentinel Events ist die Anforderung einer Stellungnahme obligatorisch.

Nach § 10 Abs. 3 QSKH-RL kann auf die Einleitung des Strukturierten Dialogs ohne weitere Begründung verzichtet werden, wenn eine Auffälligkeit nur durch einen Fall pro Qualitätsindikator erzeugt wird. In allen anderen Fällen, in denen auf die Durchführung des Strukturierten Dialogs verzichtet wird, muss diese Entscheidung in den Berichten nach § 15 QSKH-RL³ begründet werden.

4.2.2. Analyse der Stellungnahmen von Leistungserbringern

Im nächsten Schritt des Strukturierten Dialogs werden die eingehenden Stellungnahmen durch die Geschäftsstellen und deren Fach- und Arbeitsgruppen bzw. das AQUA-Institut und die Bundesfachgruppen⁴ analysiert, um zu ermitteln, ob die rechnerischen Auffälligkeiten durch qualitative Mängel der Versorgung verursacht wurden oder ob andere Gründe vorliegen, die zu einer rechnerischen Auffälligkeit geführt haben.

Die eingehenden Stellungnahmen werden gemeinsam mit der jeweiligen Fachgruppe dahingehend geprüft, ob die erfassten Leistungen im überprüften Jahr in der fachlich gebotenen Qualität erbracht und valide dokumentiert wurden.

Zur Bewertung der Stellungnahmen werden folgende Kriterien angewendet:

- Wurde das angefragte Ergebnis kritisch analysiert und diskutiert?
- Liegt ein Qualitätsproblem (Versorgungs- und/oder Dokumentationsproblem) vor?
- Wurden das Problem und der damit verbundene Handlungsbedarf erkannt?
- Wurden bereits Lösungswege zur Ergebnisverbesserung erarbeitet und eingeleitet?
- Sind die geplanten Maßnahmen Erfolg versprechend?
- Werden die eingeleiteten Maßnahmen nachhaltig durch das Krankenhaus kontrolliert?

Die Stellungnahme eines Krankenhauses zu einer rechnerischen Auffälligkeit wird akzeptiert, wenn diese plausibel erklärt wird, sodass von der Auffälligkeit nicht auf tatsächliche Qualitätsmängel zu schließen ist. Der Strukturierte Dialog wird an dieser Stelle beendet und das Krankenhaus erhält eine entsprechende Mitteilung.

³ Die Berichte nach § 15 QSKH-RL sind zum einen die Länderberichte über die indirekten Verfahren und der Bericht über die direkten Verfahren nach § 15 Abs. 3 QSKH-RL und dieser Abschlussbericht nach § 15 Abs. 2 QSKH-RL.

⁴ Die Fach- und Arbeitsgruppen heißen auf Bundesebene Bundesfachgruppen.

Falls die rechnerische Auffälligkeit tatsächliche Qualitätsmängel offenbart, kann der Strukturierte Dialog trotzdem beendet werden, wenn das Krankenhaus in der Stellungnahme glaubhaft darlegen kann, dass das Qualitätsproblem erkannt wurde und vor Ort bereits geeignete Maßnahmen zur Beseitigung der Mängel eingeleitet worden sind.

Sofern jedoch auch unter Berücksichtigung der Stellungnahme Zweifel hinsichtlich der Behandlungsqualität oder eingeleiteter Verbesserungsmaßnahmen bestehen bleiben, wird eine entsprechende Präzisierung vom Krankenhaus gefordert, das Krankenhaus zu einer Besprechung geladen oder eine Begehung vor Ort durchgeführt.

- Die Begehung einer Einrichtung dient der Überprüfung möglicher Qualitätsmängel vor Ort. Im Anschluss an die Begehung findet eine Besprechung statt, deren Gegenstand die Ergebnisse der Vor-Ort-Prüfung sind.
- Die Besprechung (in der Geschäftsstelle oder in der Einrichtung im Anschluss an eine Begehung) dient der Aufklärung von Zweifeln hinsichtlich der Behandlungsqualität. Sie hat jedoch auch beratenden Charakter. Nach Möglichkeit soll der gemeinsam erkannte Verbesserungsbedarf mittels einer schriftlichen Zielvereinbarung dokumentiert werden. Falls konkrete Maßnahmen vereinbart werden, ist für deren Umsetzung eine angemessene Frist festzusetzen.

Für den Fall der mangelnden Kooperation eines Krankenhauses mit den zuständigen Stellen auf Bundes- oder Landesebene ist die Einrichtung dem Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA oder dem Lenkungsgremium auf Landesebene als verantwortlichem Gremium zu benennen (QSKH-RL, §13 (3)). Diese Meldung erfolgt, wenn:

- ein Krankenhaus ohne berechtigten Grund Stellungnahmen, Besprechungen, Begehungen oder den Abschluss von Zielvereinbarungen verweigert oder
- die Verpflichtungen einer Zielvereinbarung ohne nachvollziehbare Gründe nicht fristgerecht erfüllt.

Das verantwortliche Gremium berät und entscheidet über das weitere Vorgehen, u. a. auch die Veröffentlichung von Informationen.

Abbildung 3 gibt einen zusammenfassenden Überblick der möglichen Abläufe des Strukturierten Dialogs.

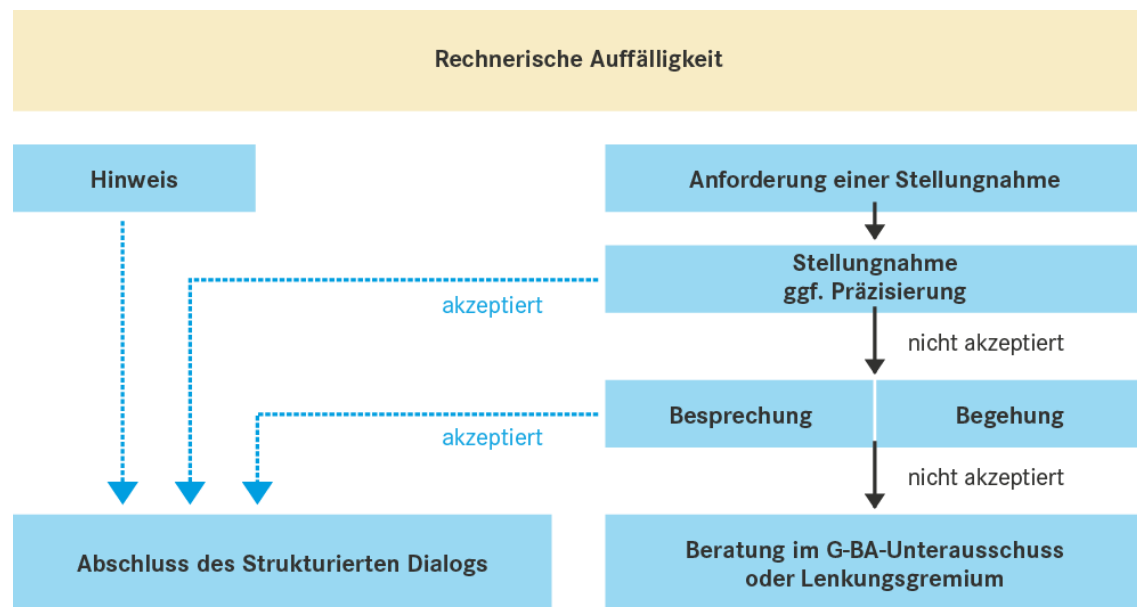


Abbildung 3: Ablauf des Strukturierten Dialogs

4.3. Abschluss des Strukturierten Dialogs

Zum Abschluss des Strukturierten Dialogs müssen die Ergebnisse bewertet werden. Dafür stehen die folgenden Einstufungen zur Verfügung:

Tabelle 3: Bewertungsmöglichkeiten im Strukturierten Dialog

Bewertungsmöglichkeiten im Strukturierten Dialog
Der Strukturierte Dialog ist noch nicht abgeschlossen. Derzeit ist noch keine Einstufung des Ergebnisses möglich.
Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft.
Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft. Die Ergebnisse werden im Verlauf besonders kontrolliert.
Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig eingestuft.
Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als erneut qualitativ auffällig eingestuft.
Das Ergebnis wird bei mangelnder Mitwirkung am Strukturierten Dialog als qualitativ auffällig eingestuft.
Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als qualitativ auffällig eingestuft.
Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als erneut qualitativ auffällig eingestuft.

Mit diesen Bewertungskriterien liegt ein differenziertes Bewertungssystem vor, dessen Kategorien nicht nur die Unterscheidung auffälliger und unauffälliger Ergebnisse erlauben. Vielmehr sind auch die folgenden Dimensionen abbildbar:

- Art der Auffälligkeit: Mängel in der Struktur- und/oder Prozessqualität, fehlerhafte Dokumentation, unzureichende Mitwirkung einer Einrichtung im Strukturierten Dialog
- Beobachtung der weiteren Entwicklung/Verlaufskontrolle
- Erstmalige und erneute Auffälligkeit

Für die abschließende Bewertung sind nicht nur das Indikatorergebnis und die dazugehörige Stellungnahme entscheidend. Es werden auch die Ergebnisse der anderen Indikatoren des Leistungsbereichs berücksichtigt. Außerdem werden immer die Ergebnisse und die Bewertung der Vorjahre betrachtet, um ein Gesamtbild des jeweiligen Krankenhauses zu erhalten. Dadurch können die Inhalte der Stellungnahmen besser bewertet werden. Insbesondere können auch die Ergebnisse der beschriebenen Verbesserungsmaßnahmen nachvollzogen werden.

Für den Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2009 konnte die Vorjahresbewertung in den Leistungsbereichen der direkten Verfahren nicht berücksichtigt werden, da das AQUA-Institut die Ergebnisse für das Erfassungsjahr 2008 ausschließlich in pseudonymisierter Form erhalten hat. Dadurch war eine vergleichende Betrachtung der Krankenhausergebnisse im Zeitverlauf nicht möglich und die betroffenen Bundesfachgruppen konnten ausschließlich die aktuellen Ergebnisse bewerten. Beginnend mit dem Strukturierten Dialog 2011 (zum Erfassungsjahr 2010) wird wieder eine Bewertung der aktuellen rechnerischen Auffälligkeiten unter Berücksichtigung der Vorjahresergebnisse möglich sein.

4.4. Praxisbeispiele

4.4.1. Beispiel aus den direkten Verfahren

In einem Leistungsbereich der Transplantationsdisziplinen wurde ein Krankenhaus wegen einer rechnerischen Auffälligkeit beim Qualitätsindikator 1-Jahres-Überleben⁵ angeschrieben und zur Stellungnahme aufgefordert. Die Antwort der Klinik wurde in der entsprechenden Bundesfachgruppensitzung in anonymisierter Form kritisch diskutiert. Es fiel u.a. auf, dass ein großer Teil der Patienten nach Verlegung in eine andere Klinik verstorben ist, sodass die Verlegungspraxis der Klinik hinterfragt wurde.

Die Bundesfachgruppe hat deshalb beschlossen, das Krankenhaus zu einer Besprechung einzuladen. Seitens des Krankenhauses wurde die Einladung sehr ernst genommen und die Besprechung gut vorbereitet. Die Vertreter der Klinik konnten in einer Präsentation anschaulich darlegen, dass sich das Patientenkollektiv im betreffenden Jahr deutlich von dem in anderen Jahren unterschied. Anhand aktueller Fallzahlen konnte gezeigt werden, dass die Ergebnisse bereits besser sind und dass auch die Ergebnisse der Patienten aus 2008 sich im Verlauf der 2-Jahres-Überlebenskurve wieder den Ergebnissen der Patienten aus anderen Jahren angeglichen haben.

Das Krankenhaus räumte ein, dass durch die Stellungnahme ein falsches Bild vermittelt wurde. Der Kooperationspartner, in den die Patienten nach einer Transplantation verlegt werden, wurde in der Stellungnahme nicht hinreichend beschrieben. Entgegen der Befürchtung der BFG erfolgt keine Verlegung von intensivpflichtigen Patienten. Die früheste Verlegung erfolgt 3 Wochen nach Transplantation in eine dafür spezialisierte Einrichtung. Dennoch wird das Krankenhaus zukünftig über Verlegungen noch kritischer entscheiden.

In der Besprechung konnten die Kritikpunkte der Bundesfachgruppe ausgeräumt werden. Der Strukturierte Dialog war sehr hilfreich für das Krankenhaus. Die Beteiligten haben sich noch einmal kritisch mit den Behandlungsfällen auseinandergesetzt und das eigene Verhalten hinterfragt. Dadurch wurden auch Verbesserungsmöglichkeiten aufgedeckt und bereits geeignete Maßnahmen eingeleitet. Der Verlauf war für alle Beteiligten sehr positiv und wurde auch als Plattform zum Austausch von Erfahrungen genutzt.

Der Strukturierte Dialog konnte mit dem Krankenhaus abgeschlossen werden. Es erfolgte schließlich die Einstufung als qualitativ unauffällig.

⁵ Das 1-Jahres-Überleben bezieht sich auf Patienten, die im Jahr 2008 transplantiert wurden.

4.4.2. Überblick über den Ablauf

Anhand des Leistungsbereiches Lebertransplantation veranschaulicht Abbildung 4 den Ablauf des Strukturierten Dialogs. Dieser Leistungsbereich gehört zu den direkten Verfahren, da die Fallzahlen im Vergleich zu anderen Leistungsbereichen sehr gering sind.

