



Abschlussbericht gemäß § 15 Abs. 2 QSKH-RL

---

# Bericht zum Strukturierten Dialog 2012

Erfassungsjahr 2011

---

Stand: 03. Juni 2013

# Impressum

**Herausgeber:**

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

**Thema:**

Bericht zum Strukturierten Dialog 2012- Erfassungsjahr 2011

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

jährlich

**Datum der Abgabe:**

15. Mai 2013, redaktionell überarbeitete Version vom 03. Juni 2013

**Signatur:**

13-SQG-012

**Hinweis:**

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

**Anschrift des Herausgebers:**

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

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

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

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

# Inhaltsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Tabellenverzeichnis.....   | 5  |
| Abbildungsverzeichnis .....  | 6  |
| Abkürzungsverzeichnis .....  | 7  |
| Glossar .....  | 8  |
| Leistungsbereiche der Qualitätssicherung .....   | 12 |
| Zusammenfassung.....   | 14 |
| 1. Einleitung .....  | 17 |
| 2. Bearbeitung und Bewertung von rechnerischen Auffälligkeiten .....                   | 18 |
| 3. Maßnahmen und Ergebnisse im Überblick .....   | 20 |
| 3.1. Rechnerische Auffälligkeiten .....  | 20 |
| 3.2. Durchgeführte Maßnahmen.....  | 23 |
| 3.2.1. Verzicht auf Maßnahmen und Sonstige Maßnahmen .....                             | 24 |
| 3.2.2. Zusätzliche Maßnahmen.....  | 24 |
| 3.2.3. Vergleich der durchgeführten Maßnahmen pro Bundesland .....                     | 27 |
| 3.2.4. Vergleich der durchgeführten Maßnahmen pro Bundesland im 3-Jahres-Zeitraum..... | 29 |
| 3.3. Abschließende Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten.....                    | 30 |
| 3.3.1. Bewertung „Sonstiges“ .....   | 31 |
| 3.3.2. Rechnerische Auffälligkeiten - qualitative Auffälligkeiten .....                | 36 |
| 3.3.3. Gründe zu den Auffälligkeiten.....  | 38 |
| 3.3.4. Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen.....                                      | 42 |
| 3.3.5. Zielvereinbarungen und deren Nachverfolgung.....                                | 43 |
| 4. Ausgewählte Ergebnisse .....  | 44 |
| 4.1. Fallbeispiele .....   | 44 |
| 4.1.1. Cholezystektomie .....  | 44 |
| 4.1.2. Herzschrittmacher - Revision/-Systemwechsel/-Explantation .....                 | 46 |
| 4.1.3. Neonatologie .....  | 48 |
| 4.1.4. Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation.....  | 50 |
| 4.2. Ergebnisse bei Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich .....                    | 52 |
| 4.3. Landesspezifika .....   | 52 |
| 4.4. Empfehlungen aus den Landesgeschäftsstellen .....                                 | 53 |
| 4.4.1. Empfehlungen zu einzelnen Leistungsbereichen .....                              | 53 |
| 4.5. Kommentierung der Ergebnisse .....  | 54 |
| 5. Schlussfolgerungen und Ausblick .....   | 55 |
| 5.1. Optimierungsansätze .....   | 55 |

|  |    |
|--|----|
| 5.1.1. Einstufung von außergewöhnlich guten Ergebnissen .....                    | 55 |
| 5.1.2. Neue Bewertungssystematik .....   | 55 |
| 5.1.3. Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs .....                        | 58 |
| 5.1.4. Transplantationen – Einführung einer Worst-Case-Analyse im Follow-up..... | 58 |
| 5.2. Fazit .....   | 58 |

# Tabellenverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| Tabelle 1: Gesamtübersicht der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs innerhalb eines 3-Jahres-Zeitraums ..... | 14 |
| Tabelle 2: Formaler Bewertungsschlüssel.....  | 19 |
| Tabelle 3: Rechnerische Auffälligkeiten.....  | 20 |
| Tabelle 4: Durchgeführte Maßnahmen pro Leistungsbereich .....   | 25 |
| Tabelle 5: Vergleich der durchgeführten Maßnahmen pro Bundesland .....  | 27 |
| Tabelle 6: Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten -3 Jahres Zeitraum.....                             | 31 |
| Tabelle 7: Ergebnisbewertung pro Leistungsbereich .....   | 32 |
| Tabelle 8: Ergebnisbewertung des Erfassungsjahres 2011 nach Bundesland.....                                   | 35 |
| Tabelle 9: Anzahl auffällige Ergebnisse in Krankenhäusern pro Leistungsbereich .....                          | 37 |
| Tabelle 10: Gründe der rechnerischen Auffälligkeiten pro Leistungsbereich.....                                | 39 |
| Tabelle 11: Fallbeispiel Cholezystektomie.....  | 44 |
| Tabelle 12: Fallbeispiel: Herzschrittmacher - Revision/-Systemwechsel/-Explantation.....                      | 46 |
| Tabelle 13: Fallbeispiel: Neonatologie .....  | 48 |
| Tabelle 14: Fallbeispiel: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation.....  | 50 |
| Tabelle 15: Neues Bewertungsschema für den Strukturierten Dialog .....  | 57 |

# Abbildungsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Abbildung 1: Die Abbildung zeigt die durchgeführten Maßnahmen und Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2011 ...                           | 16 |
| Abbildung 2: Ablauf des Strukturierten Dialogs.....  | 18 |
| Abbildung 3: Ausgewählte Maßnahmen – 3-Jahres-Zeitraum.....  | 23 |
| Abbildung 4: Gewählte Maßnahmen pro Bundesland in der 3-Jahres-Betrachtung.....  | 29 |
| Abbildung 5: Abschließende Bewertung der gesamten rechnerischen Auffälligkeiten.....   | 30 |
| Abbildung 6: Ergebnisbewertungen des Erfassungsjahres 2011 nach Bundesland (siehe Tabelle 8) .....                                 | 34 |
| Abbildung 7: Anteil qualitativer Auffälligkeiten an rechnerischen Auffälligkeiten pro Leistungsbereich (*= Bewertungsziffer) ..... | 36 |
| Abbildung 8: Gründe der rechnerischen Auffälligkeiten pro Leistungsbereich.....  | 40 |
| Abbildung 9: Gründe der rechnerischen Auffälligkeiten pro Bundesland .....   | 41 |
| Abbildung 10: Verbesserungsmaßnahmen über die gesamten Leistungsbereiche.....  | 42 |
| Abbildung 11: Anwendung für das neue Bewertungsschema .....  | 56 |

# Abkürzungsverzeichnis

| Abkürzung | Beschreibung   |
|-----------|--|
| AWMF      | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften  |
| AG        | Arbeitsgruppe  |
| ASA       | American Society of Anesthesiologists  |
| EJ        | Erfassungsjahr   |
| ID        | Identifikationsnummer  |
| G-BA      | Gemeinsamer Bundesausschuss  |
| GKV       | Gesetzliche Krankenversicherung  |
| LQS       | Landesgeschäftsstelle(n) für Qualitätssicherung  |
| PCI       | Perkutane Koronarintervention  |
| O/E       | Observed to Expected Ratio   |
| QI        | Qualitätsindikator   |
| 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 |
| SD        | Strukturierter Dialog  |
| SGB       | Sozialgesetzbuch   |
| TEP       | Totale Endoprothese  |

# Glossar

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



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

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

| Begriff         | Beschreibung   |
|-----------------|--|
| Toleranzbereich | Für einige Indikatoren lässt sich kein Referenzbereich auf wissenschaftlicher Basis festlegen, der eine erreichbar gute Qualität beschreibt. Hier wird der Referenzbereich so festgelegt, dass er besonders auffällige Ergebnisse abgrenzt. Dies kann sowohl über einen festen Wert als auch über ein Perzentil erfolgen (Perzentil-Referenzbereich) |
| Validität       | Übereinstimmung von Aussagen, Daten, Messwerten usw. mit der „Realität“.   |
| Verweildauer    | Dauer des stationären Aufenthalts eines Patienten, Abstand zwischen Aufnahme- und Entlassungsdatum.  |
| postoperative ~ | Abstand zwischen dem Operationstag und dem Entlassungstag.   |
| präoperative ~  | Abstand zwischen dem Aufnahmetag und dem Operationstag.  |
| Vollständigkeit | Erfassung aller dokumentationspflichtigen Behandlungsfälle zu einer bestimmten Versorgungsleistung.  |

# Leistungsbereiche der Qualitätssicherung

| Name des Leistungsbereichs   | Beschreibung   |
|--|--|
| Cholezystektomie   | Chirurgische Entfernung der Gallenblase  |
| Karotis-Rekonstruktion (ab 2013 Karotis-Revaskularisation)           | 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 Impulsgenerator und der Elektronik  |
| Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation              | Überprüfen und ggf. Auswechseln des Herzschrittmachers (bei Komplikationen)  |
| Implantierbare Defibrillatoren – Implantation                        | Ein implantierbarer Defibrillator hilft, auftretende lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen und deren Extremform, das Kammerflimmern, selbstständig zu erkennen und durch eine geeignete Form der elektrischen Impulsabgabe (Defibrillation, Überstimulation) in den Ausgangsrhythmus zurückzuführen.   |
| Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel                     | Überprüfen und ggf. Auswechseln des Aggregates (technische Vorrichtung) eines implantierbaren Defibrillators   |
| Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation | Überprüfen und ggf. Auswechseln eines implantierbaren Defibrillators bei Komplikationen  |
| Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)          | Koronarangiographie: Spezielle Form der Röntgenuntersuchung zur Untersuchung der Herzkranzgefäße<br>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.<br>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  |
| Leberlebendspende  | Entnahme eines Lebersegments von einem Spender für einen Empfänger   |
| Nierentransplantation  | Übertragen einer Niere von einem Organspender zu einem Empfänger   |
| Nierenlebendspende   | Entnahme einer Niere von einem Spender für einen Empfänger   |

| Name des Leistungsbereichs                        | Beschreibung  |
|---|---|
| Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation      | Übertragung der Bauchspeicheldrüse bzw. gleichzeitige Übertragung einer Bauchspeicheldrüse und einer Niere von einem Spender zu einem Empfänger |
| Geburtshilfe                                      | Die Geburtshilfe umfasst den Bereich kurz vor und nach der Entbindung (Betreuung der Schwangeren, Geburtsverlauf und Komplikationen).           |
| Neonatologie                                      | Die Neonatologie beschäftigt sich mit der medizinischen Begleitung von Neu- und Frühgeborenen.  |
| Gynäkologische Operationen                        | Operationen in der Frauenheilkunde  |
| Mammachirurgie                                    | Eingriffe bei Erkrankungen der weiblichen Brust   |
| 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   |

# Zusammenfassung

Erstmals werden in dem vorliegenden Bericht gemäß § 15 Abs. 2 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung (QSKH-RL) die zusammengefassten Ergebnisse des Strukturierten Dialogs in der folgenden Tabelle in einem 3-Jahres-Vergleich dargestellt (Tabelle 1). Die Datenbasis bilden jeweils die Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren in den entsprechenden Leistungsbereichen. Zur Erstellung des Berichts wird jährlich eine verbindliche Spezifikation zum Datenformat erstellt und eingesetzt. Diese bildet die Grundlage für die beauftragten Stellen zur einheitlichen Übermittlung von Ergebnissen aus dem Strukturierten Dialog.

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegten und regelmäßig überprüften Qualitätsindikatoren dienen der vergleichenden Qualitätsbewertung von Krankenhäusern. Die Qualitätsindikatoren sowie die einzelnen Leistungsbereiche erfahren jedoch jährliche Veränderungen, deshalb sind ein Vergleich und eine Interpretation der Zahlen nur bedingt möglich. Die dargestellten Zahlen beziehen sich jeweils auf die Ergebnisse des vorangegangenen Erfassungsjahres, d.h. für die Durchführung des vergangenen Strukturierten Dialogs im Jahr 2012 bilden die Daten aus dem Erfassungsjahr 2011 die Grundlage.

Tabelle 1: Gesamtübersicht der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs innerhalb eines 3-Jahres-Zeitraums

|  | Anzahl (Anteil)<br>SD 2012<br>(EJ 2011) | Anzahl (Anteil)<br>SD 2011<br>(EJ 2010) | Anzahl (Anteil)<br>SD 2010<br>(EJ 2009) |
|--|---|---|---|
| Gesamtzahl der rechnerischen Auffälligkeiten                   | 19.440                                  | 21.053                                  | 19.202                                  |
| <b>Maßnahmen</b>   |   |   |   |
| Keine Maßnahme (inkl. 1 Fall Regel)                            | 1.018 (5,2%)                            | 3.060 (14,5 %)                          | 2.375 (12,4 %)                          |
| Hinweise versendet   | 8.504 (43,8%)                           | 7.474 (35,5 %)                          | 7.319 (38,1 %)                          |
| Stellungnahmen angefordert                                     | 9.780 (50,3%)                           | 10.227(48,6 %)                          | 9.332 (48,6 %)                          |
| Sonstiges  | 138 (0,7%)                              | 292 (1,4 %)                             | 176 (0,9 %)                             |
| <b>Zusätzliche Maßnahmen (pro Indikator)</b>                   |   |   |   |
| Besprechungen  | 290                                     | 208                                     | 247                                     |
| Begehungen   | 63                                      | 28                                      | 13                                      |
| Zielvereinbarungen   | 453                                     | 611                                     | 273                                     |
| <b>Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten</b>             |   |   |   |
| Einstufung nicht möglich                                       | 57 (0,3%)                               | 53 (0,3 %)                              | 1.221 (6,4 %)                           |
| Sonstiges  | 223 (1,1%)                              | 2.223 (10,5 %)                          | 1.199 (6,2 %)                           |
| Qualitativ unauffällig   | 7.198 (37,0%)                           | 7.757 (36,8 %)                          | 6.315 (32,9 %)                          |
| Qualitativ unauffällig mit Verlaufskontrolle                   | 9.903 (51,0%)                           | 9.342 (44,4 %)                          | 8.760 (45,6 %)                          |
| Qualitativ auffällig   | 2.059 (10,6%)                           | 1.678 (8,0 %)                           | 1.707 (8,9 %)                           |
| <b>Kategorisierung der als auffällig bewerteten Ergebnisse</b> |   |   |   |
| Qualitativ auffällig   | 896(43,5%)                              | 645 (38,4 %)                            | 664 (38,9 %)                            |
| Erneut qualitativ auffällig                                    | 157(7,6%)                               | 172 (10,3 %)                            | 140 (8,2 %)                             |
| Qualitativ auffällig wegen fehlerhafter Dokumentation          | 850(41,3%)                              | 686 (40,9 %)                            | 682 (40,0 %)                            |
| Erneut qualitativ auffällig wg. fehlerhafter Dokumentation     | 103 (5,0%)                              | 136 (8,1 %)                             | 146 (8,5 %)                             |
| Qualitativ auffällig wegen mangelnder Mitwirkung               | 53(2,6%)                                | 39 (2,3 %)                              | 75 (4,4 %)                              |

Es haben insgesamt 1.666 nach §108 SGB V zugelassene Krankenhäuser an der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung teilgenommen und es wurden 4.076.828 Datensätze an die betreuenden Stellen übermittelt. Im Jahr zuvor waren es 3.986.017 Datensätze.

Für das Erfassungsjahr 2011 sind 20 indirekte Verfahren mit insgesamt 251 Qualitätsindikatoren auf Länderebene im Rahmen des Strukturierten Dialogs betreut worden. Das AQUA-Institut ist für die 10 direkten Verfahren mit insgesamt 37 Qualitätsindikatoren zuständig. Insgesamt wurden somit 288 Qualitätsindikatoren geprüft. Bei den direkten Verfahren (Herzchirurgie und Transplantationen) wurden 137 rechnerische Auffälligkeiten registriert, bei den indirekten Verfahren gab es 19.303 rechnerische Auffälligkeiten zu verzeichnen. Nach Analyse der 9.780 Stellungnahmen wurden in 129 Krankenhäusern kollegiale Gespräche und Begehungen durchgeführt.

Erneut wird die geringe Spezifität des Verfahrens sichtbar: Einer hohen Anzahl an ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten steht eine relativ geringe Anzahl an festgestellten Qualitätsmängeln gegenüber. Hierfür liegen zahlreiche und nicht immer exakt zu identifizierende Gründe vor. Gleichwohl muss diesen Problemen in enger Abstimmung mit allen Beteiligten begegnet werden, damit der Strukturierte Dialog auch in Zukunft seine Rolle als wichtiges und allgemein akzeptiertes Instrument im Bereich der externen Qualitätssicherung erfüllen kann.

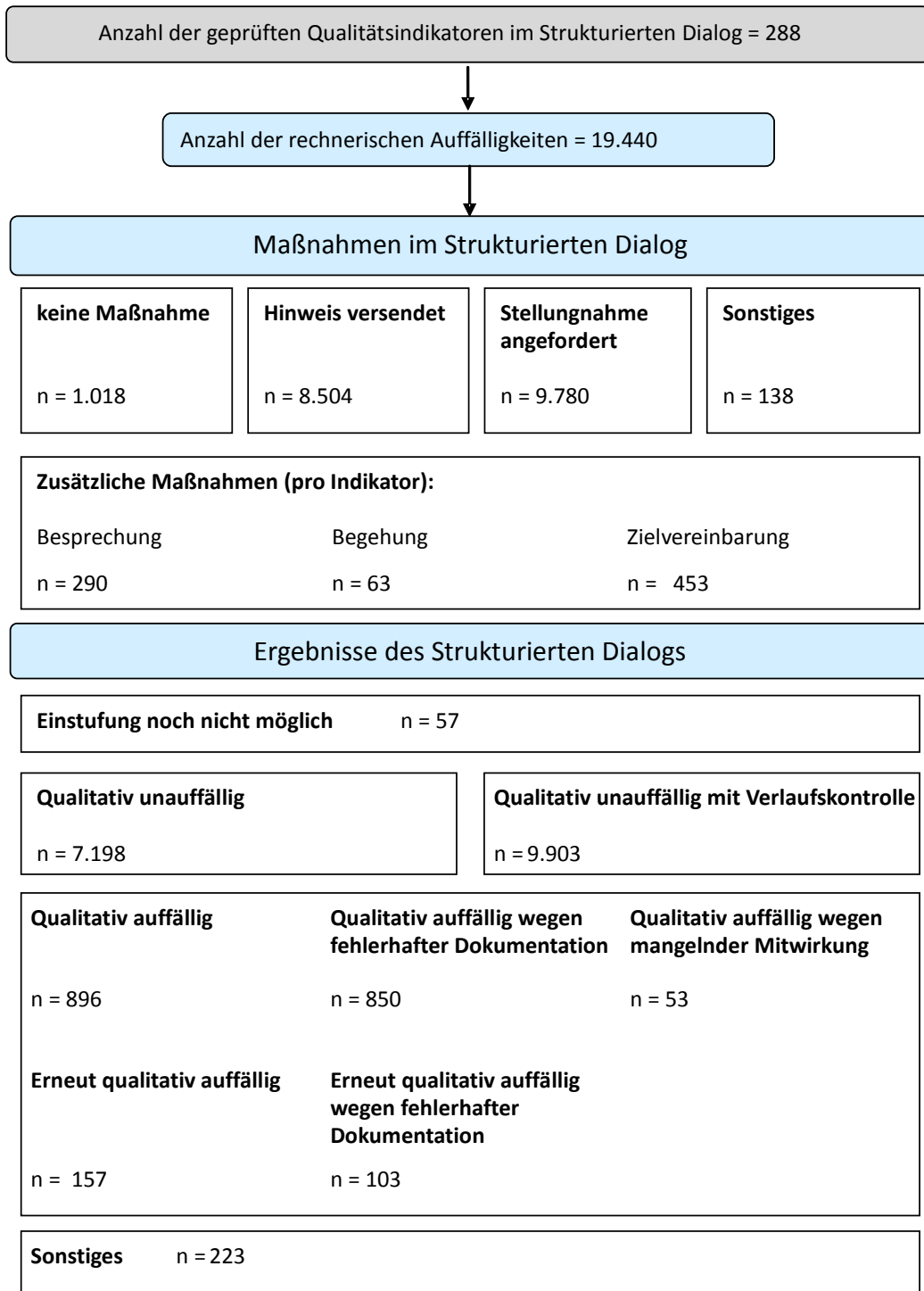


Abbildung 1: Die Abbildung zeigt die durchgeführten Maßnahmen und Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2011



# 1. Einleitung

Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs und der Datenvalidierung sind gemäß QSKH-RL § 15 Abs.2 jährlich in einem zusammenfassenden Bericht durch die Institution nach § 137a SGB V (AQUA-Institut) darzustellen. Durch die unterschiedliche Methodik der beiden Verfahren wurde in diesem Jahr - wie auch in den Jahren zuvor- jeweils ein separater Bericht mit entsprechendem Tabellenanhang erstellt.

In dem vorliegenden Bericht, dessen Basis die Daten zum Erfassungsjahr 2011 bilden, wird auf eine umfangreiche Darstellung des Hintergrundes und Erklärung der Methodik zum Strukturierten Dialog verzichtet, da dies in den letzten beiden Berichten (in der Einleitung und in Kapitel 1) bereits sehr ausführlich geschehen ist. Interessierte Leser können sich die Berichte der letzten beiden Jahre auf der Homepage des AQUA-Instituts ansehen. <http://www.sgg.de/themen/strukturiertes-dialog/berichte-strukturiertes-dialog/index.html>

Es ist vorgesehen, dass auch der aktuelle Bericht im dritten Quartal dieses Jahres auf der Homepage des AQUA-Instituts veröffentlicht wird.

Die Durchführung des Strukturierten Dialogs setzt die rechnerische Auffälligkeit bei den Qualitätsindikatoren zu einem Leistungsbereich in einem Krankenhaus voraus. Ist dies der Fall, so werden die ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten mittels des vorgegebenen Prüfverfahrens gemäß § 10 der QSKH-RL analysiert und auf potenzielle Qualitätsmängel hin untersucht. Bei festgestellten Problemen in einer Einrichtung werden durch Experten (Vertreter der Arbeits- und Bundesfachgruppen) gemeinsam mit der Einrichtung Verbesserungsmaßnahmen initiiert.

Im Abschnitt 4.1 (Fallbeispiele) wird transparent dargestellt, wie die praktische Umsetzung des Strukturierten Dialogs aussieht. Die aufgeführten und interessanten Fallbeispiele zu den indirekten Verfahren lieferten wie im vergangenen Jahr einige Ländervertreter aus ihren Projektstellen. Ihnen sei an dieser Stelle herzlichst gedankt. Ein weiterer Dank geht an die mitwirkenden Personen aus den Landesgeschäftsstellen, die sich in einem erneuten Treffen Ende letzten Jahres zusammengefunden hatten, um noch einmal die Themenschwerpunkte dieses Berichts zu besprechen.

Einen Schwerpunkt bildet die erstmalige Darstellung von einigen Ergebnissen des Strukturierten Dialogs in einem 3-Jahres-Vergleich. Es gilt jedoch zu beachten, dass die Mehrzahl der Ergebnisse nur bedingt miteinander verglichen werden können.

## 2. Bearbeitung und Bewertung von rechnerischen Auffälligkeiten

Eine rechnerische Auffälligkeit liegt vor, wenn der definierte Wert eines Qualitätsindikators bzw. das Gesamtergebnis auf Basis aller Fälle im Bundesgebiet oder das Ergebnis eines Krankenhauses außerhalb des festgelegten Referenzbereichs liegt. Durch die rechnerische Auffälligkeit wird der Strukturierte Dialog ausgelöst.

Aus der unten stehenden Abbildung wird deutlich, welche durchzuführenden Maßnahmen für die Analyse im Rahmen des Verfahrens angewendet werden können. Die konkrete Vorgehensweise ist in der QSKH-Richtlinie in den §§ 10-13 geregelt.