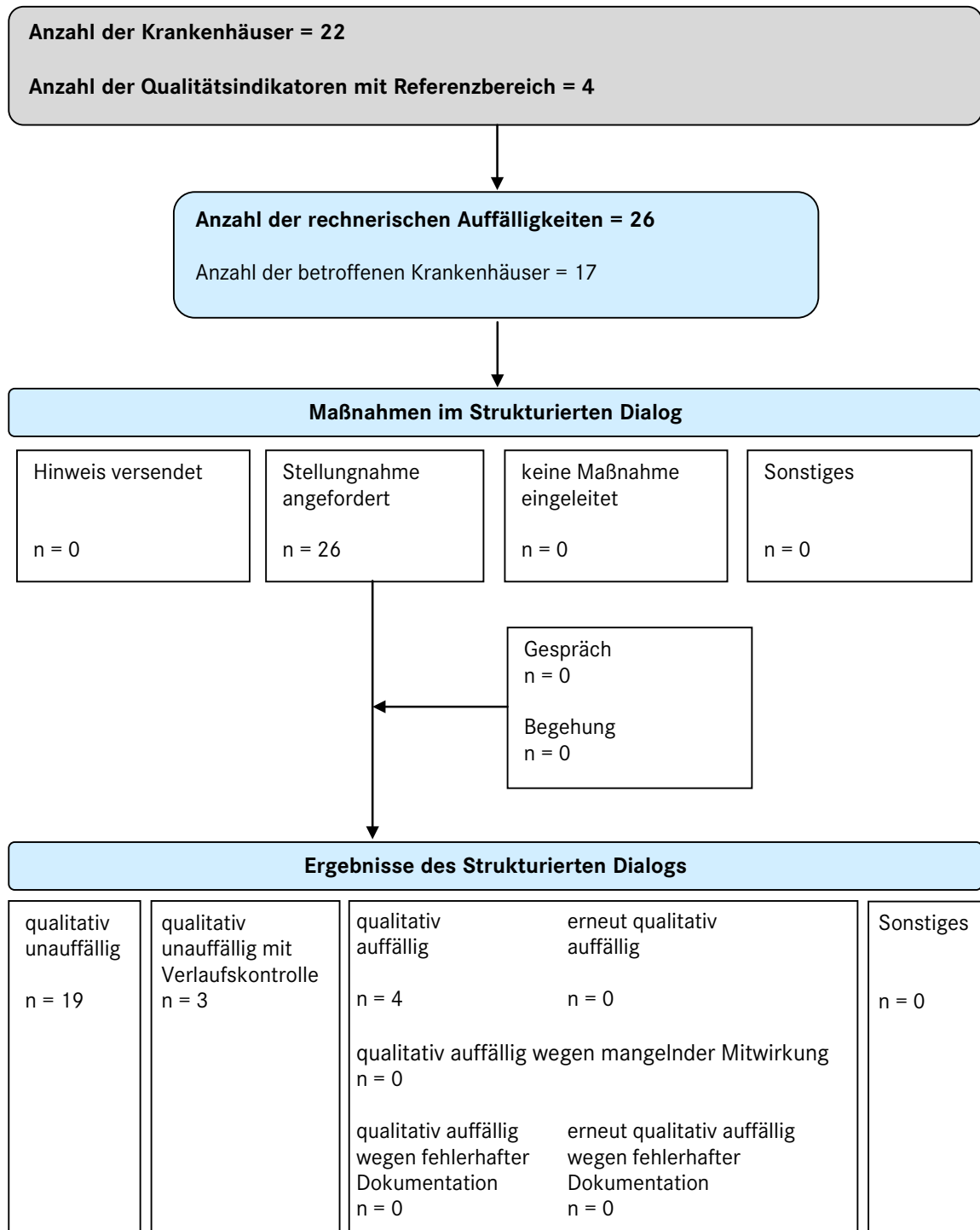


Abbildung 4: Ablauf des Strukturierten Dialogs am Beispiel Lebertransplantation

5. Umsetzung und Ergebnisse im Überblick

Vor der Darstellung der konkreten Ergebnisse des Strukturierten Dialogs werden zunächst die Umfänge in den einzelnen Leistungsbereichen beschrieben. Aus Tabelle 4 lässt sich entnehmen, wie viele Krankenhäuser Daten für die externe vergleichende Qualitätssicherung dokumentiert haben und wie viele Datensätze geliefert wurden.

Tabelle 4: Anzahl der Krankenhäuser und Fälle pro Leistungsbereich 2009

Leistungsbereich	Anzahl der Krankenhäuser	Anzahl der gelieferten Datensätze
Cholezystektomie	1.184	172.699
Karotis-Rekonstruktion	548	27.600
Ambulant erworbene Pneumonie	1.350	229.948
Herzschrittmacher-Implantation	1.034	70.983
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	954	16.595
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	945	12.586
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	829	676.138
Koronarchirurgie, isoliert	82	42.861
Aortenklappenchirurgie, isoliert	80	12.877
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	80	7.197
Herztransplantation	23	292
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	13	237
Lebertransplantation	21	1.027
Leberlebendspende	10	60
Nierentransplantation	41	2.725
Nierenlebendspende	37	585
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation ⁶	26	108
Geburtshilfe	836	638.804
Gynäkologische Operationen	1.127	273.850
Mammachirurgie	1.008	119.802
Hüftgelenknahe Femurfraktur	1.191	99.841
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1.156	159.221
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1.082	23.269
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	1.022	148.298
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	929	11.256
Pflege: Dekubitusprophylaxe	1.717	1.058.204

⁶ Da es bei diesem Leistungsbereich keine Kennzahl mit Referenzwert gibt und somit auch kein Strukturierter Dialog stattfinden kann, wird im Folgenden auf die Darstellung dieses Leistungsbereiches verzichtet.

5.1. Rechnerische Auffälligkeiten

Die Kernaufgabe des Strukturierten Dialogs ist die Einleitung von Maßnahmen zur nachhaltigen Qualitätsverbesserung in den Krankenhäusern. Vergleiche zwischen Einrichtungen oder Leistungsbereichen sind aus dieser Perspektive eher zweitrangig. Dass Unterschiede zwischen den Leistungsbereichen bestehen, veranschaulicht Tabelle 5. Hier wird die Anzahl der Krankenhäuser mit mindestens einer rechnerischen Auffälligkeit aufgeführt.

Tabelle 5: Anzahl der Krankenhäuser pro Leistungsbereich mit mindestens einer rechnerischen Auffälligkeit

Leistungsbereich	Krankenhäuser gesamt	davon rechne- risch auffällig	Anteil rechne- risch auffällig
Cholezystektomie	1.184	691	58,4%
Karotis-Rekonstruktion	548	168	30,7%
Ambulant erworbene Pneumonie	1.350	975	72,2%
Herzschrittmacher-Implantation	1.034	689	66,6%
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	954	480	50,3%
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/- Explantation	945	541	57,2%
Koronarangiographie und Perkutane Koronarinterven- tion (PCI)	829	429	51,7%
Koronarchirurgie, isoliert	82	18	22,0%
Aortenklappenchirurgie, isoliert	80	15	18,8%
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	80	13	16,3%
Herztransplantation	23	14	60,9%
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	13	6	46,2%
Lebertransplantation	21	16	76,2%
Leberlebendspende	10	4	40,0%
Nierentransplantation	41	13	31,7%
Nierenlebendspende	37	19	51,4%
Geburtshilfe	836	491	58,7%
Gynäkologische Operationen	1.127	646	57,3%
Mammachirurgie	1.008	708	70,2%
Hüftgelenknahe Femurfraktur	1.191	670	56,3%
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1.156	712	61,6%
Hüft-Endoprothesenwechsel und - komponentenwechsel	1.082	615	56,8%
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	1.022	472	46,2%
Knie-Endoprothesenwechsel und - komponentenwechsel	929	270	29,1%
Pflege: Dekubitusprophylaxe	1.717	157	9,1%

Es zeigt sich eine beträchtliche Variation über die Leistungsbereiche mit einer Spannweite von 9,1% (Leistungsbereich „Pflege: Dekubitusprophylaxe“) bis zu 76,2% (Leistungsbereich „Lebertransplantation“). Das bedeutet aber nicht, dass die Versorgung im Leistungsbereich „Pflege: Dekubitusprophylaxe“ besser ist als im Leistungsbereich „Lebertransplantation“.

Von einer Interpretation der Unterschiede zwischen Leistungsbereichen ist aus folgenden Gründen abzusehen:

- Die Anzahl der Qualitätsindikatoren unterscheidet sich von Leistungsbereich zu Leistungsbereich.
- Die Qualitätsindikatoren der Leistungsbereiche sind zum Teil sehr unterschiedlich konzipiert.⁷
- Bei rechnerischen Auffälligkeiten handelt es sich bei der Minderheit der Fälle auch um qualitative Auffälligkeiten.

Für die Interpretation der Daten sollte man auch beachten, wie viele mögliche rechnerische Auffälligkeiten es in einem Leistungsbereich geben kann. Tabelle 6 gibt dazu einen Überblick. Die angegebene Anzahl der möglichen rechnerischen Auffälligkeiten in einem Leistungsbereich ist allerdings nur eine grobe Schätzung, da die Zahl der Krankenhäuser auch zwischen einzelnen Indikatoren schwanken kann. Falls sich beispielsweise unter den Patienten einer Einrichtung keine Patienten befinden, die der Definition der Grundgesamtheit einer Kennzahl entsprechen, so wird die Einrichtung nicht für die Berechnung dieser Kennzahl berücksichtigt.

Tabelle 6: Mögliche und tatsächliche rechnerische Auffälligkeiten

Leistungsbereich	Kennzahlen mit Referenzbereich	Krankenhäuser gesamt	Anzahl mögliche rechnerische Auffälligkeiten	Anzahl rechnerisch auffälliger Kennzahlen	Anteil rechnerisch auffälliger Kennzahlen
Cholezystektomie	10	1.184	11.840	1.428	12,1%
Karotis-Rekonstruktion	6	548	3.288	344	10,5%
Ambulant erworbene Pneumonie	13	1.350	17.550	3.094	17,6%
Herzschrittmacher-Implantation	12	1.034	12.408	1.473	11,9%
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	11	954	10.494	1.002	9,5%
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	12	945	11.340	1.056	9,3%
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	21	829	17.409	914	5,3%
Koronarchirurgie, isoliert	5	82	410	21	5,1%
Aortenklappenchirurgie, isoliert	4	80	320	17	5,3%
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	4	80	320	17	5,3%
Herztransplantation	2	23	46	16	34,8%
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	2	13	26	8	30,8%
Lebertransplantation	4	21	84	26	31,0%
Leberlebendspende	12	10	120	7	5,8%
Nierentransplantation	7	41	287	15	5,2%
Nierenlebendspende	10	37	370	26	7,0%
Geburtshilfe	8	836	6.688	838	12,5%
Gynäkologische Operationen	12	1.127	13.524	1.249	9,2%
Mammachirurgie	12	1.008	12.096	2.213	18,3%
Hüftgelenknahe Femurfraktur	13	1.191	15.483	1.195	7,7%

⁷ Ergebnis-, Struktur-, Sentinel-Event-Indikator

Leistungsbereich	Kennzahlen mit Referenzbereich	Krankenhäuser gesamt	Anzahl mögliche rechnerische Auffälligkeiten	Anzahl rechnerisch auffälliger Kennzahlen	Anteil rechnerisch auffälliger Kennzahlen
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	13	1.156	15.028	1.527	10,2%
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	10	1.082	10.820	1.249	11,5%
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	12	1.022	12.264	850	6,9%
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	9	929	8.361	398	4,8%
Pflege: Dekubitusprophylaxe	3	1.717	5.151	219	4,3%

Im Leistungsbereich Cholezystektomie gibt es beispielsweise zehn Kennzahlen, die mit einem Referenzbereich belegt sind, und 1.184 Krankenhäuser. Multipliziert man diese beiden Zahlen miteinander, erhält man 11.840 mögliche rechnerische Auffälligkeiten. Tatsächlich wurden 1.428 Auffälligkeiten berechnet. Setzt man beide Zahlen ins Verhältnis, ergibt das 12,1%. Somit werden nur etwa 10% der potenziellen rechnerischen Auffälligkeiten zu beobachteten rechnerischen Auffälligkeiten, die im Rahmen der Qualitätskontrolle weiterer Klärung bedürfen.

Es zeigt sich, dass bei den Transplantationen (Leber, Herz und Lunge) die Anteile der rechnerisch auffälligen Kennzahlen deutlich höher sind als bei den anderen Leistungsbereichen. Ursache dafür sind die geringen Fallzahlen in diesen Bereichen. Dadurch wird ein Krankenhaus sehr schnell bei einer Kennzahl rechnerisch auffällig. Hat eine Klinik nur drei Patienten transplantiert und ist von diesen ein Patient verstorben, liegt die In-Hospital-Letalität schon bei 33,3% und somit über dem festgelegten Referenzbereich von 20% bei Lebertransplantation und 30% bei Herz- und Herz-Lungentransplantation.

5.2. Eingeleitete Maßnahmen

Alle bestehenden rechnerischen Auffälligkeiten wurden dahingehend analysiert, welche konkreten Maßnahmen einzuleiten waren. Tabelle 7 enthält die durchgeführten Maßnahmen pro Leistungsbereich. Im Anhang zu diesem Bericht wird jeder Leistungsbereich noch einmal ausführlicher betrachtet. Dort wird dargestellt, wie die einzelnen Bundesländer mit rechnerischen Auffälligkeiten umgegangen sind.

Tabelle 7: Eingeleitete Maßnahmen pro Leistungsbereich

Leistungsbereich	Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	Art der Anfrage an das Krankenhaus				Zusätzliche Maßnahmen	
		Hinweis	Stellungnahme	keine Maßnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung
Cholezystektomie	1.428	491	788	115	34	11	0
Karotis-Rekonstruktion	344	118	207	19	0	3	0
Ambulant erworbene Pneumonie	3.094	1.223	1.588	275	8	39	0
Herzschrillmacher-Implantation	1.473	399	888	185	1	6	0

Leistungsbereich	Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	Art der Anfrage an das Krankenhaus				Zusätzliche Maßnahmen	
		Hinweis	Stellungnahme	keine Maßnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	1.002	511	376	114	1	3	0
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	1.056	394	467	195	0	4	0
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	914	394	404	116	0	21	0
Koronarchirurgie, isoliert	21	0	20	1	0	2	0
Aortenklappenchirurgie, isoliert	17	0	13	4	0	1	0
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	17	0	17	0	0	1	0
Herztransplantation	16	0	14	2	0	0	0
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	8	0	7	1	0	1	0
Lebertransplantation	26	0	26	0	0	0	0
Leberlebendspende	7	0	4	3	0	0	0
Nierentransplantation	15	0	14	1	0	0	0
Nierenlebendspende	26	0	26	0	0	0	0
Geburtshilfe	838	183	555	100	0	24	3
Gynäkologische Operationen	1.249	529	588	130	2	27	0
Mammachirurgie	2.213	852	944	401	16	66	9
Hüftgelenknahe Femurfraktur	1.195	573	526	96	0	12	1
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1.527	630	711	130	56	10	0
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1.249	477	463	305	4	4	0
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	850	346	415	49	40	7	0
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	398	166	99	126	7	1	0
Pflege: Dekubitusprophylaxe	219	32	172	8	7	9	0
Gesamt	19.202	7.319	9.332	2.375	176	247	13

Die Kategorie „Sonstiges“ umfasst Maßnahmen, die sich den anderen Kategorien nicht zuordnen lassen. Beispielsweise wurde ein erweitertes Hinweisschreiben versendet, direkt eine Besprechung mit dem Krankenhaus einberufen oder eine Sonderauswertung mit Darstellung der Epikrise angefordert.