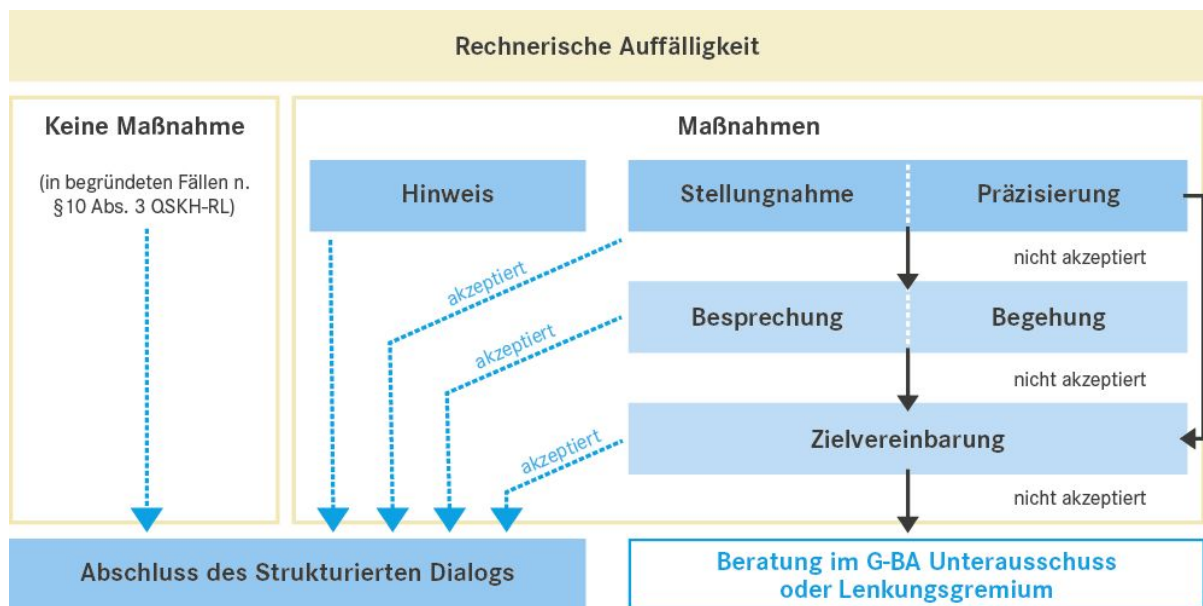


Abbildung 2: Ablauf des Strukturierten Dialogs

Auf Maßnahmen verzichtet werden kann, wenn sich die rechnerische Auffälligkeit nur auf einen Fall pro Qualitätsindikator bezieht, in diesen Fällen wird lediglich ein Hinweis an die Einrichtung versendet. Die Einrichtungen sind angehalten solch eine rechnerische Auffälligkeit im Rahmen des internen Qualitätsmanagements zu klären.

Ausnahmen bilden dabei die sogenannten Sentinel-Event-Indikatoren. Diese erfassen sehr seltene, schwerwiegende Ereignisse (Sentinel Events, z.B. Todesfälle). Rechnerische Auffälligkeiten in diesen Indikatoren müssen in jedem Fall einer eingehenden Prüfung im Strukturierten Dialog unterzogen werden. Dazu werden die betroffenen Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten. Mit den Stellungnahmen werden zumeist Epikrisen, Arztbriefe und OP-Berichte angefordert.

Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen (die in einem aussagekräftigen Format vorliegen müssen) und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierten Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen. Bei Beurteilung und Einstufung des Ergebnisses werden ebenfalls die Vorjahresergebnisse berücksichtigt.

Der Strukturierte Dialog wird jeweils im Mai/Juni des auf die Datenerfassung folgenden Jahres eröffnet. Für die im Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren soll der Strukturierte Dialog bis zum 31. Oktober des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres abgeschlossen werden.

Die externe Qualitätssicherung verfolgt mehrere Ziele. Durch Fragestellungen und Prüfmaßnahmen wie

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

können Qualitätsmängel identifiziert werden. Außerdem ist es Ziel des Strukturierten Dialogs, die Einrichtungen bei festgestellten Qualitätsdefiziten zu unterstützen und ggf. Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten. Letztlich orientiert sich die Vorgehensweise am Nutzen und am Wohle der Patienten. Um Verbesserungen zu erreichen werden mit den Vertretern der Krankenhäuser zumeist in Besprechungen und/oder Vor-Ort Begehungen (mit Einverständnis der betroffenen Einrichtung) konkrete Zielvereinbarungen zu potenziellen Optimierungsmaßnahmen geschlossen, die auch einer längerfristigen Beobachtung durch die beauftragten Stellen unterliegen.

In der untenstehenden Tabelle sind die Bewertungsmöglichkeiten und deren Bedeutung aufgeführt. Im Anhang zu diesem Bericht finden sich die einzelnen Leistungsbereiche mit ihren Qualitätsindikatoren, den durchgeführten Maßnahmen sowie die vergebenen Bewertungsziffern.

Tabelle 2: Formaler Bewertungsschlüssel

| Formale Bewertungsmöglichkeiten im Strukturierten Dialog |   |
|--|---|
| Einstufung <sup>1</sup>                                  | Bedeutung   |
| 0  | Der Strukturierte Dialog ist noch nicht abgeschlossen. Derzeit ist noch keine Einstufung des Ergebnisses möglich.   |
| 1  | Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft.  |
| 2  | Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft. Die Ergebnisse werden im Verlauf besonders kontrolliert. |
| 3  | Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig eingestuft.  |
| 4  | Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als erneut qualitativ auffällig eingestuft.   |
| 5  | Das Ergebnis wird bei mangelnder Mitwirkung am Strukturierten Dialog als qualitativ auffällig eingestuft.   |
| 9  | Sonstiges (im Kommentar erläutert)  |
| 13   | Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als qualitativ auffällig eingestuft.                           |
| 14   | Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als erneut qualitativ auffällig eingestuft.                    |

<sup>1</sup> Die dargestellten Ziffern dienen der Verschlüsselung der einzelnen Bewertungen nach erfolgtem SD (aus der Spezifikation des Datenformats zum Bericht des Strukturierten Dialogs).

### 3. Maßnahmen und Ergebnisse im Überblick

Im Anhang zu diesem Bericht ist ausführlich das komplette Zahlenwerk zu den einzelnen Leistungsbereichen zu finden. Es sind dort die Anzahl der Krankenhäuser, die Anzahl der gelieferten Datensätze, die rechnerischen Auffälligkeiten auf Indikatorebene und die abschließenden Bewertungen dargestellt.

#### 3.1. Rechnerische Auffälligkeiten

In der folgenden Tabelle werden die jeweiligen Leistungsbereiche und die Anzahl der ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten über einen 3-Jahres-Zeitraum dargestellt.

Tabelle 3: Rechnerische Auffälligkeiten

| Leistungsbereich   | Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten |         |         |
|--|--|---------|---------|
|  | EJ 2011                                  | EJ 2010 | EJ 2009 |
| Cholezystektomie   | 907                                      | 1.449   | 1.428   |
| Karotis-Rekonstruktion   | 153                                      | 275     | 344     |
| Ambulant erworbene Pneumonie   | 3.563                                    | 2.684   | 3.094   |
| Herzschrittmacher-Implantation   | 966                                      | 1.455   | 1.473   |
| Herzschrittmacher-Aggregatwechsel  | 906                                      | 927     | 1.002   |
| Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/<br>-Explantation              | 780                                      | 1.100   | 1.056   |
| Implantierbare Defibrillatoren – Implantation                            | 934                                      | 1.242   | -       |
| Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel                         | 375                                      | 386     | -       |
| Implantierbare Defibrillatoren – Revision/<br>Systemwechsel/Explantation | 279                                      | 404     | -       |
| Koronarangiographie und Perkutane Koronarinterventi-<br>on (PCI)         | 943                                      | 885     | 914     |
| Koronarchirurgie, isoliert   | 20                                       | 32      | 21      |
| Aortenklappenchirurgie, isoliert   | 25                                       | 28      | 17      |
| Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie                          | 13                                       | 16      | 17      |
| Herztransplantation  | 14                                       | 22      | 16      |
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation                                   | 8  | 12      | 8       |
| Lebertransplantation   | 22                                       | 30      | 26      |
| Leberlebendspende  | 3  | 2       | 7       |
| Nierentransplantation  | 22                                       | 13      | 15      |
| Nierenlebendspende   | 10                                       | 14      | 26      |
| Geburtshilfe   | 997                                      | 1.074   | 838     |
| Neonatologie   | 478                                      | 494     | -       |
| Gynäkologische Operationen   | 1.114                                    | 1.144   | 1.249   |
| Mammachirurgie   | 1.689                                    | 2.077   | 2.213   |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur  | 1.264                                    | 1.101   | 1.195   |
| Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation                                      | 1.299                                    | 1.415   | 1.527   |

| Leistungsbereich                                  | Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten |               |               |
|---|--|---------------|---------------|
|   | EJ 2011                                  | EJ 2010       | EJ 2009       |
| Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel | 1.265                                    | 1.319         | 1.249         |
| Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation          | 743                                      | 730           | 850           |
| Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel | 398                                      | 431           | 398           |
| Pflege: Dekubitusprophylaxe                       | 250                                      | 292           | 219           |
| <b>Gesamt</b>                                     | <b>19.440</b>                            | <b>21.053</b> | <b>19.202</b> |

Anmerkung: Im Leistungsbereich Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation fand der Strukturierte Dialog durch Umstellung von Qualitätsindikatoren keine Anwendung und wird somit in diesem Bericht nicht dargestellt.

Die aus der Tabelle ersichtlichen Verringerungen oder Zunahmen der rechnerischen Auffälligkeiten bei den einzelnen Leistungsbereichen sind nicht automatisch mit einer Verbesserung oder Verschlechterung der Qualität gleichzusetzen. Vielmehr muss hier bedacht werden, dass die Verfahren einer kontinuierlichen Weiterentwicklung unterliegen, z.B. durch die Neueinführung von Qualitätsindikatoren oder durch eine Erweiterung der Leistungsbereiche sowie durch Anpassungen von Rechenregeln und Referenzbereichen.

Die Leistungsbereiche bei denen größere Schwankungen in der Ergebnisanzahl zu den Qualitätsindikatoren im Vergleich zum Vorjahr offensichtlich sind, werden im Folgenden genauer betrachtet, um die etwaigen Ursachen darzulegen.

### Cholezystektomie

Der Rückgang der Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten in diesem Leistungsbereich hat verschiedene Gründe. Zum einen wurden auf Empfehlung der Bundesfachgruppe der QI 2 „Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase<sup>2</sup>“ und der QI 3 „Patienten mit postoperativem histologischen Befund der Gallenblase“ nicht mehr angewendet, da aus Sicht der Experten diese Indikatoren einen stabilen, hohen Qualitätsstandard abbilden und keine weitere Qualitätssteigerung zu erwarten ist. Zum anderen ist in der Indikatorgruppe „Reintervention aufgrund von Komplikationen“ ein neuer risikoadjustierter Indikator eingeführt worden. Da dieser Indikator zum ersten Mal zur Anwendung kam, wurde das 95. Perzentil als Referenzbereich festgelegt. Dies führte zu einer geringeren Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten. Ferner wurde in der Indikatorgruppe „Sterblichkeit im Krankenhaus“ der Sentinel-Event-Indikator QI5b „Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko“ neu konzipiert. Der Strukturierte Dialog wird in der Regel nur zu diesem Indikator geführt. Da bei diesem Indikator eine Teilmenge des ursprünglichen Indikators betrachtet wird, ist auch hier die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten geringer geworden.

### Karotis-Rekonstruktion

Im Leistungsbereich 10/2 (*Karotis-Rekonstruktion*) ist eine Verringerung der rechnerischen Auffälligkeiten um 122 (44,4%) im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen. Dies liegt in erster Linie daran, dass in zwei Qualitätsindikatoren (7a und 8a) aufgrund der Einführung von Risikoadjustierungen für zwei andere Indikatoren (7b und 8b) die Referenzbereiche gestrichen wurden und diese Indikatoren mit zuvor 48 bzw. 40 Auffälligkeiten daher nicht mehr zum Strukturierten Dialog empfohlen wurden, um nicht Einrichtungen wegen der gleichen Auffälligkeiten wiederholt zu prüfen.

Der Leistungsbereich *Karotis-Rekonstruktion* wurde zum 01. Januar 2012 erweitert, es wurden die interventionellen kathetergestützten Operationseingriffe mit in die Qualitätssicherung einbezogen. Die Bezeichnung des Verfahrens wurde entsprechend angepasst. Es wird seit diesem Jahr unter dem Namen *Karotis-Revaskularisation* weitergeführt.

<sup>2</sup> Bei einer extrahepatischen Cholestase liegt eine mechanische Behinderung in den Gallenwegen außerhalb der Leber vor, die in der Regel durch Steine, Tumoren oder narbige Einziehungen verursacht wird.

### **Ambulant erworbene Pneumonie**

Die mit Abstand zahlenmäßig meisten Auffälligkeiten ( $n = 934$ ; 26,2%) in diesem Leistungsbereich waren bei QI 9 „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ mit einem Referenzbereich von  $\leq 2\%$  zu verzeichnen. Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2011 neu eingeführt, was den Anstieg der rechnerischen Auffälligkeiten um 879 (32,7%) größtenteils erklärt. Näheres zu diesem Indikator ist in Abschnitt 4.4 zu finden.

### **Herzschrittmacher-Implantation**

Der Rückgang der Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten in diesem Leistungsbereich beruht auf Veränderung in der Indikatorgruppe „Sterblichkeit im Krankenhaus“. Seit dem Erfassungsjahr 2011 wird neben der nicht risikoadjustierten Sterblichkeit im Krankenhaus auch die risikoadjustierte Sterblichkeit mit dem Indikator QI 7 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ abgebildet. Der Strukturierte Dialog wurde nur zum risikoadjustierten Ergebnis geführt. Da dieser Indikator zum ersten Mal zur Anwendung kam, wurde das 95. Perzentil als Referenzbereich festgelegt. Dies führte zu einer geringeren Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten.

### **Herzschrittmacher-Revision/Systemwechsel/Explantation**

Der Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten erklärt sich dadurch, dass bei der Revision aufgrund von Sondenproblemen bei Erstimplantation somit der QI 2 „Sondenproblem als Indikation zum Eingriff“ nur noch die Sondenprobleme für ein Jahr betrachtet werden. Es werden seit dem Erfassungsjahr 2011 nur noch die Frühkomplikationen bei der Berechnung des Indikators berücksichtigt.

### **Implantierbare Defibrillatoren - Implantation und -Revision/Systemwechsel/-Explantation**

Im Bereich Defibrillatoren wurden in 2011 erstmals belastbare Ergebnisse für Indikation und Systemwahl bei Defibrillatoren-Implantation erzielt. Die notwendig gewordene Überarbeitung der sehr komplexen Rechenregeln (in 2010 wurde auf Empfehlung der Bundesebene kein Strukturierter Dialog zu diesen Indikatoren geführt) schlug sich in verbesserten Ergebniswerten nieder. Denn bei den implantierbaren Defibrillatoren ist es zu einer deutlichen Verringerung der rechnerischen Auffälligkeiten gekommen. Der Rückgang der Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten bei dem Modul *Implantierbare Defibrillatoren-Implantation* resultiert aus der Überarbeitung der Algorithmen bei den Indikatoren QI 1 „Leitlinienkonforme Indikation“ und QI 2 „Leitlinienkonforme Systemwahl“. Im Strukturierten Dialog sollten nach Empfehlung der Bundesfachgruppenexperten die Auswirkungen der methodischen Änderungen verfolgt werden. Die Bundesfachgruppe sieht in der leitlinienkonformen Indikation und Systemwahl ein besonders wichtiges Qualitätsmerkmal. Im Leistungsbereich *Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation* wurde aus einem Indikator, der im Jahr 2010 noch als Sentinel Event Indikator geführt wurde, im Jahr 2011 ein ratenbasierter risikoadjustierter Indikator. Insofern verringert sich die Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten.

### **Gynäkologische Operationen**

Die Bundesfachgruppe empfahl den Landesgeschäftsstellen den Strukturierten Dialog zu QI 7 „Antibiotikaphylaxe bei Hysterektomie“ für das Erfassungsjahr 2011 auszusetzen, da die Experten der Bundesfachgruppe für das nächste Erfassungsjahr eine Streichung des Indikators vorgesehen hatten. Die Zahlen (siehe Anhang zum Bericht) zeigen jedoch, dass einige Landesgeschäftsstellen den Strukturierten Dialog zu diesem Indikator weiterhin geführt haben. Insgesamt hat sich die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten für diesen Leistungsbereich verringert.

### **Mammachirurgie**

Für das Erfassungsjahr 2011 wurde der Referenzbereich des Qualitätsindikators QI 7 „Mindestens 10 entfernte Lymphknoten bei Lymphknotenbefall“ im Leistungsbereich der Mammachirurgie ausgesetzt. Im Vorjahr waren bei diesem Indikator 346 Krankenhäuser rechnerisch auffällig. Zudem sind in einigen anderen Qualitätsindikatoren dieses Leistungsbereichs die Ergebnisse besser als im Vorjahr, was den Rückgang der Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten von 18,7% im Erfassungsjahr 2011 verglichen mit dem Erfassungsjahr 2010 erklärt. Dies könnte auf eine verbesserte Behandlungsqualität in den Krankenhäusern hinweisen.

### 3.2. Durchgeführte Maßnahmen

Sämtliche rechnerische Auffälligkeiten wurden von den betreuenden Stellen sowie den Vertretern der Fach- und Arbeitsgruppen gesichtet und in einem ersten Schritt - je nach Schwere und Art der Auffälligkeit - vorgeordnet. Das bedeutet, es wurden dann entweder erste Maßnahmen eingeleitet oder auf Maßnahmen verzichtet.

Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn sich die Ergebnisse eines Krankenhauses im Vergleich zum Vorjahr erheblich verbessert haben und bereits eingeleitete Verbesserungsmaßnahmen Wirkung zeigen oder wenn sich die Auffälligkeit auf nur einen Fall bezieht.

Abbildung 3 zeigt die Anzahl ausgewählter Maßnahmen in einem 3-Jahres-Vergleich über die gesamten Leistungsbereiche. Auffällig ist die zahlenmäßige Abnahme der Option „keine Maßnahme“ bei gleichzeitiger Zunahme der Maßnahme „Hinweis“. Diese Veränderung beruht weitestgehend auf einer Empfehlung des letzten Jahres zu der Ein-Fall-Regel aus der Projektgruppe Leitfaden, in der entschieden wurde, auch bei auftretenden Einzelfällen einen Hinweis an die betroffenen Einrichtungen zu versenden.

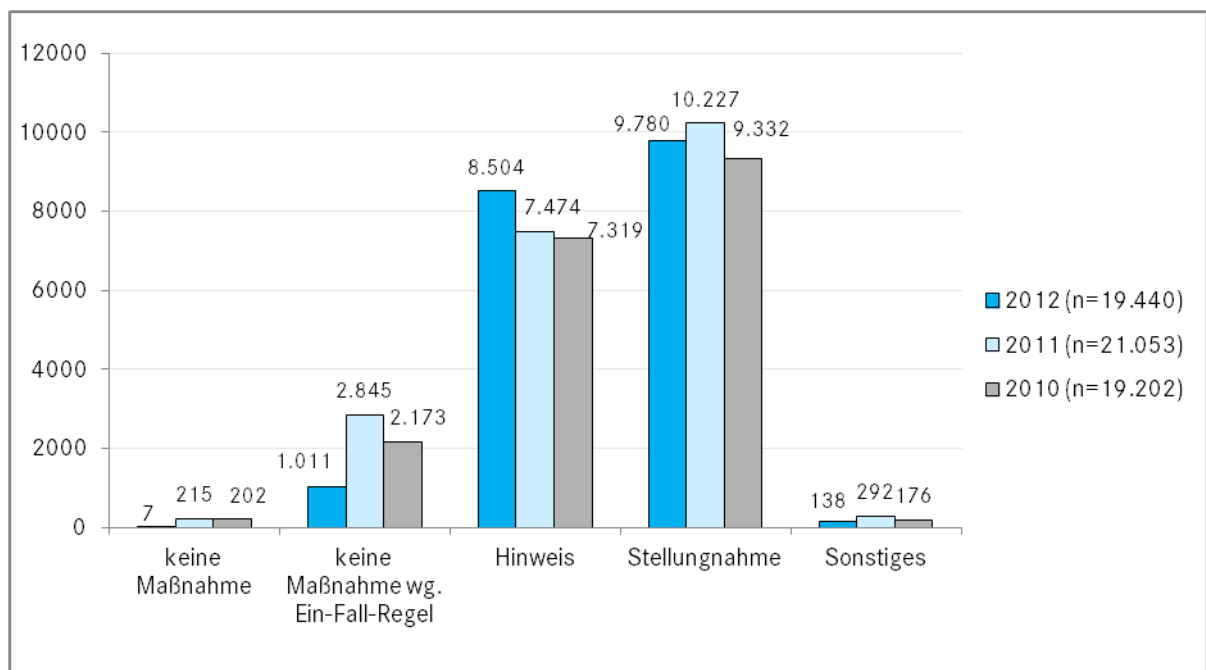


Abbildung 3: Ausgewählte Maßnahmen – 3-Jahres-Zeitraum

### 3.2.1. Verzicht auf Maßnahmen und Sonstige Maßnahmen

Im zurückliegenden Durchführungsjahr 2011 wurde sehr häufig auf die Einleitung von Maßnahmen bei vielen rechnerischen Auffälligkeiten verzichtet (EJ 2010; n= 3.066). Nach Analyse der Gründe für dieses Vorgehen wurde von der Projektgruppe Leitfaden die Empfehlung ausgesprochen, möglichst nicht auf Maßnahmen bei Vorliegen von rechnerischen Auffälligkeiten zu verzichten. Diese Empfehlung wurde von den meisten Bundesländern nahezu vollständig umgesetzt. Lediglich in 7 Fällen wurde auf Maßnahmen verzichtet, da bereits vor Beginn des Strukturierten Dialogs bekannt war, dass das Krankenhaus geschlossen wurde. Bei 1.011 Fällen kam es im Erfassungsjahr 2012 wegen der Ein-Fall-Regel zu keinen Maßnahmen.

Die Maßnahme „Sonstiges“ wurde 138mal ausgewählt. Die nähere Betrachtung der Kommentare unter „Sonstiges“ zeigt, dass in diesen Fällen z.B. ein erweitertes Hinweisschreiben versendet worden ist. In einem weiteren Fall war ein Eingang einer Stellungnahme ohne Aufforderung der betreuenden Stelle erfolgt. In den weiteren Fällen wurde wegen spezieller Auffälligkeit kein Dialog geführt. Nähere Erläuterungen zu diesen Kommentaren können durch das AQUA-Institut nicht gegeben werden, da sie nicht bekannt sind.

| Erfassungsjahr                             | 2011  | 2010  | 2009  |
|--|-------|-------|-------|
| Verzicht auf Maßnahme                      | 7     | 215   | 202   |
| Verzicht auf Maßnahme wegen Ein-Fall-Regel | 1.011 | 2.845 | 2.173 |
| Sonstiges                                  | 138   | 292   | 176   |

### 3.2.2. Zusätzliche Maßnahmen

Für das Erfassungsjahr 2011 wurden mehr als doppelt so viele Vor-Ort Begehungen (EJ 2011; n=63) verzeichnet wie im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2010; n =28). Insgesamt wurden bei 129 Krankenhäusern Besprechungen und Begehungen durchgeführt. Das Vorgehen im Strukturierten Dialog war insgesamt schärfer. Es kam zu einigen letzten Eskalationsschritten und diese bedeuteten Entanonymisierungen vor den entsprechenden Lenkungsgremien. Die Anzahl der Zielvereinbarungen pro Indikator (EJ 2011; n=453) ist jedoch um ca. ein Drittel im Vergleich zum Vorjahr (EJ2010; n=611) gesunken. Dafür nahm jedoch wiederum die Anzahl der kollegialen Gespräche zu. Es wurden insgesamt zu 290 rechnerischen Auffälligkeiten Besprechungen durchgeführt. Im Jahr zuvor betrug die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten zu denen kollegiale Gespräche geführt wurde 208 (EJ 2010).