Abbildung 5 zeigt die Verteilung der einzelnen Maßnahmen über alle Leistungsbereiche. Annähernd in der Hälfte aller Fälle rechnerisch auffälliger Ergebnisse wurde von dem betreffenden Krankenhaus eine Stellungnahme angefordert.

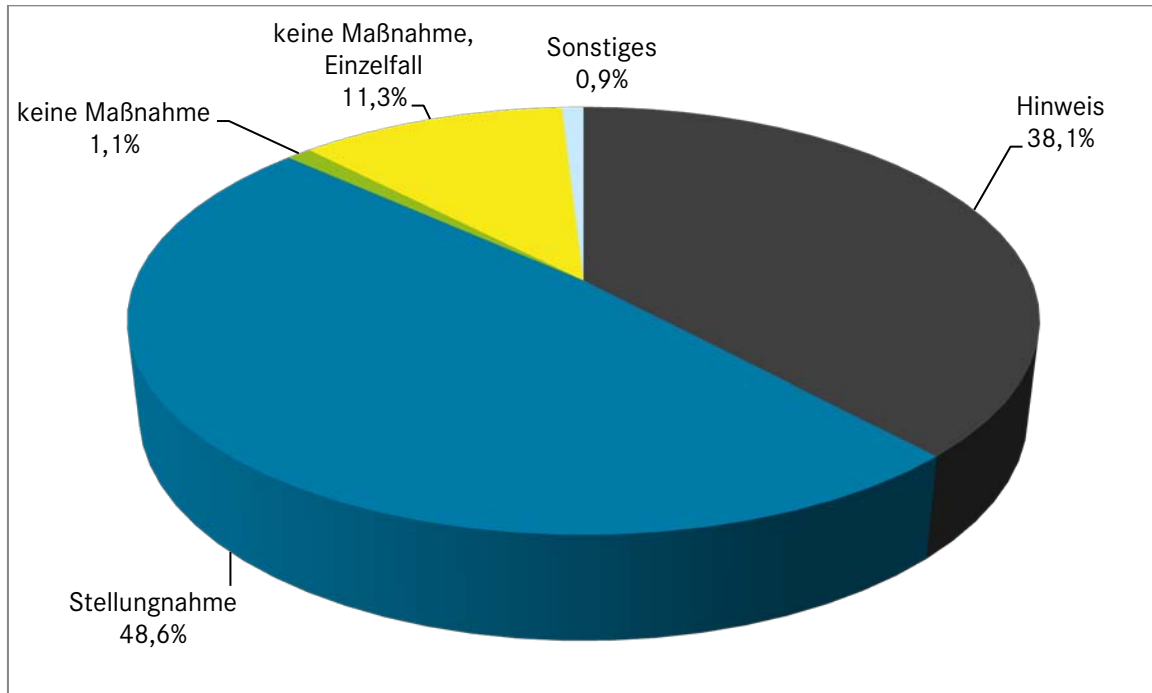


Abbildung 5: Eingeleitete Maßnahmen über alle Leistungsbereiche und alle Bundesländer bzw. AQUA-Institut

Betrachtet man die Anteile der verschiedenen eingeleiteten Maßnahmen in den einzelnen Bundesländern (Abbildung 6), erkennt man deutliche Unterschiede. Eine Interpretation des unterschiedlichen Umgangs mit rechnerischen Auffälligkeiten ist allerdings schwierig. Je nach Bundesland ist eine LOS für eine unterschiedliche Anzahl an Krankenhäusern zuständig. Dementsprechend variieren auch die zu überprüfenden Behandlungsfälle und die Vergleichbarkeit stößt an ihre methodischen Grenzen.

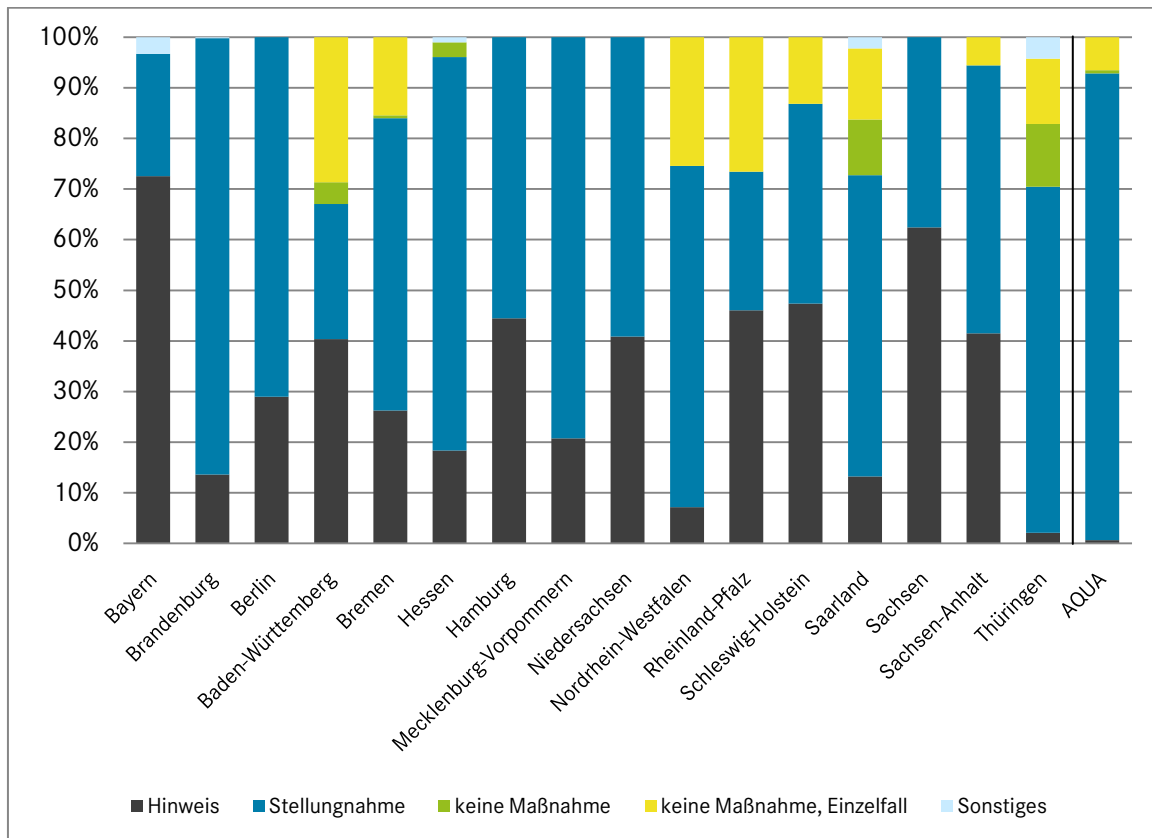


Abbildung 6: Eingeleitete Maßnahmen über alle Leistungsbereiche

5.3. Verzicht auf Maßnahmen

Wie aus dem vorhergehenden Kapitel ersichtlich ist, gibt es in jedem Leistungsbereich einige Fälle von rechnerischen Auffälligkeiten, bei denen keine Maßnahmen eingeleitet wurden. In Tabelle 8 ist noch einmal genauer dargestellt, in wie vielen Fällen die Einzelfallregelung⁸ zum Tragen kam.

Tabelle 8: Verzicht auf Maßnahmen

Leistungsbereich	Gesamt	keine Maßnahme	keine Maßnahme wegen Einzelfall
Cholezystektomie	115	12	103
Karotis-Rekonstruktion	19	1	18
Ambulant erworbene Pneumonie	275	61	214
Herzschrittmacher-Implantation	185	7	178
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	114	6	108
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	195	13	182
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	116	6	110
Koronarchirurgie, isoliert	1	0	1
Aortenklappenchirurgie, isoliert	4	0	4
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	0	0	0
Herztransplantation	2	0	2
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	1	0	1
Lebertransplantation	0	0	0
Leberlebendspende	3	1	2
Nierentransplantation	1	0	1
Nierenlebendspende	0	0	0
Geburtshilfe	100	14	86
Gynäkologische Operationen	130	5	125
Mammachirurgie	401	55	346
Hüftgelenknahe Femurfraktur	96	11	85
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	130	4	126
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	305	1	304
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	49	1	48
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	126	0	126
Pflege: Dekubitusprophylaxe	8	4	4
Gesamt	2.375	202	2.173

Auf weitere Maßnahmen kann aus verschiedenen Gründen verzichtet werden: Zum einen ist es möglich, dass ein Krankenhaus bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig war und dazu schon ein Strukturierter Dialog geführt wurde. Wenn sich das Ergebnis des Hauses in diesem Jahr verbessert hat und die im Vorjahr eingeleiteten Maßnahmen eine Wirkung zeigen, kann in einigen Fällen auf den erneuten Strukturierten Dialog verzichtet werden.

⁸ Vgl. Kapitel 3.2.1.

Zum anderen haben sich einzelne LQS bei ausgewählten Indikatoren begründet dafür entschieden, auf den Strukturierten Dialog zu verzichten.

Folgende Gründe wurden durch die LQS angegeben, wenn bei einem Qualitätsindikator auf den Strukturierten Dialog verzichtet wurde:

- die Abweichung vom Referenzwert war nur gering
- es gibt landesspezifische Indikatoren, für die alternativ ein Strukturierter Dialog geführt wurde
- der Strukturierte Dialog wurde im Zusammenhang mit einer anderen Kennzahl geführt

5.4. Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten

In diesem Kapitel wird die abschließende Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten dargestellt, zu denen eine Stellungnahme angefordert wurde. Das bedeutet, dass sich die prozentualen Anteile nur auf eine Teilmenge der rechnerische Auffälligkeiten beziehen.

In der Abbildung 7 zeigen die Prozentwerte den Anteil der jeweiligen Kategorie an allen rechnerischen Auffälligkeiten, zu denen eine Stellungnahme angefordert wurde. So wurden insgesamt rund 18% der rechnerischen Auffälligkeiten, zu denen eine Stellungnahme angefordert wurde, durch die Fach- und Arbeitsgruppen als qualitativ auffällig bewertet wurden.

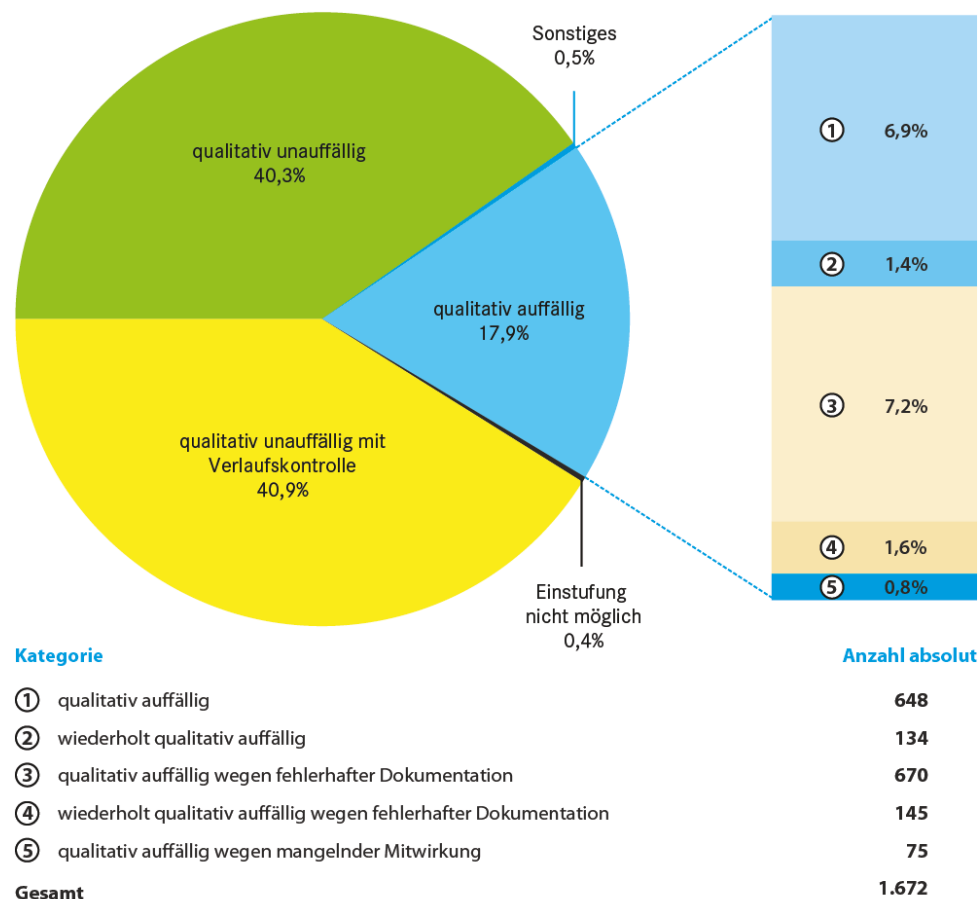


Abbildung 7: Ergebnisse der rechnerischen Auffälligkeiten, zu denen eine Stellungnahme angefordert wurde

In Tabelle 9 werden die Ergebnisse in den einzelnen Leistungsbereichen dargestellt. Für eine übersichtlichere Darstellung wurden folgende Kategorien zu der Bewertungskategorie „qualitativ auffällig“ zusammengefasst:

- qualitativ auffällig
- wiederholt qualitativ auffällig
- qualitativ auffällig wegen fehlerhafter Dokumentation
- wiederholt qualitativ auffällig wegen fehlerhafter Dokumentation
- qualitativ auffällig wegen mangelnder Mitwirkung