In der nachstehenden Tabelle sind die eingeleiteten und durchgeführten Maßnahmen pro Leistungsbereich aufgeführt. Die Tabelle bezieht sich auf den im Jahr 2012 geführten Strukturierten Dialog. Ergaben sich aus den eingereichten Stellungnahmen der Einrichtungen Zweifel hinsichtlich der Behandlungsqualität, dann wurde sich im weiteren Verlauf des Strukturierten Dialogs der „zusätzlichen Maßnahmen“ bedient. Diese sind ebenfalls in der Tabelle einzusehen.



Tabelle 4: Durchgeführte Maßnahmen pro Leistungsbereich

| Leistungsbereich  | Anzahl rechnerisch auffällig | Art der Anfrage an das Krankenhaus |                   |                                |                   |         |                   |               |                   |           |                   | Zusätzliche Maßnahmen |                   |          |                   |                  |                   |
|---|------------------------------|------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------|---------|-------------------|---------------|-------------------|-----------|-------------------|-----------------------|-------------------|----------|-------------------|------------------|-------------------|
|   |                              | keine Maßnahme                     | Anteil in Prozent | keine Maßnahme, Ein-Fall-Regel | Anteil in Prozent | Hinweis | Anteil in Prozent | Stellungnahme | Anteil in Prozent | Sonstiges | Anteil in Prozent | Besprechung           | Anteil in Prozent | Begehung | Anteil in Prozent | Zielvereinbarung | Anteil in Prozent |
| Cholezystektomie  | 907                          | 2                                  | 0,2%              | 21                             | 2,3%              | 292     | 32,2%             | 589           | 64,9%             | 3         | 0,3%              | 5                     | 0,8%              | 7        | 1,2%              | 14               | 2,4%              |
| Karotis-Rekonstruktion  | 153                          | 0                                  | 0,0%              | 5                              | 3,3%              | 41      | 26,8%             | 107           | 69,9%             | 0         | 0,0%              | 4                     | 3,7%              | 2        | 1,9%              | 5                | 4,7%              |
| Ambulant erworbene Pneumonie  | 3.563                        | 0                                  | 0,0%              | 84                             | 2,4%              | 1.931   | 54,2%             | 1.545         | 43,4%             | 3         | 0,1%              | 48                    | 3,1%              | 5        | 0,3%              | 130              | 8,4%              |
| Herzschrittmacher-Implantation  | 966                          | 0                                  | 0,0%              | 98                             | 10,1%             | 466     | 48,2%             | 390           | 40,4%             | 12        | 1,2%              | 27                    | 6,9%              | 2        | 0,5%              | 25               | 6,4%              |
| Herzschrittmacher-Aggregatwechsel                                       | 906                          | 0                                  | 0,0%              | 68                             | 7,5%              | 549     | 60,6%             | 278           | 30,7%             | 11        | 1,2%              | 22                    | 7,9%              | 0        | 0,0%              | 24               | 8,6%              |
| Herzschrittmacher-Revision/<br>-Systemwechsel/-Explantation             | 780                          | 0                                  | 0,0%              | 115                            | 14,7%             | 331     | 42,4%             | 322           | 41,3%             | 12        | 1,5%              | 23                    | 7,1%              | 3        | 0,9%              | 21               | 6,5%              |
| Implantierbare Defibrillatoren – Implantation                           | 934                          | 0                                  | 0,0%              | 79                             | 8,5%              | 347     | 37,2%             | 494           | 52,9%             | 14        | 1,5%              | 21                    | 4,3%              | 2        | 0,4%              | 13               | 2,6%              |
| Implantierbare Defibrillatoren – Aggregat-<br>wechsel                   | 375                          | 0                                  | 0,0%              | 42                             | 11,2%             | 177     | 47,2%             | 156           | 41,6%             | 0         | 0,0%              | 1                     | 0,6%              | 0        | 0,0%              | 3                | 1,9%              |
| Implantierbare Defibrillatoren –<br>Revision/Systemwechsel/Explantation | 279                          | 0                                  | 0,0%              | 31                             | 11,1%             | 133     | 47,7%             | 115           | 41,2%             | 0         | 0,0%              | 2                     | 1,7%              | 0        | 0,0%              | 3                | 2,6%              |
| Koronarangiographie und Perkutane Koronar-<br>intervention (PCI)        | 943                          | 0                                  | 0,0%              | 52                             | 5,5%              | 374     | 39,7%             | 517           | 54,8%             | 0         | 0,0%              | 14                    | 2,7%              | 0        | 0,0%              | 21               | 4,1%              |
| Koronarchirurgie, isoliert  | 20                           | 0                                  | 0,0%              | 2                              | 10,0%             | 0       | 0,0%              | 18            | 90,0%             | 0         | 0,0%              | 2                     | 11,1%             | 1        | 5,6%              | 2                | 11,1%             |
| Aortenklappenchirurgie, isoliert  | 25                           | 0                                  | 0,0%              | 4                              | 16,0%             | 0       | 0,0%              | 21            | 84,0%             | 0         | 0,0%              | 2                     | 9,5%              | 0        | 0,0%              | 2                | 9,5%              |
| Kombinierte Koronar- und<br>Aortenklappenchirurgie                      | 13                           | 0                                  | 0,0%              | 1                              | 7,7%              | 1       | 7,7%              | 11            | 84,6%             | 0         | 0,0%              | 1                     | 9,1%              | 0        | 0,0%              | 1                | 9,1%              |
| Herztransplantation   | 14                           | 1                                  | 7,1%              | 0                              | 0,0%              | 10      | 71,4%             | 3             | 21,4%             | 0         | 0,0%              | 0                     | 0,0%              | 0        | 0,0%              | 0                | 0,0%              |

| Leistungsbereich                                  | Anzahl rechnerisch auffällig | Art der Anfrage an das Krankenhaus |                   |                                |                   |              |                   |               |                   |            |                   | Zusätzliche Maßnahmen |                   |           |                   |                  |                   |
|---|------------------------------|------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------|--------------|-------------------|---------------|-------------------|------------|-------------------|-----------------------|-------------------|-----------|-------------------|------------------|-------------------|
|   |                              | keine Maßnahme                     | Anteil in Prozent | keine Maßnahme, Ein-Fall-Regel | Anteil in Prozent | Hinweis      | Anteil in Prozent | Stellungnahme | Anteil in Prozent | Sonstiges  | Anteil in Prozent | Besprechung           | Anteil in Prozent | Begehung  | Anteil in Prozent | Zielvereinbarung | Anteil in Prozent |
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation            | 8                            | 0                                  | 0,0%              | 0                              | 0,0%              | 4            | 50,0%             | 4             | 50,0%             | 0          | 0,0%              | 0                     | 0,0%              | 0         | 0,0%              | 0                | 0,0%              |
| Lebertransplantation                              | 22                           | 0                                  | 0,0%              | 0                              | 0,0%              | 0            | 0,0%              | 22            | 100,0%            | 0          | 0,0%              | 4                     | 18,2%             | 0         | 0,0%              | 2                | 9,1%              |
| Leberlebenspende                                  | 3                            | 0                                  | 0,0%              | 0                              | 0,0%              | 0            | 0,0%              | 3             | 100,0%            | 0          | 0,0%              | 0                     | 0,0%              | 0         | 0,0%              | 0                | 0,0%              |
| Nierentransplantation                             | 22                           | 0                                  | 0,0%              | 0                              | 0,0%              | 0            | 0,0%              | 22            | 100,0%            | 0          | 0,0%              | 1                     | 4,5%              | 0         | 0,0%              | 1                | 4,5%              |
| Nierenlebenspende                                 | 10                           | 0                                  | 0,0%              | 0                              | 0,0%              | 2            | 20,0%             | 8             | 80,0%             | 0          | 0,0%              | 1                     | 12,5%             | 0         | 0,0%              | 0                | 0,0%              |
| Geburtshilfe                                      | 997                          | 1                                  | 0,1%              | 41                             | 4,1%              | 253          | 25,4%             | 685           | 68,7%             | 17         | 1,7%              | 23                    | 3,4%              | 20        | 2,9%              | 24               | 3,5%              |
| Neonatalogie                                      | 478                          | 0                                  | 0,0%              | 17                             | 3,6%              | 119          | 24,9%             | 342           | 71,5%             | 0          | 0,0%              | 8                     | 2,3%              | 0         | 0,0%              | 15               | 4,4%              |
| Gynäkologische Operationen                        | 1.114                        | 2                                  | 0,2%              | 51                             | 4,6%              | 475          | 42,6%             | 548           | 49,2%             | 38         | 3,4%              | 4                     | 0,7%              | 4         | 0,7%              | 17               | 3,1%              |
| Mammachirurgie                                    | 1.689                        | 1                                  | 0,1%              | 127                            | 7,5%              | 819          | 48,5%             | 717           | 42,5%             | 25         | 1,5%              | 27                    | 3,8%              | 15        | 2,1%              | 66               | 9,2%              |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur                       | 1.264                        | 0                                  | 0,0%              | 19                             | 1,5%              | 531          | 42,0%             | 713           | 56,4%             | 1          | 0,1%              | 22                    | 3,1%              | 0         | 0,0%              | 14               | 2,0%              |
| Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation               | 1.299                        | 0                                  | 0,0%              | 44                             | 3,4%              | 555          | 42,7%             | 698           | 53,7%             | 2          | 0,2%              | 9                     | 1,3%              | 0         | 0,0%              | 23               | 3,3%              |
| Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel | 1.265                        | 0                                  | 0,0%              | 68                             | 5,4%              | 519          | 41,0%             | 678           | 53,6%             | 0          | 0,0%              | 1                     | 0,1%              | 0         | 0,0%              | 4                | 0,6%              |
| Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation          | 743                          | 0                                  | 0,0%              | 19                             | 2,6%              | 317          | 42,7%             | 407           | 54,8%             | 0          | 0,0%              | 9                     | 2,2%              | 0         | 0,0%              | 15               | 3,7%              |
| Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel | 398                          | 0                                  | 0,0%              | 15                             | 3,8%              | 197          | 49,5%             | 186           | 46,7%             | 0          | 0,0%              | 0                     | 0,0%              | 0         | 0,0%              | 0                | 0,0%              |
| Pflege: Dekubitusprophylaxe                       | 250                          | 0                                  | 0,0%              | 8                              | 3,2%              | 61           | 24,4%             | 181           | 72,4%             | 0          | 0,0%              | 9                     | 5,0%              | 2         | 1,1%              | 8                | 4,4%              |
| <b>Gesamt</b>                                     | <b>19.440</b>                | <b>7</b>                           | <b>0,0%</b>       | <b>1.011</b>                   | <b>5,2%</b>       | <b>8.504</b> | <b>43,7%</b>      | <b>9.780</b>  | <b>50,3%</b>      | <b>138</b> | <b>0,7%</b>       | <b>290</b>            | <b>3,0%</b>       | <b>63</b> | <b>0,6%</b>       | <b>453</b>       | <b>4,6%</b>       |

### 3.2.3. Vergleich der durchgeführten Maßnahmen pro Bundesland

Die Tabelle zeigt die durchgeführten Maßnahmen über alle Leistungsbereiche der Bundesländer im Erfassungsjahr 2011.

Tabelle 5: Vergleich der durchgeführten Maßnahmen pro Bundesland

| Landesgeschäftsstelle  | Anzahl rechnerisch auffällig | Art der Anfrage an das Krankenhaus |                   |                                |                   |         |                   |               |                   |           |                   | Zusätzliche Maßnahmen* |                   |          |                   |                  |                   |
|------------------------|------------------------------|------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------|---------|-------------------|---------------|-------------------|-----------|-------------------|------------------------|-------------------|----------|-------------------|------------------|-------------------|
|                        |                              | keine Maßnahme                     | Anteil in Prozent | keine Maßnahme, Ein-Fall-Regel | Anteil in Prozent | Hinweis | Anteil in Prozent | Stellungnahme | Anteil in Prozent | Sonstiges | Anteil in Prozent | Besprechung            | Anteil in Prozent | Begehung | Anteil in Prozent | Zielvereinbarung | Anteil in Prozent |
| Bayern                 | 3.585                        | 0                                  | 0,0%              | 0                              | 0,0%              | 2.735   | 76,3%             | 780           | 21,8%             | 70        | 1,9%              | 2                      | 0,3%              | 17       | 2,2%              | 1                | 0,1%              |
| Brandenburg            | 515                          | 0                                  | 0,0%              | 0                              | 0,0%              | 35      | 6,8%              | 480           | 93,2%             | 0         | 0,0%              | 2                      | 0,4%              | 0        | 0,0%              | 0                | 0,0%              |
| Berlin                 | 646                          | 0                                  | 0,0%              | 0                              | 0,0%              | 218     | 33,7%             | 428           | 66,3%             | 0         | 0,0%              | 13                     | 3,0%              | 0        | 0,0%              | 0                | 0,0%              |
| Baden-Württemberg      | 2.263                        | 0                                  | 0,0%              | 0                              | 0,0%              | 1.274   | 56,3%             | 984           | 43,5%             | 5         | 0,2%              | 40                     | 4,0%              | 1        | 0,1%              | 148              | 15,0%             |
| Bremen                 | 178                          | 0                                  | 0,0%              | 0                              | 0,0%              | 57      | 32,0%             | 121           | 68,0%             | 0         | 0,0%              | 0                      | 0,0%              | 0        | 0,0%              | 0                | 0,0%              |
| Hessen                 | 1.221                        | 0                                  | 0,0%              | 0                              | 0,0%              | 589     | 48,3%             | 620           | 50,7%             | 12        | 1,0%              | 16                     | 2,6%              | 12       | 1,9%              | 23               | 3,7%              |
| Hamburg                | 284                          | 0                                  | 0,0%              | 0                              | 0,0%              | 159     | 56,0%             | 123           | 43,3%             | 2         | 0,7%              | 0                      | 0,0%              | 0        | 0,0%              | 0                | 0,0%              |
| Mecklenburg-Vorpommern | 351                          | 0                                  | 0,0%              | 1                              | 0,3%              | 77      | 21,9%             | 273           | 77,8%             | 0         | 0,0%              | 0                      | 0,0%              | 0        | 0,0%              | 0                | 0,0%              |
| Niedersachsen          | 2.118                        | 0                                  | 0,0%              | 0                              | 0,0%              | 941     | 44,4%             | 1.177         | 55,6%             | 0         | 0,0%              | 43                     | 3,7%              | 0        | 0,0%              | 36               | 3,0%              |
| Nordrhein-Westfalen    | 3.850                        | 0                                  | 0,0%              | 876                            | 22,7%             | 627     | 16,3%             | 2.347         | 61,0%             | 0         | 0,0%              | 31                     | 1,3%              | 0        | 0,0%              | 167              | 7,1%              |
| Rheinland-Pfalz        | 1.061                        | 0                                  | 0,0%              | 0                              | 0,0%              | 552     | 52,0%             | 460           | 43,4%             | 49        | 4,6%              | 54                     | 11,7%             | 0        | 0,0%              | 0                | 0,0%              |
| Schleswig-Holstein     | 629                          | 6                                  | 1,0%              | 0                              | 0,0%              | 204     | 32,4%             | 419           | 66,6%             | 0         | 0,0%              | 0                      | 0,0%              | 0        | 0,0%              | 0                | 0,0%              |
| Saarland               | 303                          | 0                                  | 0,0%              | 0                              | 0,0%              | 41      | 13,5%             | 262           | 86,5%             | 0         | 0,0%              | 30                     | 11,5%             | 30       | 11,5%             | 30               | 11,5%             |
| Sachsen                | 1.190                        | 0                                  | 0,0%              | 0                              | 0,0%              | 449     | 37,7%             | 741           | 62,3%             | 0         | 0,0%              | 22                     | 2,9%              | 0        | 0,0%              | 23               | 3,1%              |

| Landesgeschäftsstelle | Anzahl rechnerisch auffällig | Art der Anfrage an das Krankenhaus |                   |                                |                   |              |                   |               |                   |            |                   | Zusätzliche Maßnahmen* |                   |           |                   |                  |                   |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------|--------------|-------------------|---------------|-------------------|------------|-------------------|------------------------|-------------------|-----------|-------------------|------------------|-------------------|
|                       |                              | keine Maßnahme                     | Anteil in Prozent | keine Maßnahme, Ein-Fall-Regel | Anteil in Prozent | Hinweis      | Anteil in Prozent | Stellungnahme | Anteil in Prozent | Sonstiges  | Anteil in Prozent | Besprechung            | Anteil in Prozent | Begehung  | Anteil in Prozent | Zielvereinbarung | Anteil in Prozent |
| Sachsen-Anhalt        | 629                          | 0                                  | 0,0%              | 76                             | 12,1%             | 305          | 48,5%             | 248           | 39,4%             | 0          | 0,0%              | 10                     | 4,0%              | 0         | 0,0%              | 8                | 3,2%              |
| Thüringen             | 480                          | 0                                  | 0,0%              | 51                             | 10,6%             | 224          | 46,7%             | 205           | 42,7%             | 0          | 0,0%              | 16                     | 7,8%              | 2         | 0,9%              | 9                | 4,4%              |
| AQUA-Institut         | 137                          | 1                                  | 0,0%              | 7                              | 5,1%              | 17           | 12,4%             | 112           | 81,8%             | 0          | 0,0%              | 11                     | 9,8%              | 1         | 0,9%              | 8                | 7,1%              |
| <b>Gesamt</b>         | <b>19.440</b>                | <b>7</b>                           | <b>0,04%</b>      | <b>1.011</b>                   | <b>5,2%</b>       | <b>8.504</b> | <b>43,8%</b>      | <b>9.780</b>  | <b>50,3%</b>      | <b>138</b> | <b>0,7%</b>       | <b>290</b>             | <b>3,0%</b>       | <b>63</b> | <b>0,7%</b>       | <b>453</b>       | <b>4,3%</b>       |

\* Der Anteil in Prozent bei den zusätzlichen Maßnahmen bezieht sich auf die Anzahl der angeforderten Stellungnahmen.

### 3.2.4. Vergleich der durchgeführten Maßnahmen pro Bundesland im 3-Jahres-Zeitraum

Abbildung 4 zeigt die gewählten und durchgeführten Maßnahmen pro Bundesland im 3-Jahres-Vergleich. Es zeigt sich, dass in der Auswahl der Maßnahmen eine gewisse Heterogenität besteht.

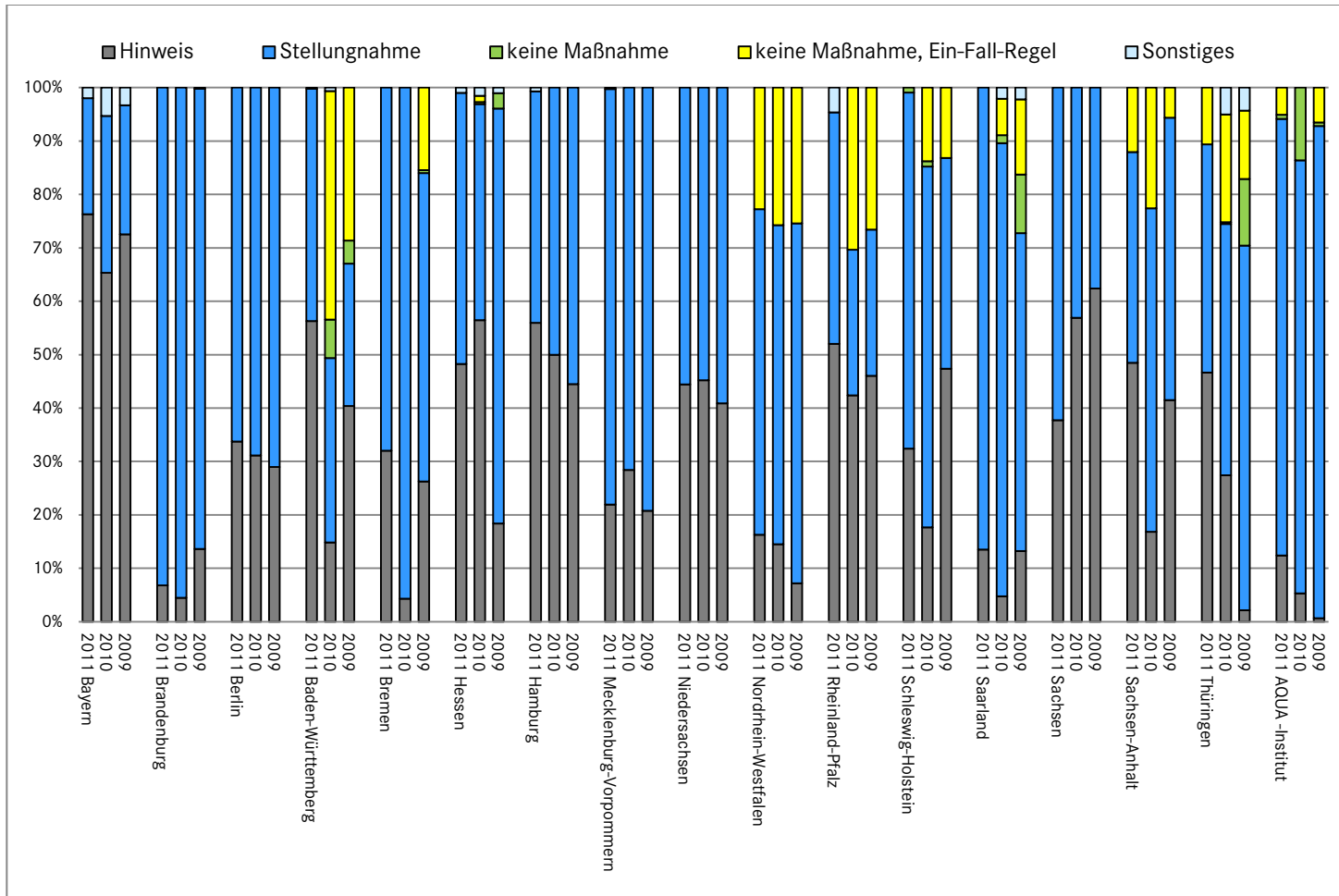


Abbildung 4: Gewählte Maßnahmen pro Bundesland in der 3-Jahres-Betrachtung

### 3.3. Abschließende Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten

Nach Sichtung der übermittelten schriftlichen Stellungnahmen und der zum Teil weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und Begehungen werden alle Indikatorergebnisse anhand der formalen Bewertungsschlüssel (siehe Tabelle 1) abschließend bewertet.

In dem nachstehenden Diagramm sind die im Jahr 2012 vorgenommenen Bewertungen zu sämtlichen rechnerischen Auffälligkeiten (n=19.440) über alle geprüften Leistungsbereiche dargestellt.