Tabelle 9: Ergebnisse pro Leistungsbereich

Leistungsbereich	Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	angeforderte Stellungnahmen		Bewertung				
		Anzahl	Anteil in%	Einstufung nicht möglich	unauffällig	unauffällig mit Verlaufs kontrolle	qualitativ auffällig	sonstiges
Cholezystektomie	1.428	788	55,2	2	517	214	55	0
Karotis-Rekonstruktion	344	207	60,2	2	121	64	20	0
Ambulant erworbene Pneumonie	3.094	1.588	51,3	5	335	832	410	6
Herzschrittmacher-Implantation	1.473	888	60,3	3	469	341	70	5
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	1.002	376	37,5	0	142	132	100	2
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	1.056	467	44,2	2	175	221	68	1
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	914	404	44,2	1	144	212	47	0
Koronarchirurgie, isoliert	21	20	95,2	0	5	7	8	0
Aortenklappenchirurgie, isoliert	17	13	76,5	0	6	1	6	0
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	17	17	100	0	5	5	7	0
Herztransplantation	16	14	87,5	0	9	2	3	0
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	8	7	87,5	0	5	2	0	0
Lebertransplantation	26	26	100,0	0	19	3	4	0
Leberlebendspende	7	4	57,1	0	4	0	0	0
Nierentransplantation	15	14	93,3	0	8	2	3	1
Nierenlebendspende	26	26	100	0	26	0	0	0
Geburtshilfe	838	555	66,2	3	242	150	149	11
Gynäkologische Operationen	1.249	588	47,1	0	156	308	121	3
Mammachirurgie	2.213	944	42,7	2	334	326	268	14
Hüftgelenknahe Femurfraktur	1.195	526	44,0	5	220	248	52	1
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1.527	711	46,6	8	268	308	124	3

Leistungsbereich	Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	angeforderte Stellungnahmen		Bewertung				
		Anzahl	Anteil in %	Einstufung nicht möglich	unauffällig	unauffällig mit Verlaufskontrolle	qualitativ auffällig	sonstiges
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1.249	463	37,1	1	308	132	22	0
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	850	415	48,8	6	124	189	95	1
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	398	99	24,9	0	61	32	6	0
Pflege: Dekubitusprophylaxe	219	172	78,5	0	54	84	34	0
Gesamt	19.202	9.332	48,6	40	3.757	3.815	1.672	48

Abbildung 8 zeigt die Ergebnisse in den Bundesländern anhand der Verteilung der einzelnen Bewertungskategorien.

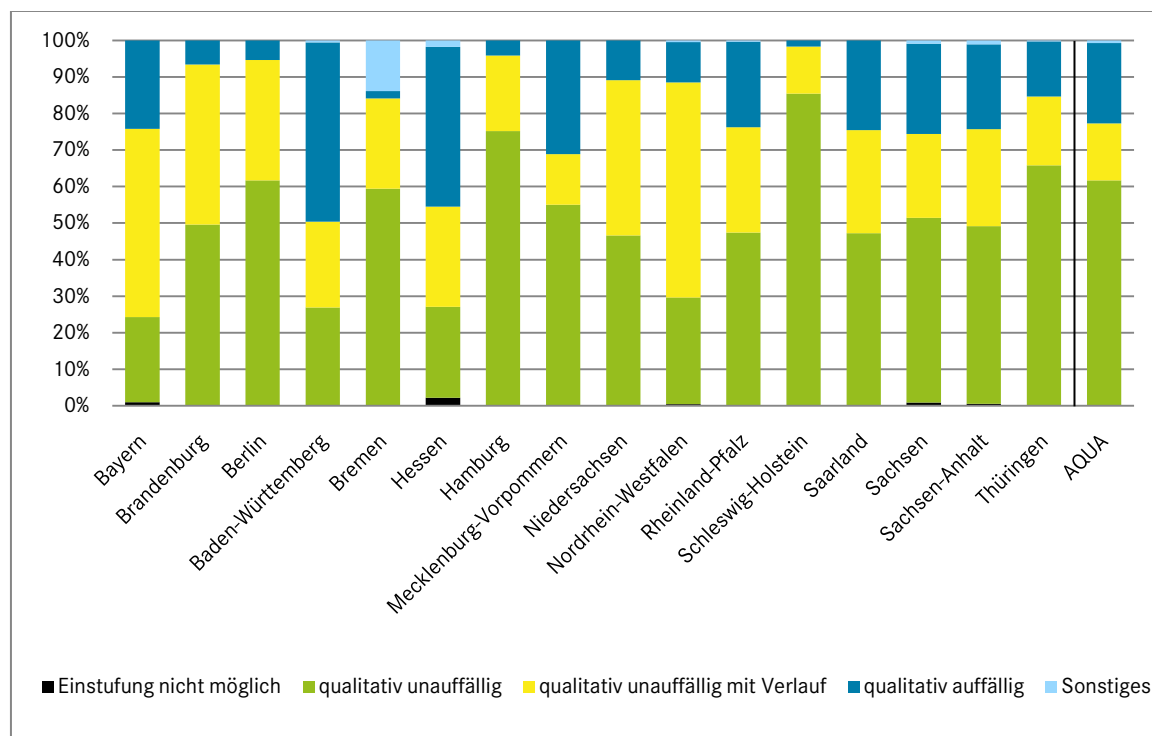


Abbildung 8: Ergebnisse über alle Leistungsbereiche

6. Ausgewählte Ergebnisse

In diesem Kapitel kommt zunächst die Relation von qualitativen zu rechnerischen Auffälligkeiten zur Sprache. Im Weiteren werden dann ausführlich die Maßnahmen und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf (C-Indikatoren) vorgestellt. Wir berichten zunächst quantitativ mittels tabellarischer Darstellung über den Umfang der Maßnahmen und die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den C-Indikatoren. Anschließend werden die berichteten Zahlen zu den C-Indikatoren kommentiert. Abschnitt 6.3 erläutert zusammenfassend, welche Konsequenzen sich aus dem Strukturierten Dialog ergeben und nennt weitere Ansatzpunkte für Verbesserungen der Qualitätssicherung.

6.1. Rechnerische Auffälligkeiten und qualitative Auffälligkeiten

Die Abbildung 9 gibt für die direkten Verfahren wieder, welchen Anteil die qualitativen Auffälligkeiten pro Leistungsbereich an allen aufgetretenen rechnerischen Auffälligkeiten haben. Abbildung 10 enthält diese Auswertung für die indirekten Verfahren.

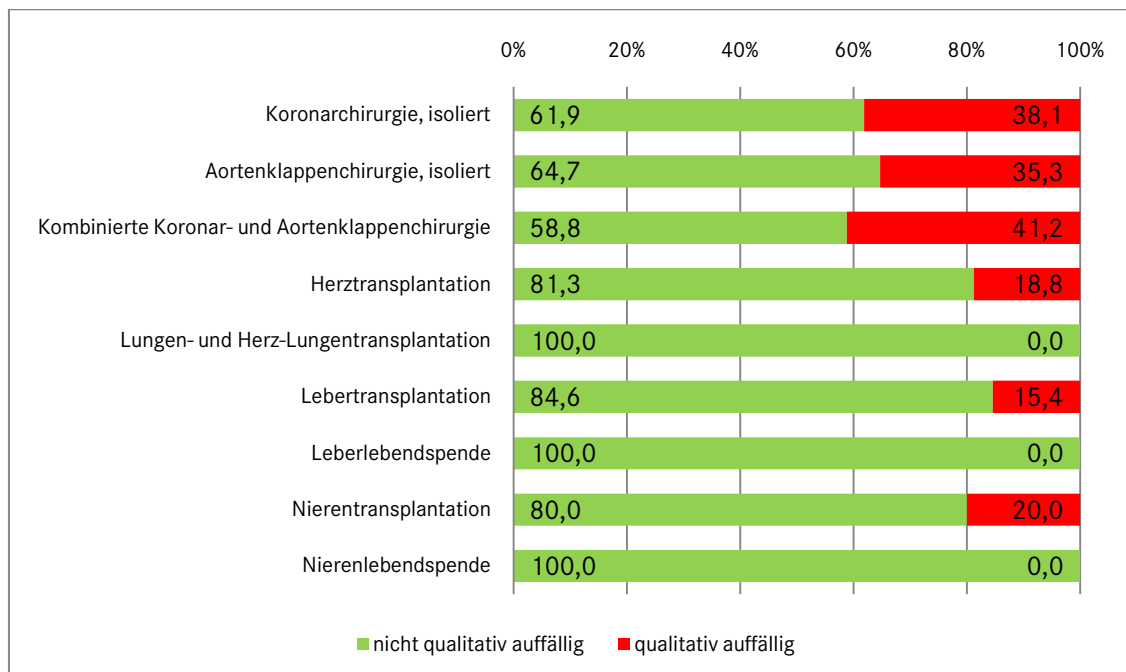


Abbildung 9: Anteil der qualitativ auffälligen Kennzahlen pro Leistungsbereich (direkte Verfahren)

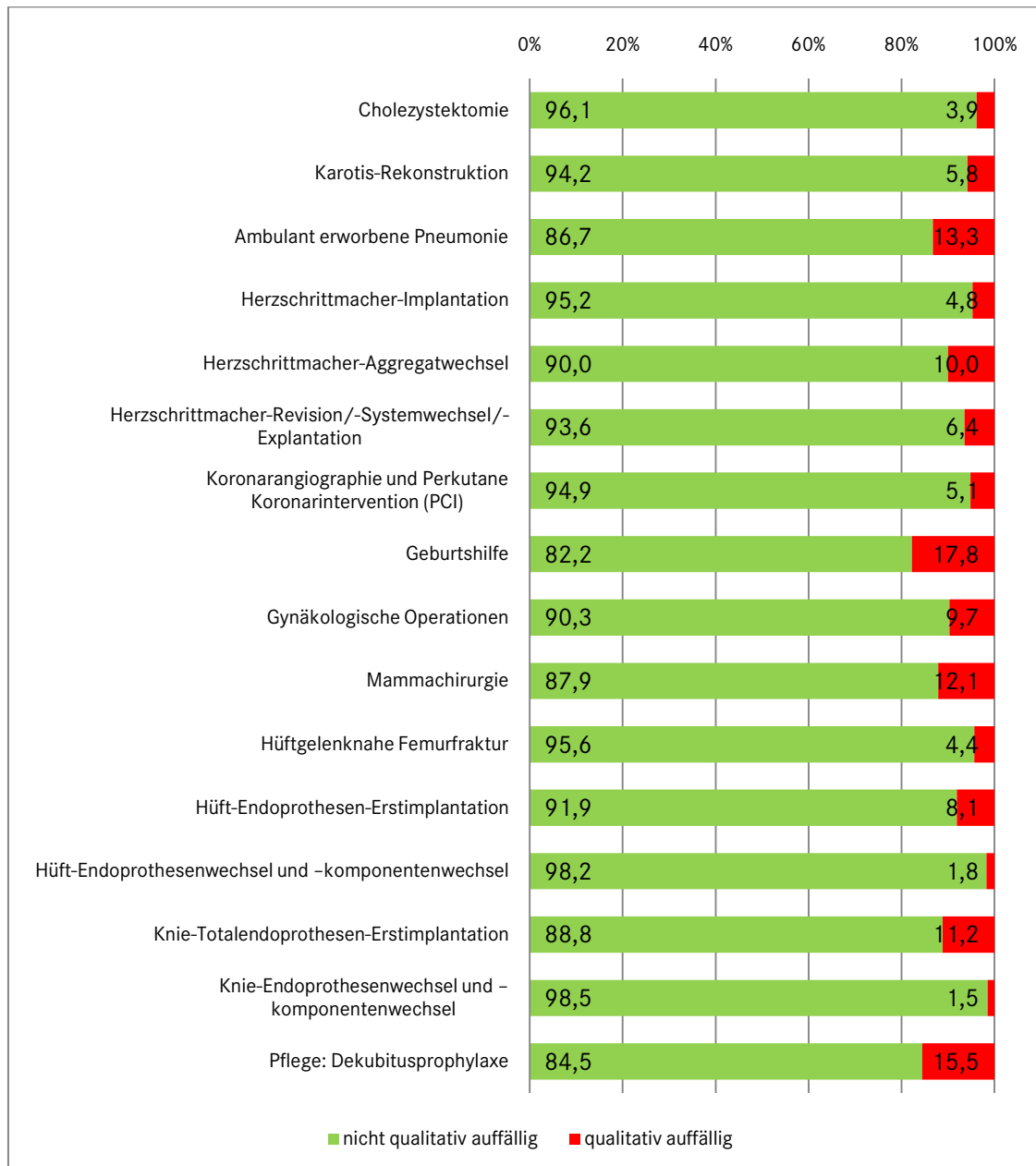


Abbildung 10: Anteil der qualitativ auffälligen Kennzahlen pro Leistungsbereich (indirekte Verfahren)

Wie Abbildung 9 und Abbildung 10 zeigen, kann von rechnerischen Auffälligkeiten nicht automatisch auf Qualitätsmängel geschlossen werden. Neben rein medizinischen Gründen sind auch methodische Probleme im Zusammenhang mit der Operationalisierung der jeweiligen Qualitätsindikatoren, Dokumentationsprobleme oder methodische Mängel der Datenerfassung Ursachen für rechnerische Auffälligkeiten. Auf die unterschiedlichen Ursachen, die zu rechnerischen Auffälligkeiten führen können, werden wir in den folgenden Abschnitten eingehen.

6.2. Ergebnisse der Indikatoren mit besonderem Handlungsbedarf

Vorrangiges Ziel des Strukturierten Dialogs ist die Einleitung nachhaltiger Qualitätsverbesserungen. Naturgemäß sind Qualitätsverbesserungen besonders dort wünschenswert, wo qualitative Defizite medizinischer Behandlung am deutlichsten zutage treten. Innerhalb der durch Qualitätsindikatoren abgedeckten Leistungsbereiche werden Teilgebiete mit erheblichem Verbesserungsbedarf mittels so genannter C-Indikatoren gekennzeichnet.

Die Kategorisierung des Handlungsbedarfs in die Klassen A-B-C oder X findet auf Basis rechnerischer Auffälligkeiten, der absoluten Häufigkeit der beobachteten erwünschten/unerwünschten Ereignisse sowie der klinischen Relevanz statt. Die Einstufung der Qualitätsindikatoren wird jährlich durch das AQUA-Institut in Abstimmung mit der zuständigen Bundesfachgruppe vorgenommen. In Tabelle 10 werden die Kriterien und die Konsequenzen der Zuordnung der Indikatoren zu den insgesamt vier verfügbaren Bewertungskategorien erläutert.

Bei der Kategorisierung wird nicht nur der Handlungsbedarf auf Seiten der Leistungserbringer betrachtet, sondern auch der Handlungsbedarf bezüglich der Anpassung und der Weiterentwicklung der Indikatoren.

Tabelle 10: Kategorisierung des Handlungsbedarfs

Kategorie	Bedeutung
A	Gewöhnlicher Handlungsbedarf: Klärung der Auffälligkeiten im Strukturierten Dialog.
B	Erweiterter Handlungsbedarf: Klärung der Auffälligkeiten im Strukturierten Dialog, zusätzlich Thematisierung der auffälligen Ergebnisse auf Fachkongressen und in wissenschaftlichen Publikationen. Schriftliche Information der Fachgesellschaften und Berufsverbände über den Handlungsbedarf.
C	Besonderer Handlungsbedarf: wie B, jedoch zusätzlich Bedarf für eine Aktualisierung der vorhandenen und für die Entwicklung neuer Leitlinien sowie gezielte Unterstützung bei der Implementierung vorhandener Leitlinien. Analyse, ob die Ergebnisse ggf. durch Fehlanreize des Vergütungssystems bedingt sein könnten.
X	Keine Aussage zum Handlungsbedarf: derzeit ist kein Referenzbereich definiert; Hinweise auf eine eingeschränkte Datenvalidität liegen vor oder Sentinel-Event-Indikator.

6.2.1. Eingeleitete Maßnahmen

Für die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2009 wurden insgesamt 21 Indikatoren als C-Indikatoren eingestuft, von denen 2 Sentinel-Event-Indikatoren sind. Tabelle 11 informiert über die Maßnahmen, die im Strukturierten Dialog 2010 bei rechnerischen Auffälligkeiten der C-Indikatoren eingeleitet worden sind.

Tabelle 11: Eingeleitete Maßnahmen C-Indikatoren

Indikatorbezeichnung (Kennzahl-Nummer) – ergänzende Bezeichnung	Anzahl der rechnerisch auf-fälligen Krankenhäuser	Art der Anfrage an das Krankenhaus				Zusätzliche Maßnahmen	
		Hinweis	Stellungnahme	keine Maßnahme	sonstiges	Besprechung	Begehung
12n1 – Cholezystektomie							
QI 4 – Eingriffsspezifische Komplikationen (Nr. 220) – Okklusion oder Durchtrennung des DHC	186	21	137	0	28	2	0
09n3 – Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation							
QI 2 – Indikation zur Revision (2): Sondenprobleme (Nr. 694)	457	157	281	19	0	4	0
21n3 – Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)							
QI 2 – Indikation zur Koronarangiographie – Therapieempfehlung (Nr. 2061)	82	25	41	16	0	2	0
QI 6e – In-Hospital-Letalität (Nr. 2311) – Dokumentationsqualität bei Patienten mit PCI und Verweildauer > 1 Tag: unvollständige Angaben zu Diabetes mellitus oder Niereninsuffizienz	15	11	4	0	0	0	0
QI 8a – Flächendosisprodukt (Nr. 12770) – Median (cGy*cm ²) aller Koronarangiographien (ohne PCI)	1	0	1	0	0	0	0
QI 8c – Flächendosisprodukt (Nr. 12772) – Median (cGy*cm ²) aller Einzeitig-PCI	35	23	11	1	0	0	0
QI 8d – Flächendosisprodukt (Nr. 12773) – Flächendosisprodukt nicht bekannt	114	60	46	8	0	1	0
QI 8e – Flächendosisprodukt (Nr. 12774) – Anteil Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) > 6.000 cGy*cm ²	53	23	29	1	0	2	0
QI 8f – Flächendosisprodukt (Nr. 12775) – Anteil PCI (ohne Einzeitig-PCI) > 12.000 cGy*cm ²	41	27	14	0	0	1	0
16n1 – Geburtshilfe							
QI 1 – E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt (Nr. 1058)	81	0	81	0	0	1	0
15n1 – Gynäkologische Operationen							
QI 4 – Indikation bei Ovaryingriffen (Nr. 10211) – Follikel- bzw. Corpusluteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund	340	170	156	13	1	11	0
18n1 – Mammachirurgie							
QI 8 – Indikation zur brusterhaltenden Therapie (Nr. 2167)	258	95	107	55	1	2	0

Indikatorbezeichnung (Kennzahl-Nummer) – ergänzende Bezeichnung	Anzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser	Art der Anfrage an das Krankenhaus				Zusätzliche Maßnahmen	
		Hinweis	Stellungnahme	keine Maßnahme	sonstiges	Besprechung	Begehung
QI 9 – Meldung an Krebsregister (Nr. 11992)	128	61	26	41	0	6	1
QI 10 – Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum (Nr. 2098)	147	65	54	13	3	4	0
17n1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur							
QI 1 – Präoperative Verweildauer (Nr. 2266)	302	141	152	9	0	9	1
17n2 – Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation							
QI 1 – Indikation (Nr. 1082)	365	152	159	13	41	3	0
QI3a – Postoperative Beweglichkeit (Nr. 2223) – Neutral-Null-Methode gemessen	336	145	173	18	0	5	0
17n3 – Hüft-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel							
QI 5 – Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur (Nr. 463) –	247	105	61	81	0	1	0
17n5 – Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation							
QI 1 – Indikation (Nr. 276)	197	84	75	7	31	4	0
QI 3a – Postoperative Beweglichkeit (Nr. 2218) – postoperative Beweglichkeit dokumentiert	67	18	49	0	0	1	0
QI 3b – Postoperative Beweglichkeit (Nr. 10953) – postoperative Beweglichkeit von mindestens 0/0/90	225	120	99	6	0	2	0

6.2.2. Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten

Tabelle 12 zeigt, wie die rechnerischen Auffälligkeiten der C-Indikatoren auf der Basis der Stellungnahmen der Krankenhäuser durch die Fach- und Arbeitsgruppen bewertet wurden. Auch in dieser Tabelle wurden zur besseren Lesbarkeit die verschiedenen Einstufungen von „qualitativ auffällig“ zusammengefasst.

Tabelle 12: Bewertung der C-Indikatoren

Leistungsbereich	Anzahl rechnerisch auffällig	angeforderte Stellungnahmen		Bewertung				
		Anzahl	Anteil in %	Einstufung nicht möglich	unauffällig	unauffällig mit Ver- laufskontrolle	qualitativ auf-fällig	Sonstiges
12n1 - Cholezystektomie								
QI 4 - Eingriffsspezifische Komplikationen (Nr. 220) - Okklusion oder Durchtrennung des DHC	186	137	73,7	0	93	39	5	0
09n3 - Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation								
QI 2 - Indikation zur Revision (2): Sondenprobleme (Nr. 694)	457	281	61,5	1	78	149	52	1
21n3 - Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)								
QI 2 - Indikation zur Koronarangiographie - Therapieempfehlung (Nr. 2061)	82	41	50,0	0	16	21	4	0
QI 6e - In-Hospital-Letalität (Nr. 2311) - Dokumentationsqualität bei Patienten mit PCI und Verweildauer > 1 Tag: unvollständige Angaben zu Diabetes mellitus oder Niereninsuffizienz	15	4	26,7	0	0	4	0	0
QI 8a - Flächendosisprodukt (Nr. 12770) - Median (cGy*cm ²) aller Koronarangiographien (ohne PCI)	1	1	100	0	0	1	0	0
QI 8c - Flächendosisprodukt (Nr. 12772) - Median (cGy*cm ²) aller Einzeitig-PCI	35	11	31,4	0	2	8	1	0
QI 8d - Flächendosisprodukt (Nr. 12773) - Flächendosisprodukt nicht bekannt	114	46	40,4	0	11	28	7	0
QI 8e - Flächendosisprodukt (Nr. 12774) - Anteil Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) > 6.000 cGy*cm ²	53	29	54,7	0	7	11	11	0
QI 8f - Flächendosisprodukt (Nr. 12775) - Anteil PCI (ohne Einzeitig-PCI) > 12.000 cGy*cm ²	41	14	34,1	0	3	6	5	0
16n1 - Geburtshilfe								
QI 1 - E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt (Nr. 1058)	81	81	100	1	24	22	34	0
15n1 - Gynäkologische Operationen								
QI 4 - Indikation bei Ovareingriffen (Nr. 10211) - Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund	340	156	45,9	0	35	85	35	1

Leistungsbereich	Anzahl rechnerisch auffällig	angeforderte Stellungnahmen		Bewertung				
		Anzahl	Anteil in %	Einstufung nicht möglich	unauffällig	unauffällig mit Verlaufskontrolle	qualitativ auffällig	Sonstiges
18n1 - Mammachirurgie								
QI 8 - Indikation zur brusterhaltenden Therapie (Nr. 2167)	258	107	41,5	1	58	40	5	3
QI 9 - Meldung an Krebsregister (Nr. 11992)	128	26	20,3	0	5	6	15	0
QI 10 - Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum (Nr. 2098)	147	54	36,7	0	21	19	12	2
17n1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur								
QI 1 - Präoperative Verweildauer (Nr. 2266)	302	152	50,3	3	49	77	23	0
17n2 - Hüft-Endoprothesen Erstimplantation								
QI 1 - Indikation (Nr. 1082)	365	159	43,6	3	22	86	46	2
QI 3a - Postoperative Beweglichkeit (Nr. 2223) - Neutral-Null-Methode gemessen	336	173	51,5	2	24	102	45	0
17n3 - Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel								
QI 5 - Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur (Nr. 463) -	247	61	24,7	0	34	25	2	0
17n5 - Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation								
QI 1 - Indikation (Nr. 276)	197	75	38,1	2	6	36	31	0
QI 3a - Postoperative Beweglichkeit (Nr. 2218) - postoperative Beweglichkeit dokumentiert	67	49	73,1	1	2	32	14	0
QI 3b - Postoperative Beweglichkeit (Nr. 10953) - postoperative Beweglichkeit von mindestens 0/0/90	225	99	44,0	0	12	51	35	1

In Tabelle 13 werden die Ergebnisse für die einzelnen Bewertungskategorien von „qualitativ auffällig“ separat aufgeführt. Die Spaltenbeschriftung erfolgte numerisch nach folgendem Schema:

- [1] = qualitativ auffällig
- [2] = wiederholt qualitativ auffällig
- [3] = qualitativ auffällig wegen fehlerhafter Dokumentation
- [4] = wiederholt qualitativ auffällig wegen fehlerhafter Dokumentation
- [5] = qualitativ auffällig wegen mangelnder Mitwirkung

Tabelle 13: Bewertungen in Kategorien für „qualitativ auffällig“

Leistungsbereich	Summe qualitativ auffällig	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
12n1 – Cholezystektomie						
QI 4a – Eingriffsspezifische Komplikationen (Nr. 220) – Okklusion oder Durchtrennung des DHC	5	2	0	0	3	0
09n3 – Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation						
QI 2 – Indikation zur Revision (2): Sondenprobleme (Nr. 694)	52	42	4	0	3	3
21n3 – Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)						
QI 2 – Indikation zur Koronarangiographie – Therapieempfehlung (Nr. 2061)	4	1	0	0	2	1
QI 6e – In-Hospital-Letalität (Nr. 2311) – Dokumentationsqualität bei Patienten mit PCI und Verweildauer > 1 Tag: unvollständige Angaben zu Diabetes mellitus oder Niereninsuffizienz	0	0	0	0	0	0
QI 8a – Flächendosisprodukt (Nr. 12770) – Median (cGy*cm ²) aller Koronarangiographien (ohne PCI)	0	0	0	0	0	0
QI 8c- Flächendosisprodukt (Nr. 12772) – Median (cGy*cm ²) aller Einzeitig-PCI	1	1	0	0	0	0
QI 8d – Flächendosisprodukt (Nr. 12773) – Flächendosisprodukt nicht bekannt	7	2	0	1	4	0
QI 8e – Flächendosisprodukt (Nr. 12774) – Anteil Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) > 6.000 cGy*cm ²	11	7	2	0	2	0
QI 8f – Flächendosisprodukt (Nr. 12775) – Anteil PCI (ohne Einzeitig-PCI) > 12.000 cGy*cm ²	5	4	1	0	0	0
16n1 – Geburtshilfe						
QI 1 – E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt (Nr. 1058)	34	11	0	2	21	0
15n1 – Gynäkologische Operationen						
QI 4 – Indikation bei Ovaryingriffen (Nr. 10211) – Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund	35	10	0	3	21	1
18n1 – Mammachirurgie						
QI 8 – Indikation zur brusterhaltenden Therapie (Nr. 2167)	5	3	1	0	0	1
QI 9 – Meldung an Krebsregister (Nr. 11992)	15	3	0	1	10	1
QI 10 – Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum (Nr. 2098)	12	8	4	0	0	0
17n1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur						
QI 1 – Präoperative Verweildauer (Nr. 2266)	23	14	7	0	2	0

Leistungsbereich	Summe qualitativ auffällig	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
17n2 – Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation						
QI 1 – Indikation (Nr. 1082)	46	3	0	16	25	2
QI 3a – Postoperative Beweglichkeit (Nr. 2223) – Neutral-Null-Methode gemessen	45	5	0	20	17	3
17n3 – Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel						
QI 5 – Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Fraktur (Nr. 463) -	2	0	0	1	1	0
17n5 – Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation						
QI 1 – Indikation (Nr. 276)	31	1	0	11	19	0
QI 3a – Postoperative Beweglichkeit (Nr. 2218) – postoperative Beweglichkeit dokumentiert	14	0	0	2	11	1
QI 3b – Postoperative Beweglichkeit (Nr. 10953) – postoperative Beweglichkeit von mindestens 0/0/90	35	5	2	2	26	0

6.2.3. Kommentierung der Maßnahmen und Ergebnisse zu C-Indikatoren

Cholezystektomie – Eingriffsspezifische Komplikationen – Okklusion oder Durchtrennung des DHC

Dieser Qualitätsindikator beschreibt den Anteil der Patienten mit Verschluss (Okklusion) oder Durchtrennung des Gallengangs (DHC; Ductus hepaticus communis) infolge eines operativen Eingriffs. Da es sich bei der Durchtrennung oder Okklusion des Gallengangs um eine seltene, schwerwiegende Komplikation handelt, die teilweise vermeidbar ist, wurde für diesen Indikator der Referenzbereich als Sentinel Event definiert. Daher muss für alle eingetretenen Fälle eine Stellungnahme angefordert werden.