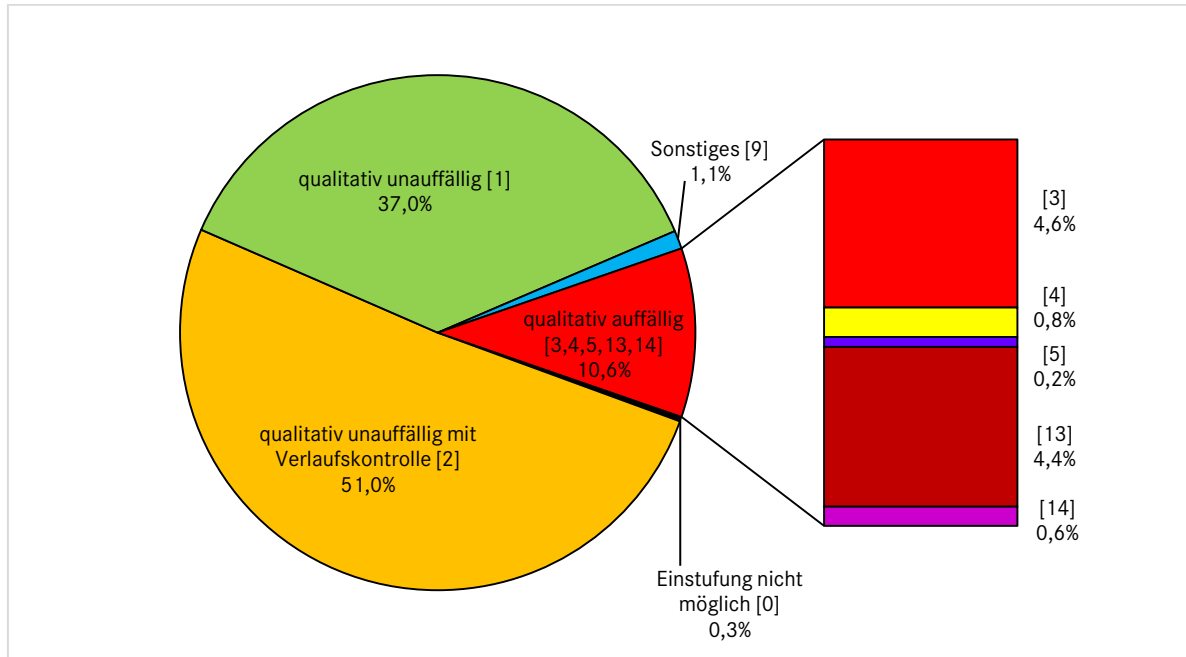


Abbildung 5: Abschließende Bewertung der gesamten rechnerischen Auffälligkeiten

- [3] qualitativ auffällig
- [4] erneut qualitativ auffällig
- [5] qualitativ auffällig wegen mangelhafter Mitwirkung
- [13] qualitativ auffällig wegen fehlerhafter Dokumentation
- [14] erneut qualitativ auffällig wegen fehlerhafter Dokumentation

Tabelle 6: Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten -3 Jahres Zeitraum

|  | 2011   | 2010   | 2009   |
|--|--------|--------|--------|
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten     | 19.440 | 21.053 | 19.202 |
| Einstufung nicht möglich <sup>3</sup>        | 57     | 53     | 1.221  |
| Anteil in %                                  | 0,3    | 0,3    | 6,4    |
| Qualitativ unauffällig                       | 7.198  | 7.757  | 6.315  |
| Anteil in %                                  | 37,0   | 36,9   | 32,9   |
| Qualitativ unauffällig mit Verlaufskontrolle | 9.903  | 9.342  | 8.760  |
| Anteil in %                                  | 51,0   | 44,4   | 45,6   |
| Qualitativ auffällig                         | 2.059  | 1.678  | 1.707  |
| Anteil in %                                  | 10,6   | 8,0    | 8,9    |
| Sonstiges                                    | 223    | 2.223  | 1.199  |
| Anteil in %                                  | 1,1    | 10,5   | 6,2    |

### 3.3.1. Bewertung „Sonstiges“

Untenstehend werden die Kommentare aufgeführt, weswegen die Einstufung „Sonstiges“ [9] von rechnerischen Auffälligkeiten vergeben worden ist:

- Abteilung geschlossen
- Einrichtung geschlossen
- Chefarzt-Wechsel
- Team wurde komplett gewechselt
- Archiv wasserschadensbedingt nicht zugänglich
- Aufgrund der vorliegenden Unterlagen keine Bewertung möglich
- Fall vor Gericht daher keine Akteneinsicht möglich
- Das geplante Kollegiale Gespräch konnte bisher wegen Terminunstimmigkeiten nicht stattfinden
- Das Gespräch wird nach Terminabstimmung noch erfolgen
- Anwendung § 10 Abs. 3 QSKH-RL (1-Fall-Regel)
- Referenzbereichabweichung um einen Einzelfall
- Bei Kleinzahlproblematik nicht näher beurteilbar
- Das Ergebnis ist wegen nicht valider Dokumentation nicht zu bewerten
- Zielvereinbarung in Umsetzung mit deutlicher Ergebnisverbesserung

In der nachstehenden Tabelle sind die abschließenden Bewertungen pro Leistungsbereich aufgeführt.

<sup>3</sup> Der Strukturierte Dialog ist noch nicht abgeschlossen. Derzeit ist noch keine Einstufung des Ergebnisses möglich.

Tabelle 7: Ergebnisbewertung pro Leistungsbereich

| Leistungsbereich   | Anzahl rechnerisch auffällig | Ergebniseinstufung           |                   |                            |                   |  |                   |                          |                   |                                 |                   |  |                   |  |                   |   |                   |               |                   |
|--|------------------------------|------------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|--|-------------------|--------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------|--|-------------------|--|-------------------|---|-------------------|---------------|-------------------|
|  |                              | Einstufung nicht möglich [0] | Anteil in Prozent | Qualitativ unauffällig [1] | Anteil in Prozent | Qualitativ unauffällig mit Verlaufskontrolle [2] | Anteil in Prozent | Qualitativ auffällig [3] | Anteil in Prozent | Erneut qualitativ auffällig [4] | Anteil in Prozent | Qualitativ auffällig wegen mangelhafter Mitwirkung [5] | Anteil in Prozent | Qualitativ auffällig wegen fehlerhafter Dokumentation [13] | Anteil in Prozent | Erneut qualitativ auffällig wegen fehlerhafter Dokumentation [14] | Anteil in Prozent | Sonstiges [9] | Anteil in Prozent |
| Cholezystektomie   | 907                          | 4                            | 0,4%              | 460                        | 50,7%             | 387  | 42,7%             | 12                       | 1,3%              | 1                               | 0,1%              | 2  | 0,2%              | 35   | 3,9%              | 0   | 0,0%              | 6             | 0,7%              |
| Karotis-Rekonstruktion   | 153                          | 0                            | 0,0%              | 70                         | 45,8%             | 68   | 44,4%             | 11                       | 7,2%              | 0                               | 0,0%              | 0  | 0,0%              | 2  | 1,3%              | 0   | 0,0%              | 2             | 1,3%              |
| Ambulant erworbene Pneumonie   | 3.563                        | 2                            | 0,1%              | 1.081                      | 30,3%             | 2.001  | 56,2%             | 224                      | 6,3%              | 79                              | 2,2%              | 18   | 0,5%              | 114  | 3,2%              | 20  | 0,6%              | 24            | 0,7%              |
| Herzschrittmacher-Implantation                                       | 966                          | 3                            | 0,3%              | 313                        | 32,4%             | 549  | 56,8%             | 54                       | 5,6%              | 3                               | 0,3%              | 2  | 0,2%              | 29   | 3,0%              | 0   | 0,0%              | 13            | 1,3%              |
| Herzschrittmacher-Aggregatwechsel                                    | 906                          | 0                            | 0,0%              | 276                        | 30,5%             | 496  | 54,7%             | 60                       | 6,6%              | 9                               | 1,0%              | 0  | 0,0%              | 38   | 4,2%              | 6   | 0,7%              | 21            | 2,3%              |
| Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation              | 780                          | 2                            | 0,3%              | 292                        | 37,4%             | 392  | 50,3%             | 47                       | 6,0%              | 11                              | 1,4%              | 0  | 0,0%              | 18   | 2,3%              | 0   | 0,0%              | 18            | 2,3%              |
| Implantierbare Defibrillatoren - Implantation                        | 934                          | 1                            | 0,1%              | 337                        | 36,1%             | 493  | 52,8%             | 31                       | 3,3%              | 2                               | 0,2%              | 2  | 0,2%              | 58   | 6,2%              | 0   | 0,0%              | 10            | 1,1%              |
| Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel                     | 375                          | 0                            | 0,0%              | 179                        | 47,7%             | 155  | 41,3%             | 14                       | 3,7%              | 0                               | 0,0%              | 0  | 0,0%              | 20   | 5,3%              | 0   | 0,0%              | 7             | 1,9%              |
| Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation | 279                          | 0                            | 0,0%              | 129                        | 46,2%             | 122  | 43,7%             | 9                        | 3,2%              | 0                               | 0,0%              | 0  | 0,0%              | 12   | 4,3%              | 0   | 0,0%              | 7             | 2,5%              |
| Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)          | 943                          | 3                            | 0,3%              | 314                        | 33,3%             | 517  | 54,8%             | 43                       | 4,6%              | 7                               | 0,7%              | 1  | 0,1%              | 36   | 3,8%              | 3   | 0,3%              | 19            | 2,0%              |
| Koronarchirurgie, isoliert   | 20                           | 0                            | 0,0%              | 4                          | 20,0%             | 11   | 55,0%             | 2                        | 10,0%             | 1                               | 5,0%              | 0  | 0,0%              | 2  | 10,0%             | 0   | 0,0%              | 0             | 0,0%              |
| Aortenklappenchirurgie, isoliert                                     | 25                           | 0                            | 0,0%              | 4                          | 16,0%             | 16   | 64,0%             | 3                        | 12,0%             | 0                               | 0,0%              | 0  | 0,0%              | 2  | 8,0%              | 0   | 0,0%              | 0             | 0,0%              |
| Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie                      | 13                           | 0                            | 0,0%              | 2                          | 15,4%             | 7  | 53,8%             | 2                        | 15,4%             | 0                               | 0,0%              | 0  | 0,0%              | 2  | 15,4%             | 0   | 0,0%              | 0             | 0,0%              |
| Herztransplantation  | 14                           | 0                            | 0,0%              | 1                          | 7,1%              | 12   | 85,7%             | 1                        | 7,1%              | 0                               | 0,0%              | 0  | 0,0%              | 0  | 0,0%              | 0   | 0,0%              | 0             | 0,0%              |
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation                               | 8                            | 0                            | 0,0%              | 0                          | 0,0%              | 5  | 62,5%             | 2                        | 25,0%             | 1                               | 12,5%             | 0  | 0,0%              | 0  | 0,0%              | 0   | 0,0%              | 0             | 0,0%              |
| Lebertransplantation   | 22                           | 0                            | 0,0%              | 7                          | 31,8%             | 11   | 50,0%             | 2                        | 9,1%              | 2                               | 9,1%              | 0  | 0,0%              | 0  | 0,0%              | 0   | 0,0%              | 0             | 0,0%              |