Im Rahmen des Strukturierten Dialogs wurden 186 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt (Tabelle 11). Zu 137 davon wurden Stellungnahmen der Einrichtungen angefordert.

Die Krankenhäuser haben in der überwiegenden Zahl der Stellungnahmen zu den erfassten Fällen argumentiert, dass es sich um unvermeidbare Komplikationen handelte. In wenigen Fällen wurden auch Dokumentationsfehler festgestellt. In den meisten Fällen konnte das betreffende Krankenhaus basierend auf den Stellungnahmen als unauffällig eingestuft werden. Lediglich in 5 von 186 Fällen wurde die Bewertung „qualitativ auffällig“ vergeben (Tabelle 12), davon waren in drei Fällen Dokumentationsfehler die Ursache (Tabelle 13).

Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation – Indikation zur Revision (2) – Sondenprobleme

Komplikationen bei der Herzschrittmachertherapie können die Sonden betreffen. Die Rate der wiederholten Eingriffe aufgrund von Sondenproblemen (Sondenrevisionsrate) ist als Verhältniszahl dargestellt: alle Sondenrevisionen eines Krankenhauses im Verhältnis zur Zahl aller Implantationen im Jahr (d. h. Ersteingriffe im selben Haus) und bei vorangegangener Schrittmacher-Operation im selben Haus.

Bei diesem Indikator wurden 457 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt, zu denen insgesamt 281 Stellungnahmen angefordert wurden. Die Bewertungen der Stellungnahmen fielen wie folgt aus: unauffällig 78, unauffällig mit Verlaufskontrolle 149, qualitativ auffällig 52.

Bei diesem Indikator wird eine Differenzierung von Früh- und Spät komplikationen angestrebt. Der Indikator soll Frühkomplikationen erfassen, die Rückschlüsse auf die Prozessqualität des Krankenhauses erlauben, welches den Schrittmacher implantiert hat. Spät komplikationen sollen außer Betracht bleiben. Sie sind in der Regel auf Materialfehler zurückzuführen und erlauben keine Beurteilung der Behandlungsqualität in der Einrichtung, in der

der Eingriff stattfand. Eine gezielte Erfassung ausschließlich der Frühkomplikationen könnte dazu beitragen, die Spezifität des Indikators zu verbessern.

Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) – Indikation zur Koronarangiographie – Therapieempfehlung

Die Kennzahl erfasst, mit welchem Anteil bei Koronarangiographien (ohne verbrachte Fälle) mit den Indikationen „bekannte KHK“ oder „Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“ Therapieempfehlungen für interventionelle oder herzchirurgische Maßnahmen gegeben wurden. Ein hoher Anteil dieser Indikationen ohne Therapieempfehlung ist ein Hinweis auf nicht indizierte Koronarangiographien.

Im Rahmen des Strukturierten Dialogs wurden 82 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt und der Strukturierte Dialog eingeleitet. Zu 41 davon (50%) wurden Stellungnahmen der Einrichtungen angefordert. Als qualitativ auffällig wurden 4 rechnerische Auffälligkeiten eingestuft, die übrigen als unauffällig (16) oder unauffällig mit Verlaufskontrolle (21).

Bei der Analyse der Stellungnahmen wurde deutlich, dass häufig Kliniken mit geringen Fallzahlen und ohne eigenen Herzkathetermessplatz rechnerisch auffällig waren. Wie der Strukturierte Dialog zeigt, werden diese Einrichtungen auffällig, wenn Verbringungsleistungen nicht korrekt dokumentiert werden. Es ist zu prüfen, ob eine Präzisierung der Ausfüllhinweise zu einer korrekten Datenerfassung beitragen kann.

Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) – In-Hospital-Letalität – Dokumentationsqualität

Es handelt sich um eine Kennzahl der Dokumentationsqualität, die für das Risikoadjustierungsmodell von methodischer Bedeutung ist. Es werden Begleiterkrankungen erfasst wie eine Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) bzw. eine unzureichende Nierenfunktion (Niereninsuffizienz). Diese Faktoren bedingen ein erhöhtes Risiko und können das Behandlungsergebnis beeinflussen.

Dieser Indikator wurde durch die Bundesfachgruppe als C-Indikator klassifiziert, obwohl für ihn kein Referenzbereich definiert ist. Es wurde ein besonderer Handlungsbedarf gesehen, weil die Angaben zu Diabetes mellitus und zur Niereninsuffizienz für die Risikoadjustierung der In-Hospital-Letalität verwendet werden. Ein Strukturierter Dialog nach dem üblichen Verfahren war wegen des fehlenden Referenzbereichs allerdings nicht möglich. Daher wird angestrebt im Einvernehmen mit der Bundesfachgruppe zeitnah einen Referenzbereich festzulegen.

Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) – Flächendosisprodukt

Ein Herzkathetereingriff führt durch die (ggf. zeitlich extensive) Anwendung von Röntgenstrahlen zur Strahlenbelastung für den Patienten und für den Untersucher. Die Energiemenge von Röntgen- oder Gammastrahlen, die pro Masseneinheit eines Körpers aufgenommen wird, wird in rad (radiation absorbed dose) oder gray units (Gy) gemessen (100 rad = 1 Gy). Das Flächendosisprodukt ($\text{Gy cm}^2 = 100\text{cGy cm}^2$) ist definiert als Produkt aus der bestrahlten Fläche (in cm^2) und der dort wirksamen Dosis (in Gray).

Der Indikator „Flächendosisprodukt“ besteht aus mehreren Kennzahlen:

- QI 8a: Flächendosisprodukt – Median ($\text{cGy} \cdot \text{cm}^2$)⁹ aller Koronarangiographien (ohne PCI)
- QI 8c: Flächendosisprodukt – Median ($\text{cGy} \cdot \text{cm}^2$) aller Einzeitig-PCI
- QI 8d: Flächendosisprodukt unbekannt
- QI 8e: Anteil Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) $> 6.000 \text{ cGy} \cdot \text{cm}^2$
- QI 8f: Anteil PCI (ohne Einzeitig-PCI) $> 12.000 \text{ cGy} \cdot \text{cm}^2$

Für die genannten Indikatoren wurden zwischen einer und 114 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt. Die Analyse der angeforderten Stellungnahmen ergibt, dass oft Kliniken mit geringen Fallzahlen und ohne eigenen Herzkathetermessplatz rechnerisch auffällig wurden. Diese Einrichtungen müssten die relevanten Daten zur Strahlenbelastung ihrer Patienten von den diese Leistung erbringenden Kliniken erfragen. Diese Abfragen sind

⁹ $\text{centi-Gray} \cdot \text{Quadratzentimeter} = (\text{Gray} \cdot \text{Quadratzentimeter}) / 100$

offenbar durch Kommunikationsprobleme belastet, weshalb in der Folge Dokumentationsfehler auftreten können. Obgleich sich die Dokumentationsqualität verbessert hat, verweist auch diese Kennzahl (QI 8d) auf nach wie vor bestehende Dokumentationsprobleme.

Geburtshilfe – E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt größer als 20 Minuten

Unter bestimmten Umständen können Mutter und Kind vor einer anstehenden Geburt in eine Notlage geraten. Diese sollte so schnell wie möglich mit einem Notfallkaiserschnitt beendet werden, um bleibende Schäden beim Kind zu vermeiden. Je weniger Zeit vom Zeitpunkt der Indikationsstellung (Entschluss) bis zur Durchführung des Kaiserschnitts (Entwicklung) vergeht, desto besser für Mutter und Kind. Dieser Zeitraum wird E-E-Zeit (Entschluss-Entwicklungs-Zeit) genannt. Hohe Raten einer E-E-Zeit über 20 Minuten weisen auf relevante Organisationsprobleme hin.

Für diesen Indikator ist der Referenzbereich als Sentinel Event definiert. Für jede Auffälligkeit, das heißt eine Überschreitung der E-E-Zeit, wurde daher eine Stellungnahme angefordert. Neben fehlerhafter Dokumentation und Fällen akzeptabler Überschreitung der 20-Minuten-Frist wurde natürlich auch in einigen Einrichtungen, nach intensiver Analyse, Verbesserungsbedarf festgestellt. In diesen Einrichtungen sind weitergehende Verlaufskontrollen geplant.

Die identifizierten Dokumentationsfehler sind falsche Angaben bei den E-E-Zeiten. Es wurde anstelle einer „eiligen Sectio“, die richtig anzugeben gewesen wäre, die „Notsectio“ dokumentiert. Es handelte sich nach Angaben der Krankenhäuser (laut Stellungnahmen) in diesen Fällen aber nicht um Notfälle. Hinsichtlich der Abgrenzung eilige Sectio/Notsectio wäre zu prüfen, ob Fehlerquellen bei der Datenerfassung behoben werden können. In einigen Ländern wurden dazu schon Schulungsmaßnahmen ergriffen. Grundsätzlich zeigt sich aber im Vergleich zum Vorjahr eine leichte Verbesserung bei den Ergebnissen dieses Indikators.

Gynäkologische Operationen – Indikation bei Ovarieingriffen

Operative Eingriffe am Eierstock werden häufig aufgrund des Befundes von Zysten vorgenommen. Eierstockzysten sind anfänglich fast immer beschwerdefrei und deswegen häufig Zufallsbefunde, die im Rahmen von Routineuntersuchungen vorwiegend bei Frauen im geschlechtsreifen Alter entdeckt werden. Bei Follikel- und Corpusluteum-Zysten handelt es sich um sogenannte Funktionszysten, die meist gutartig sind und sich von selbst zurückbilden. Deshalb ist es wichtig, dass die Entscheidung für einen operativen, möglicherweise mit der Entfernung eines Eierstocks verbundenen Eingriff gerade bei jüngeren Frauen sehr sorgfältig getroffen und nach erfolgter Operation durch eine feingewebliche Untersuchung (Histologie) überprüft wird.

Im Rahmen des Strukturierten Dialogs wurden 340 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt und der Strukturierte Dialog eingeleitet. Zu 156 davon wurden Stellungnahmen der Einrichtungen angefordert. Die Stellungnahmen der Einrichtungen führten in 85 Fällen zur Bewertung „unauffällig mit Verlaufskontrolle“. Es liegen jedoch auch deutliche Hinweise auf systematische Dokumentationsprobleme vor (vgl. Tabelle 13). Bei postmenopausalen Patientinnen ist die Erfassung von Follikelzysten nicht plausibel. Es wird auch die Frage aufgeworfen, ob der Referenzbereich des Indikators angepasst werden sollte. Da dieser Indikator auch in den Vorjahren das gewünschten Qualitätsziel – möglichst wenige Patientinnen mit isoliertem Ovarieingriff bei eindeutiger Indikation, d. h. Abgrenzung von den sogenannten Funktionszysten zu bösartigen Veränderungen – nicht erreicht hat, muss hier weiterhin kritisch analysiert und nach Verbesserungsmöglichkeiten gesucht werden.

Mammachirurgie – Indikation zur brusterhaltenden Therapie

Noch vor 20 Jahren galt die Entfernung der gesamten Brust sowie der Lymphknoten in der Achselhöhle als Standardtherapie bei der Diagnose eines Brusttumors. Es ist durch Studien belegt, dass sich bei kleineren Tumoren (pT1 und pT2) die Überlebensraten von Frauen mit kompletter Brustentfernung (Mastektomie) und Frauen mit brusterhaltender Therapie (BET) nicht unterscheiden. Das Qualitätsziel ist eine angemessene Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie bei Frauen mit Tumorstadium pT1 oder pT2. Der Indikator eignet sich in besonderem Maße, die Einbeziehung des Patientenwunsches zu betrachten. Extrem hohe oder niedrige Raten für die brusterhaltende Therapie weisen darauf hin, dass eine ausgewogene Entscheidungsfindung möglicherweise nicht erfolgt ist.

Bei diesem Indikator wurden 258 auffällige Krankenhäuser ermittelt. Bei 107 dieser Einrichtungen wurden Stellungnahmen angefordert und an 95 Einrichtungen wurden Hinweise verschickt. Die Krankenhäuser haben überwiegend in Form von Einzelfallanalysen Stellung genommen. Nach Analyse, Bewertung und Kategorisierung durch die Fachgruppen ergab sich meistens eine Einstufung des Ergebnisses als „qualitativ unauffällig“.

Der Referenzbereich dieses Indikators liegt bei 67,9 – 95,2%. Insbesondere durch die Spannweite der Ergebnisse ist dieser Indikator weiterhin auffällig, und es besteht ein besonderer Handlungsbedarf. Führten Einzelfälle zu rechnerischen Auffälligkeiten, so wurde seitens der Bundesländer ein Hinweis verschickt und die Ergebnisse werden im nächsten Jahr weiter beobachtet.

Mammachirurgie – Meldung an das Krebsregister

Qualitätsziel dieses Indikators ist es, dass möglichst viele Patientinnen dort an ein epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister gemeldet werden, wo diese etabliert sind. Der Referenzbereich dieses Indikators liegt bei $\geq 95\%$ (Toleranzbereich).

Es wurden 128 rechnerisch auffällige Einrichtungen ermittelt. In einigen Bundesländern haben sich die Ergebnisse allerdings schon sehr verbessert. Dennoch besteht bei diesem Indikator weiterhin Handlungsbedarf, aber er bietet auch ein gutes Verbesserungspotenzial.

Mammachirurgie – Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation

Die Diagnose Brustkrebs ist für die Betroffenen wie auch ihre Angehörigen sehr belastend, da sie mit einer fast immer als lebensbedrohlich empfundenen Krankheit konfrontiert werden. Eine längere Wartezeit auf den Beginn der Behandlung verstärkt die psychische Belastung, weil die Frauen befürchten, dass dadurch ihre Heilungschancen vermindert werden. Andererseits muss den betroffenen Frauen ausreichend Zeit eingeräumt werden, um sich mit Angehörigen und Freunden über verschiedene Behandlungskonzepte zu beraten bzw. sich weiter zu informieren und ggf. eine Zweitmeinung einzuholen.

Der zeitliche Abstand zwischen Diagnosestellung und Operation sollte deswegen nicht kürzer als 8 und nicht länger als 21 Tage sein (Referenzbereich > 7 bis ≤ 21 Tage). Es wurden bundesweit insgesamt 147 rechnerische Auffälligkeiten vermerkt. Dieser Indikator mit seinem Qualitätsziel wird von allen Bundesländern als wichtig erachtet und unterstützt. Dennoch wurde in einigen Bundesländern darauf verzichtet, rechnerisch auffällige Einrichtungen um Stellungnahmen zu bitten. Es wurden lediglich Hinweise verschickt.

Einerseits sind die Ergebnisse für diese Kennzahl stark von der individuellen Situation des Patienten abhängig. Das heißt, hier müssen die individuellen Aspekte der Patientinnen, die Beratungsangebote (Einholung von Zweitbeurteilungen) und die generellen Versorgungsstrukturen berücksichtigt werden. Die Funktionsfähigkeit der Versorgungskette ist u. U. nicht allein vom Krankenhaus abhängig.

Andererseits war der Indikatortyp (Median-Kennwert) ungünstig, um zielgenau Einrichtungen und Behandlungsfälle für Maßnahmen des Strukturierten Dialogs zu identifizieren. Dies wurde ab dem Erfassungsjahr 2010 geändert – der Indikator ist jetzt ein ratenbasierter Kennwert.

Hüftgelenknahe Femurfraktur – Präoperative Verweildauer

Der Indikator untersucht, bei wie vielen Patienten die erforderliche operative Versorgung mit einer Verzögerung von mehr als 48 Stunden erfolgt ist. Ein möglichst früher Operationszeitpunkt nach einem hüftgelenknahen Bruch des Oberschenkels (Femurfraktur) wird deswegen empfohlen, weil eine verzögerte Behandlung mit höheren Komplikationsraten einhergeht.

Von 50,3% der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser wurden Stellungnahmen angefordert, ansonsten wurden bis auf wenige rechnerische Auffälligkeiten, die durch Einzelfälle zustande kamen, Hinweise verschickt.

Wie die Bewertungen der Stellungnahmen zeigten, spielen Dokumentationsprobleme nur eine untergeordnete Rolle. Ursache der Auffälligkeiten sind zum Teil strukturelle Merkmale der Einrichtungen (Personalsituation, vor allem an Wochenenden). In diesen Fällen wurden durch die zuständigen Landesgeschäftsstellen Verbesserungen eingefordert. In anderen Fällen sind jedoch die Gründe einer erhöhten präoperativen Verweildauer nach-

vollziehbar (z.B. gerinnungshemmende Medikation oder sozial bedingte Verzögerungen wie das Warten auf die Einwilligung eines Patienten-Vormunds). Dies ist allerdings schon bei der Festsetzung des Referenzwertes berücksichtigt.

Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation – Indikation

Beim Einsatz einer Hüftgelenk-Totalendoprothese (Hüft-TEP) bei Koxarthrose handelt es sich um einen in der Regel geplanten Eingriff mit stetig steigenden Fallzahlen (2009: 158.554). Die Indikation zum Hüftgelenkersatz ist grundsätzlich sorgfältig zu stellen und muss durch die gesundheitliche Vorgeschichte, das Beschwerdebild und Röntgenbefunde gerechtfertigt sein. Der Indikator bestimmt den Anteil der Patienten, bei dem anhand klinischer und röntgenologischer Kriterien die Indikation zur Hüft-TEP nachvollziehbar gestellt wurde.

Es wurden 365 rechnerisch auffällige Einrichtungen ermittelt (Tabelle 11). Von 159 Einrichtungen (43,6%) wurden Stellungnahmen angefordert. Die Stellungnahmen wurden wie folgt bewertet: Unauffällig 22, unauffällig mit Verlaufskontrolle 86, auffällig 46 (Einstufung nicht möglich und sonstiges: insgesamt 5).

Die 46 als „qualitativ auffällig“ eingestuften Krankenhäuser sind gemessen an anderen Indikatoren und Leistungsbereichen ein hoher Wert. Eine mögliche Erklärung dieses Ergebnisses sind Dokumentationsprobleme, die auf eine unzureichende Vertrautheit des verantwortlichen Personals mit der Berechnung der röntgenologischen Kriterien zurückführbar sind. Abhilfe wäre durch Schulung der betreffenden Mitarbeiter zu erreichen.

Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation – Postoperative Beweglichkeit

Ziel des künstlichen Hüftgelenkersatzes ist die Wiederherstellung einer schmerzfreien Hüftgelenkbeweglichkeit und -belastbarkeit. Erfahrungsgemäß kann in den meisten Fällen unmittelbar nach der Operation keine Schmerzfreiheit erzielt werden, wohl aber eine freie und vollständig passive Streckung und Beugung des Hüftgelenks. Die Messung (postoperative Beweglichkeit des Gelenks nach Implantation einer Hüft-Endoprothese mithilfe der Neutral-Null-Methode) und Dokumentation der Messwerte ist medizinisch sinnvoll und wird durch diesen Indikator überprüft.

Für den Indikator „postoperative Beweglichkeit“ wurden 336 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. Bei 173 Einrichtungen (51,5%) wurde eine Stellungnahme angefordert.

Auch für diesen Qualitätsindikator ist die Anzahl der als qualitativ auffällig eingestuften Stellungnahmen vergleichsweise hoch (45/173). Dieses Ergebnis ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Aussagekraft einer Messung der Beweglichkeit nach der Neutral-Null-Methode angezweifelt wird. Zur Beurteilung der frühen postoperativen Mobilität seien funktionelle Parameter wie z.B. Treppensteigen oder Sitzfähigkeit besser geeignet.

Hüft-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel – Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Fraktur

Dieser Ergebnisindikator erfasst den Anteil jener Patienten, bei denen ein Hüft-Endoprothesenwechsel und/oder –komponentenwechsel durchgeführt wurde und bei denen eine chirurgisch behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation in Form einer Implantatfehl- lage, einer Implantatdislokation oder einer Fraktur aufgetreten ist. Die Revisionsoperation des Hüftgelenks ist in vielerlei Hinsicht anspruchsvoller als die Erstimplantation einer Hüft-Endoprothese. Vor allem die richtige Positionierung und Verankerung des neuen Implantats ist bei einer Revisionsoperation meist schwieriger zu erreichen als bei der Erstimplantation. Daher ist die Vermeidung einer Implantatfehlpositionierung und die Verhinderung eines Knochenbruchs während und nach der Operation eine Herausforderung für den Operateur.

Bei 61 von insgesamt 247 rechnerisch auffälligen Krankenhäusern sind Stellungnahmen angefordert worden. 59 der Stellungnahmen wurden als unauffällig oder unauffällig mit Verlaufskontrolle eingestuft.

Der Qualitätsindikator wird wegen seiner zu umfassenden (unscharfen) Definition kritisiert. Angemessen wäre eine Beschränkung auf die Erfassung von Implantatfehl- lagen und Implantatdislokationen. Die Kritiker argumentieren, das Risiko einer Fraktur werde maßgeblich durch Knochenqualität und Situs bestimmt und weniger durch den operativen Eingriff. Die Befürworter argumentieren, dass ein Operateur bei dem Eingriff Knochenqualität und Situs berücksichtigen müsse.

Knie – Totalendoprothesen-Erstimplantation – Indikation

Schmerzen, Bewegungseinschränkungen oder auch ein Gefühl der Instabilität im Kniegelenk sind die wesentlichen Anzeichen eines Kniegelenkverschleißes (Gonarthrose). Ein künstlicher Ersatz des Kniegelenks kann indiziert sein, wenn sich durch nicht-operative (sogenannte konservative) Behandlungen mittels Physiotherapie und/oder Medikamenten keine Verbesserung der Beschwerden einstellt. Der vorliegende Qualitätsindikator bestimmt, bei wie viel Prozent der Patienten, bei denen eine Knie-TEP durchgeführt wurde, die geforderten Kriterien der Indikationsstellung auf Grund des Schmerzniveaus und anhand des sogenannten Kellgren und Lawrence Scores erfüllt sind. Bei diesem Score wird der Schweregrad des Gelenkverschleißes mit Hilfe eines Punkteschemas (0 bis 8) beurteilt. Bei einem Wert von mindestens 4 Punkten ist eine Knie-TEP indiziert.

Bundesweit waren 197 Krankenhäuser rechnerisch auffällig, es wurden 75 Stellungnahmen angefordert. Die eingegangenen Stellungnahmen enthielten in den meisten Fällen plausible Begründungen für die Auffälligkeiten, nur mit wenigen Krankenhäusern mussten Zielvereinbarungen zur Qualitätsverbesserung getroffen werden. Die Verlaufskontrollen spielen bei diesem Indikator eine wesentlich größere Rolle. Generell lässt sich im Vergleich zu den Vorjahren ein positiver Trend verzeichnen. Probleme sind meistens auf Erfassungsmängel bzgl. der Klassifizierung des Arthrosegrades nach dem modifiziertem Kellgren und Lawrence Score zurückzuführen. Eine langfristige Verbesserung für diesen Indikator ist zudem zu erzielen, wenn die stationären und ambulanten Bereiche sektorenübergreifend zusammengeführt werden.

Knie – Totalendoprothesen-Erstimplantation – Postoperative Beweglichkeit

Ziel der Implantation einer Knie-Totalendoprothese ist die Wiederherstellung einer schmerzfreien Kniegelenkbeweglichkeit und -belastbarkeit. Das Schmerzniveau und die Belastbarkeit des Knies beim Gehen lassen sich nur subjektiv beurteilen. Mit der international etablierten Neutral-Null-Methode lässt sich aber die postoperative Beweglichkeit des Kniegelenks objektiv messen. Dabei wird ausgehend von einer Normalstellung (Neutralstellung oder Nullpunkt) der Bewegungsumfang (Streckung und Beugung) des Gelenks ermittelt.

QI 3a: Postoperative Beweglichkeit: Neutral-Null-Methode durchgeführt

Der vorliegende Prozessindikator bildet den Anteil von Patienten ab, bei dem die postoperative Beweglichkeit des Gelenks nach Implantation einer Knie-TEP mithilfe der Neutral-Null-Methode gemessen und dokumentiert wurde.

Bundesweit waren 67 Krankenhäuser auffällig und es wurden 49 Stellungnahmen angefordert. Auch bei diesem Prozessindikator ist gegenüber den Vorjahren eine sukzessive Verbesserung zu verzeichnen.

QI 3b: Postoperative Beweglichkeit: Mindestens 0/0/90

Der Ergebnisindikator bildet den Anteil von Patienten mit postoperativer Beweglichkeit des Kniegelenks von mindestens 0/0/90 Grad an allen Patienten ab, bei denen die postoperative Beweglichkeit nach der Neutral-Null-Methode gemessen und dokumentiert wurde.

Dieser Indikator weist eine relativ hohe Anzahl (225) von rechnerisch auffälligen Krankenhäusern auf. Bei 99 Einrichtungen wurden Stellungnahmen angefordert. Dies betrifft vor allem auch die wiederholt auffälligen Krankenhäuser. Nichtsdestotrotz zeigt sich seit Jahren eine kontinuierliche Verbesserung bei diesem Indikator. Dennoch bedarf dieser Indikator weiterhin einer besonderen Betrachtung, denn die Entwicklung der geforderten Ergebnisqualität mit vollständiger aktiver Streckung sowie aktiver Beugung bis 90 Grad zum Zeitpunkt der Entlassung muss noch nachhaltig verbessert werden. Die Ursachen für die rechnerischen Auffälligkeiten sollten noch längerfristig beobachtet werden. Eine wichtige Rolle spielt dabei auch die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtung.

6.3. Konsequenzen des Strukturierten Dialogs

Obwohl für eine Reihe von Indikatoren positive Entwicklungen in Richtung der jeweils definierten Qualitätsziele zu verzeichnen sind, bleibt festzuhalten, dass dennoch Ergebnisse den durch Referenzbereiche definierten Vorgaben nicht entsprachen. Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs verdeutlichen, dass neben aufgedeckten Qualitätsmängeln der jeweiligen Leistungsbereiche weitere Faktoren als Ursachen rechnerisch auffälliger Ergebnisse berücksichtigt werden müssen:

- Medizinische Gründe (besondere Einzelfälle, schicksalhafte Verläufe)
- Methodische Probleme bei Definition und Berechnung der Indikatoren
- Unangemessene Festlegung von Referenzbereichen
- Softwareprobleme
- Dokumentationsfehler

Der Strukturierte Dialog initiiert und steuert gerade auch bei Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf den Prozess einer nachhaltigen Verbesserung der Qualität der (stationären) medizinischen Behandlung. Die beiden Ansatzpunkte für Qualitätsverbesserungen sind:

1. die betroffene Einrichtung
2. das Versorgungssystem als Ganzes

Die Überprüfung von rechnerischen Auffälligkeiten kann ergeben, dass keine qualitativen Auffälligkeiten vorliegen oder dass qualitative Auffälligkeiten auf (wiederholte) fehlerhafte Dokumentation zurückzuführen sind. In diesem Fall ist die Spezifität des Qualitätsindikators zu gering. Es werden (zu viele) rechnerische Auffälligkeiten ermittelt, die nicht zur Aufdeckung tatsächlicher Mängel der Versorgungsqualität führen. Im Sinne der beiden Ansatzpunkte für Verbesserungen ist Abhilfe auf zwei Ebenen möglich:

1. Behebung von Mängeln auf der Ebene der betroffenen Einrichtung, indem z.B. Arbeitsabläufe optimiert werden, um u.a. auch eine fehlerhafte Dokumentation zu verhindern.
2. Behebung von einrichtungsübergreifend wirkenden Ursachen, die systematisch „false alarms“ (rechnerische Auffälligkeiten, die nicht auf Versorgungsmängel zurück zu führen sind) erzeugen. Es könnten z.B. Verbesserungen der Konzeption oder der Operationalisierung des Qualitätsindikators erforderlich sein. Oder es kommt zu systematischen Fehlern bei der Datenerfassung, weil die Erfassungssoftware nicht korrekt funktioniert oder Bedienungsanleitungen und Ausfüllhinweise fehlen oder missverständlich sind.

Gerade für Indikatoren mit besonderem Handlungsbedarf kommt der Erkennung und Behebung einrichtungsübergreifend wirkender Fehlentwicklungen eine besondere Bedeutung zu. Dies gilt selbstverständlich auch, wenn der Strukturierte Dialog zur Aufdeckung tatsächlicher qualitativer Mängel führt:

1. In den betroffenen Einrichtungen werden im Rahmen des Strukturierten Dialogs nach der Aufdeckung qualitativer Mängel Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität angestoßen, gegebenenfalls unterstützt durch Zielvereinbarungen mit der den Dialog führenden Institution auf Landes- oder Bundesebene und deren Fach-/Arbeitsgruppen.
2. Auf Systemebene ist zu prüfen, ob Behandlungsmethoden optimiert werden müssen, gegebenenfalls begleitet durch die Modifikation bestehender oder die Entwicklung neuer Leitlinien. Sollten Fehlanreize des Vergütungssystems existieren, sind diese zu beseitigen.

Der Strukturierte Dialog 2010 hat neben den C-Indikatoren noch weitere Ansatzpunkte für die Optimierung des Qualitätssicherungsverfahrens aufgedeckt. Für die indirekten Verfahren haben die Länder in ihren Berichten nach § 15 Abs. 3 QSKH-RL Empfehlungen zu den einzelnen Indikatoren abgegeben, deren Umsetzung nun auf Bundesebene geprüft wird. Für die direkten Verfahren konnten bereits Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden:

Isolierte Aortenklappenchirurgie

Im Leistungsbereich Isolierte Aortenklappenchirurgie haben der Strukturierte Dialog und die Datenvalidierung¹⁰ gezeigt, dass der Indikator „Postoperative Nierenschädigung“ überarbeitet werden muss. Zum einen wird der für diesen Indikator notwendige Kreatininwert nicht valide dokumentiert und zum anderen wird durch die Definition des Indikators¹¹ die betrachtete Grundgesamtheit teilweise so klein, dass der Indikator keine aussagekräftigen Ergebnisse mehr liefern kann. Daher wird für das Erfassungsjahr 2010 in den Leistungsbereichen Isolierte Koronarchirurgie, Isolierte Aortenklappenchirurgie und Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie dieser Indikator ausgesetzt und inhaltlich überarbeitet.

Alle Transplantationen

Für die Qualitätsindikatoren der Transplantationsleistungsbereiche erfolgt derzeit keine Risikoadjustierung, sodass unterschiedliche Risikoprofile zwischen den Patienten der einzelnen Transplantationszentren in der Auswertung noch nicht berücksichtigt werden. Um Unterschiede zwischen den Zentren für die Beurteilung der Ergebnisse berücksichtigen zu können, werden den Bundesfachgruppen für jedes Krankenhaus zusätzliche Informationen aus der Basisauswertung (Alter, Geschlecht, Dringlichkeit, u.a.) zur Verfügung gestellt. Die mögliche Einführung einer Risikoadjustierung wird durch die betreffenden Bundesfachgruppen im aktuellen Jahr überprüft und ggf. in Angriff genommen werden.

Lebertransplantation

Im Austausch mit den Krankenhäusern zeigte sich, dass der Dokumentationsbogen unbedingt überarbeitet werden muss, um den MELD-Score¹² der Patienten adäquat zu erfassen. Zurzeit ist eine Berechnung des MELD-Scores nicht möglich, da nicht alle nötigen Parameter erhoben werden. Der Dokumentationsbogen für die Datenerfassung 2011 wurde bereits kurzfristig entsprechend erweitert. Für die Datenerfassung 2012 wird eine weitere Ergänzung der Dokumentation umgesetzt, um sowohl den sogenannten labMELD (aus Laborparametern berechnet) als auch den sogenannten matchMELD (zugewiesener Wert aufgrund von Komorbiditäten) zu erheben.

Leberlebenspende

Die rechnerischen Auffälligkeiten in diesem Leistungsbereich sind in fast allen Fällen durch eine sogenannte Dominotransplantation entstanden. In diesen speziellen Fällen spendet der Patient seine eigene Leber, erhält gleichzeitig aber selbst eine neue Leber von einem anderen Spender. Komplikationen bis hin zum Versterben des Patienten bei einem derartigen Eingriff sind folglich nicht vergleichbar mit der Operation eines gesunden Spenders. Todesfälle nach einer Dominotransplantation werden im Leistungsbereich Lebertransplantation analysiert.

Deshalb werden für die Auswertung der Daten des Erfassungsjahres 2010 die Rechenregeln für die Indikatoren angepasst: Lebenspenden im Rahmen einer Dominotransplantation werden nicht mehr berücksichtigt.

Nierenlebenspende

In mehreren Stellungnahmen wurde darauf hingewiesen, dass die Berechnung der Nierenfunktion über die genauere MDRD-Formel und nicht wie bisher über die Cockcroft-Gault-Formel erfolgen sollte. Dies ist daraufhin für die Auswertung des Erfassungsjahres 2010 geändert worden. Zudem wurde die Auffälligkeitsgrenze bei den Indikatoren, die eine eingeschränkte Nierenfunktion des Spender abbilden, verändert, da viele Auffälligkeiten im Rahmen des Strukturierten Dialogs durchaus plausibel (z.B. durch patientenbedingte Faktoren wie das Alter des Spenders) erläutert wurden.

¹⁰ vgl. dazu „Bericht zur Datenvalidierung 2010“.

¹¹ Betrachtet werden nur Patienten ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit einer präoperativen glomerulären Filtrationsrate (GFR) > 60 ml/min/1,73m³, die in ihrer ersten Operation elektiv oder dringlich operiert werden.

¹² vgl. Glossar

7. Schlussfolgerung und Ausblick

Ziel der Qualitätssicherung in der stationären Versorgung kann nicht nur die Dokumentation des Niveaus der Versorgung auf Bundes-, Landes- und Einrichtungsebene sein. Notwendig ist auch die Nachverfolgung von Hinweisen auf unzureichende Versorgungsqualität. Mit dem Strukturierten Dialog verfügen Bundes- und Landesebene über ein Verfahren, das den Kontrollmechanismus der Nachverfolgung und Aufklärung potentieller Qualitätsmängel umsetzt und so die Krankenhäuser bei der kontinuierlichen Verbesserung von Behandlungsprozessen unterstützt. Außerdem soll eine transparentere interdisziplinäre Zusammenarbeit der Beteiligten gefördert werden.

Obwohl für eine Reihe von Indikatoren positive Entwicklungen in Richtung der jeweils definierten Qualitätsziele zu verzeichnen sind, bleibt festzuhalten, dass dennoch viele Ergebnisse den durch Referenzbereiche definierten Vorgaben nicht entsprachen. Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs verdeutlichen jedoch, dass neben aufgedeckten Qualitätsmängeln der jeweiligen Leistungsbereiche weitere Faktoren als Ursachen rechnerisch auffälliger Ergebnisse berücksichtigt werden müssen:

- Medizinische Gründe (besondere Einzelfälle, schicksalhafte Verläufe)
- Methodische Probleme bei Definition und Berechnung von Indikatoren
- Unangemessene Festlegung von Referenzbereichen
- Softwareprobleme
- Dokumentationsfehler

Nicht jede rechnerische Auffälligkeit ist eine qualitative Auffälligkeit

Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zeigen, dass von rechnerischen Auffälligkeiten nicht automatisch auf Qualitätsmängel geschlossen werden kann. Neben medizinischen Gründen können auch Probleme im Zusammenhang mit der Umsetzung der jeweiligen Qualitätsindikatoren, Dokumentationsprobleme oder methodische Mängel der Datenerfassung Ursachen für rechnerische Auffälligkeiten sein.

Ursachen für Schwierigkeiten bei der Umsetzung der QS-Dokumentation können grundsätzliche Informationsdefizite und/oder unzureichende Ausfüllhinweise sein. Häufig führen Fehlkodierungen zu einer nicht korrekten Abbildung des Behandlungsfalles. Bemerkbar machen sich zudem fehlende Behandlungspfade und strukturelle Probleme wie z.B. Wochenenddienste. Festgestellt wurde auch, dass die Dokumentation häufig nicht durch den Arzt erfolgt bzw. nicht durch diesen kontrolliert wird. Eine geringe Personaldecke (unbesetzte Stellen) und auch Personalfuktuation (u. a. bei Assistenzärzten) können zu Fehldokumentation und falsch ausgelösten Auffälligkeiten führen. Eine Sonderstellung nehmen die Patienten mit multiplen Begleiterkrankungen ein, die interdisziplinär behandelt werden. Hier ist die Dokumentationspflicht einrichtungsintern nicht immer eindeutig geregelt.

Unterschiede in der Durchführung des Strukturierten Dialogs

In Kapitel 5.2. wurde bereits angemerkt, dass es Unterschiede bei der Durchführung des Strukturierten Dialogs durch die jeweiligen LQS gibt. Dafür gibt es mehrere Gründe: Zum einen gibt es die bereits angesprochenen Unterschiede in der Zahl der Krankenhäuser und in der Fallzahl. Zum anderen spielt die Erfahrung der Fach- und Arbeitsgruppen eine wichtige Rolle. Dabei entwickelt jede Gruppe im Rahmen der Vorgaben eigene Routinen zur Durchführung und Bewertung. So entsteht zwar innerhalb der Gruppe ein weitgehend konsistentes Vorgehen, im Vergleich zu anderen Gruppen in anderen LQS können sich jedoch Unterschiede in der Umsetzung ergeben.

Trotz der vorhandenen Unterschiede zwischen den Bundesländern zeigen die dargestellten Ergebnisse, dass der Strukturierte Dialog wirksam ist. Um die Möglichkeiten dieses Instruments noch besser zu nutzen, sind weiterhin eine enge Zusammenarbeit und ein intensiver Austausch zwischen den betroffenen Einrichtungen auf Landes- und Bundesebene nötig. Zur besseren Verzahnung der Landes- und der Bundesebene ermöglicht deshalb das AQUA-Institut Vertretern der LQS die regelmäßige Teilnahme an den Sitzungen der Bundesfachgruppen. So können die unterschiedlichen Erfahrungen der Landesgeschäftsstellen in die Prozesse auf Bundesebene einfließen. Daneben gibt es auch regelmäßige Treffen der Ländervertreter beim AQUA-Institut und gemeinsame

Arbeitsgruppen von Landes- und Bundesebene. Eine dieser Gruppen ist die bereits erwähnte Projektgruppe zur Neukonzeptionierung des hier vorliegenden Berichts.

Verbesserungsansätze für die Indikatoren der einzelnen Leistungsbereiche

Der Strukturierte Dialog ist nicht nur von Nutzen, um Mängel im Bereich der stationären Versorgung zu identifizieren und zu beheben, sondern auch um Ansatzpunkte für die weitere Optimierung der Qualitätsindikatoren in den einzelnen Leistungsbereichen aufzudecken. Wie in Kapitel 6.3 dargestellt, wurden für die direkten Verfahren bereits geeignete Maßnahmen eingeleitet. Für die indirekten Verfahren werden die Empfehlungen der Länder zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in den einzelnen Leistungsbereichen auf der Bundesebene kontinuierlich überprüft.

Die während der Durchführung des Strukturierten Dialogs ermittelten Probleme bei der Dokumentation sind nicht nur inhaltlicher Natur, sondern betreffen auch die Vollständigkeit bzw. die Dokumentationsraten. Um diese überprüfen zu können, wurden für die Daten des Erfassungsjahres 2010 erstmals bundesweit einheitliche Auffälligkeitskriterien für die Vollständigkeit definiert. Die Erweiterung um diese Kriterien zielt darauf ab, dem Problem der Über- und Unterdokumentation in einzelnen Leistungsbereichen zu begegnen. Für die Auswertung wurden ein Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Anteil Ist/Soll < 95% pro Leistungsbereich) und ein Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Anteil Ist/Soll > 110% pro Leistungsbereich) definiert. Diese Kriterien werden bei allen Leistungsbereichen für das Erfassungsjahr 2010 angewendet.¹³ Für die Kliniken, die in Bezug auf die genannten Kriterien auffällig werden, wird der Strukturierte Dialog zur Datenvalidität eingeleitet.

Perspektiven

Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs lassen erkennen, dass durch dieses Verfahren Qualitätsmängel der stationären Versorgung zuverlässig erkannt und bearbeitet werden können. Allerdings wird erneut die geringe Spezifität des Verfahrens sichtbar: Einer großen Menge ermittelter rechnerischer Auffälligkeiten steht eine relativ geringe Anzahl an festgestellten Qualitätsmängeln gegenüber.

Eine sinnvolle Weiterentwicklung des Verfahrens ist eine Erhöhung der Trefferquote: Die Anzahl der insgesamt ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten sollte sinken, damit die verbleibenden rechnerischen Auffälligkeiten mit höherer Wahrscheinlichkeit zur Aufdeckung von Qualitätsmängeln beitragen können.

Aus den Länderberichten nach § 15 Abs. 3 QSKH-RL lassen sich nützliche Hinweise ableiten, wie diese Optimierung umgesetzt werden kann:

- Verbesserungen der Datenerfassung und der Dokumentation
- Verbesserungen der Operationalisierung von Qualitätsindikatoren
- Revision von Referenzbereichen
- Anstelle der Ermittlung von Auffälligkeiten anhand einzelner Qualitätsindikatoren Auswertung von zusammengehörigen Qualitätsindikatoren als Indikatorenset
- Einsatz statistischer Methoden zur Identifikation von multiplen Auffälligkeiten

Das AQUA-Institut entwickelt den Strukturierten Dialog in enger Kooperation mit allen Beteiligten weiter.

¹³In den neu eingeführten Leistungsbereichen Neonatologie und Implantierbare Defibrillatoren werden die Kriterien noch nicht angewendet werden. Hier kommen diese Auffälligkeitskriterien voraussichtlich erst ab dem Auswertungsjahr 2011 zur Anwendung.