| Leistungsbereich                                  | Anzahl rechnerisch auffällig | Ergebniseinstufung           |                   |                            |                   |  |                   |                          |                   |                                 |                   |  |                   |  |                   |   |                   |               |                   |
|---|------------------------------|------------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|--|-------------------|--------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------|--|-------------------|--|-------------------|---|-------------------|---------------|-------------------|
|   |                              | Einstufung nicht möglich [0] | Anteil in Prozent | Qualitativ unauffällig [1] | Anteil in Prozent | Qualitativ unauffällig mit Verlaufskontrolle [2] | Anteil in Prozent | Qualitativ auffällig [3] | Anteil in Prozent | Erneut qualitativ auffällig [4] | Anteil in Prozent | Qualitativ auffällig wegen mangelhafter Mitwirkung [5] | Anteil in Prozent | Qualitativ auffällig wegen fehlerhafter Dokumentation [13] | Anteil in Prozent | Erneut qualitativ auffällig wegen fehlerhafter Dokumentation [14] | Anteil in Prozent | Sonstiges [9] | Anteil in Prozent |
| Leberlebenspende                                  | 3                            | 0                            | 0,0%              | 3                          | 100,0%            | 0  | 0,0%              | 0                        | 0,0%              | 0                               | 0,0%              | 0  | 0,0%              | 0  | 0,0%              | 0   | 0,0%              | 0             | 0,0%              |
| Nierentransplantation                             | 22                           | 0                            | 0,0%              | 5                          | 22,7%             | 13   | 59,1%             | 4                        | 18,2%             | 0                               | 0,0%              | 0  | 0,0%              | 0  | 0,0%              | 0   | 0,0%              | 0             | 0,0%              |
| Nierenlebenspende                                 | 10                           | 0                            | 0,0%              | 7                          | 70,0%             | 3  | 30,0%             | 0                        | 0,0%              | 0                               | 0,0%              | 0  | 0,0%              | 0  | 0,0%              | 0   | 0,0%              | 0             | 0,0%              |
| Geburtshilfe                                      | 997                          | 6                            | 0,6%              | 336                        | 33,7%             | 444  | 44,5%             | 85                       | 8,5%              | 6                               | 0,6%              | 7  | 0,7%              | 78   | 7,8%              | 13  | 1,3%              | 22            | 2,2%              |
| Neonatologie                                      | 478                          | 11                           | 2,3%              | 225                        | 47,1%             | 177  | 37,0%             | 19                       | 4,0%              | 1                               | 0,2%              | 0  | 0,0%              | 39   | 8,2%              | 2   | 0,4%              | 4             | 0,8%              |
| Gynäkologische Operationen                        | 1.114                        | 1                            | 0,1%              | 390                        | 35,0%             | 603  | 54,1%             | 35                       | 3,1%              | 3                               | 0,3%              | 3  | 0,3%              | 53   | 4,8%              | 15  | 1,3%              | 11            | 1,0%              |
| Mammachirurgie                                    | 1.689                        | 0                            | 0,0%              | 604                        | 35,8%             | 807  | 47,8%             | 88                       | 5,2%              | 18                              | 1,1%              | 6  | 0,4%              | 119  | 7,0%              | 19  | 1,1%              | 28            | 1,7%              |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur                       | 1.264                        | 3                            | 0,2%              | 526                        | 41,6%             | 625  | 49,4%             | 37                       | 2,9%              | 9                               | 0,7%              | 0  | 0,0%              | 54   | 4,3%              | 2   | 0,2%              | 8             | 0,6%              |
| Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation               | 1.299                        | 7                            | 0,5%              | 512                        | 39,4%             | 652  | 50,2%             | 32                       | 2,5%              | 2                               | 0,2%              | 5  | 0,4%              | 65   | 5,0%              | 16  | 1,2%              | 8             | 0,6%              |
| Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel | 1.265                        | 1                            | 0,1%              | 565                        | 44,7%             | 642  | 50,8%             | 23                       | 1,8%              | 0                               | 0,0%              | 2  | 0,2%              | 22   | 1,7%              | 0   | 0,0%              | 10            | 0,8%              |
| Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation          | 743                          | 13                           | 1,7%              | 291                        | 39,2%             | 379  | 51,0%             | 14                       | 1,9%              | 1                               | 0,1%              | 2  | 0,3%              | 33   | 4,4%              | 7   | 0,9%              | 3             | 0,4%              |
| Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel | 398                          | 0                            | 0,0%              | 182                        | 45,7%             | 203  | 51,0%             | 5                        | 1,3%              | 0                               | 0,0%              | 2  | 0,5%              | 4  | 1,0%              | 0   | 0,0%              | 2             | 0,5%              |
| Pflege: Dekubitusprophylaxe                       | 250                          | 0                            | 0,0%              | 83                         | 33,2%             | 113  | 45,2%             | 37                       | 14,8%             | 1                               | 0,4%              | 1  | 0,4%              | 15   | 6,0%              | 0   | 0,0%              | 0             | 0,0%              |
| <b>Gesamt</b>                                     | <b>19.440</b>                | <b>57</b>                    | <b>0,3%</b>       | <b>7.198</b>               | <b>37,0%</b>      | <b>9.903</b>                                     | <b>50,9%</b>      | <b>896</b>               | <b>4,6%</b>       | <b>157</b>                      | <b>0,8%</b>       | <b>53</b>  | <b>0,3%</b>       | <b>850</b>   | <b>4,4%</b>       | <b>103</b>  | <b>0,5%</b>       | <b>223</b>    | <b>1,1%</b>       |

Abbildung 6 zeigt die Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten des jeweiligen Bundeslandes über die gesamten Leistungsbereiche. Zur besseren Darstellung wurden die Einstufungsziffern 3 und 4 sowie die Nummern 13 und 14 zusammengefasst.

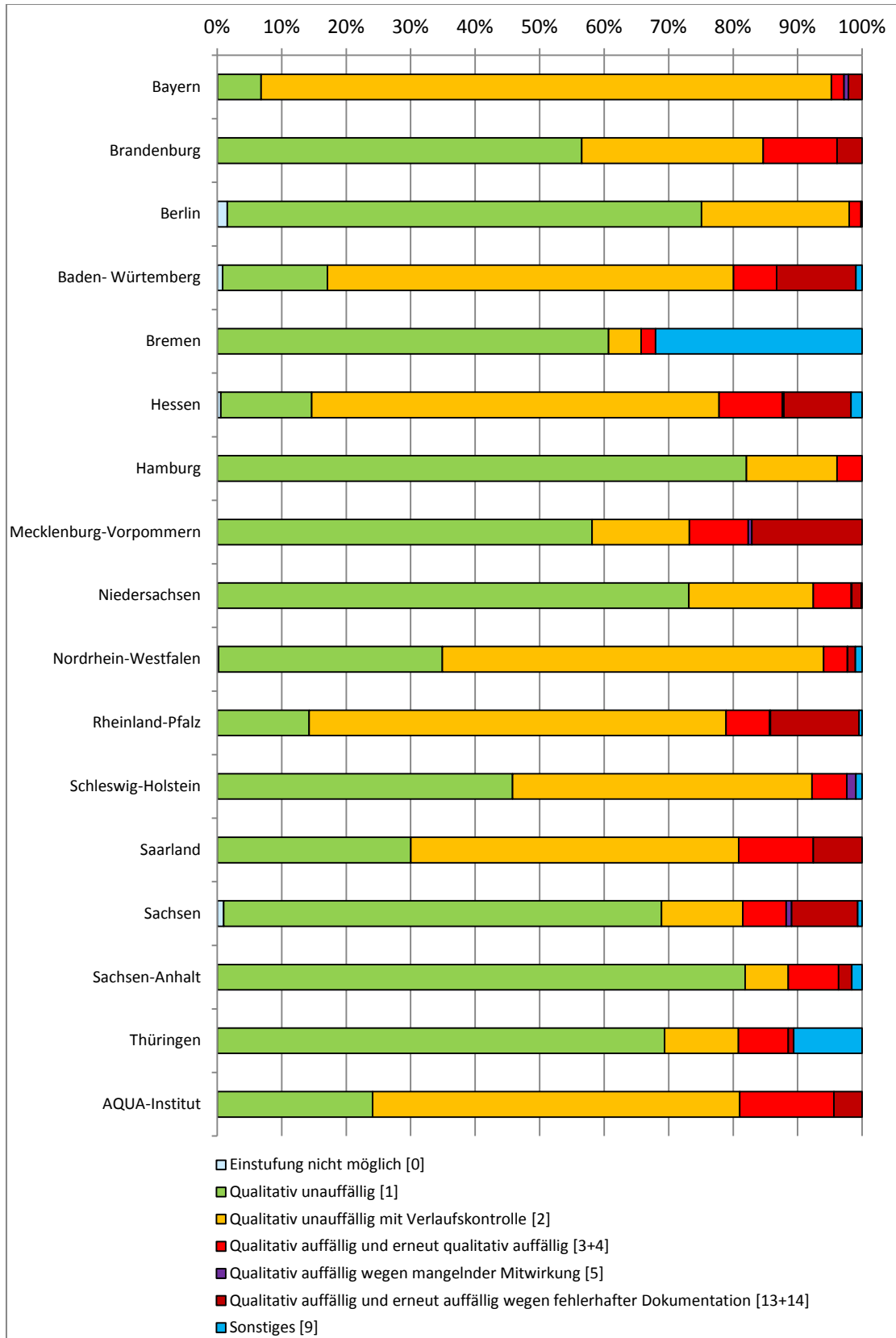


Abbildung 6: Ergebnisbewertungen des Erfassungsjahres 2011 nach Bundesland (siehe Tabelle 8)

Tabelle 8: Ergebnisbewertung des Erfassungsjahres 2011 nach Bundesland

| Bundesland             | Anzahl rechnerisch auffällig | Einstufung nicht möglich [0] | Anteil in Prozent | Qualitativ unauffällig [1] | Anteil in Prozent | Qualitativ unauffällig mit Verkaufskontrolle [2] | Anteil in Prozent | Qualitativ auffällig [3] | Anteil in Prozent | Erneut qualitativ auffällig [4] | Anteil in Prozent | Qualitativ auffällig wegen mangelhafter Mitwirkung [5] | Anteil in Prozent | Qualitativ auffällig wegen fehlerhafter Dokumentation [13] | Anteil in Prozent | Erneut qualitativ auffällig wegen fehlerhafter Dokumentation [14] | Anteil in Prozent | Sonstiges [9] | Anteil in Prozent |
|------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|--|-------------------|--------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------|--|-------------------|--|-------------------|---|-------------------|---------------|-------------------|
| Bayern                 | 3.585                        | 1                            | 0,0%              | 243                        | 6,8%              | 3.170  | 88,4%             | 52                       | 1,5%              | 19                              | 0,5%              | 24   | 0,7%              | 66   | 1,8%              | 10  | 0,3%              | 0             | 0,0%              |
| Brandenburg            | 515                          | 0                            | 0,0%              | 291                        | 56,5%             | 145  | 28,2%             | 56                       | 10,9%             | 3                               | 0,6%              | 0  | 0,0%              | 19   | 3,7%              | 1   | 0,2%              | 0             | 0,0%              |
| Berlin                 | 646                          | 10                           | 1,5%              | 475                        | 73,5%             | 148  | 22,9%             | 10                       | 1,5%              | 2                               | 0,3%              | 1  | 0,2%              | 0  | 0,0%              | 0   | 0,0%              | 0             | 0,0%              |
| Baden-Württemberg      | 2.263                        | 19                           | 0,8%              | 368                        | 16,3%             | 1.425  | 63,0%             | 116                      | 5,1%              | 35                              | 1,5%              | 0  | 0,0%              | 242  | 10,7%             | 36  | 1,6%              | 22            | 1,0%              |
| Bremen                 | 178                          | 0                            | 0,0%              | 108                        | 60,7%             | 9  | 5,1%              | 4                        | 2,2%              | 0                               | 0,0%              | 0  | 0,0%              | 0  | 0,0%              | 0   | 0,0%              | 57            | 32,0%             |
| Hessen                 | 1.221                        | 7                            | 0,6%              | 172                        | 14,1%             | 771  | 63,1%             | 105                      | 8,6%              | 15                              | 1,2%              | 3  | 0,2%              | 123  | 10,1%             | 4   | 0,3%              | 21            | 1,7%              |
| Hamburg                | 284                          | 0                            | 0,0%              | 233                        | 82,0%             | 40   | 14,1%             | 7                        | 2,5%              | 4                               | 1,4%              | 0  | 0,0%              | 0  | 0,0%              | 0   | 0,0%              | 0             | 0,0%              |
| Mecklenburg-Vorpommern | 351                          | 0                            | 0,0%              | 204                        | 58,1%             | 53   | 15,1%             | 20                       | 5,7%              | 12                              | 3,4%              | 2  | 0,6%              | 57   | 16,2%             | 3   | 0,9%              | 0             | 0,0%              |
| Niedersachsen          | 2.118                        | 0                            | 0,0%              | 1.549                      | 73,1%             | 409  | 19,3%             | 116                      | 5,5%              | 8                               | 0,4%              | 2  | 0,1%              | 26   | 1,2%              | 5   | 0,2%              | 3             | 0,1%              |
| Nordrhein-Westfalen    | 3.850                        | 8                            | 0,2%              | 1.336                      | 34,7%             | 2.276  | 59,1%             | 118                      | 3,1%              | 24                              | 0,6%              | 1  | 0,0%              | 33   | 0,9%              | 14  | 0,4%              | 40            | 1,0%              |
| Rheinland-Pfalz        | 1.061                        | 0                            | 0,0%              | 151                        | 14,2%             | 686  | 64,7%             | 66                       | 6,2%              | 6                               | 0,6%              | 1  | 0,1%              | 141  | 13,3%             | 5   | 0,5%              | 5             | 0,5%              |
| Schleswig-Holstein     | 629                          | 0                            | 0,0%              | 288                        | 45,8%             | 292  | 46,4%             | 34                       | 5,4%              | 0                               | 0,0%              | 9  | 1,4%              | 0  | 0,0%              | 0   | 0,0%              | 6             | 1,0%              |
| Saarland               | 303                          | 0                            | 0,0%              | 91                         | 30,0%             | 154  | 50,8%             | 29                       | 9,6%              | 6                               | 2,0%              | 0  | 0,0%              | 21   | 6,9%              | 2   | 0,7%              | 0             | 0,0%              |
| Sachsen                | 1.190                        | 12                           | 1,0%              | 808                        | 67,9%             | 150  | 12,6%             | 67                       | 5,6%              | 13                              | 1,1%              | 10   | 0,8%              | 105  | 8,8%              | 17  | 1,4%              | 8             | 0,7%              |
| Sachsen-Anhalt         | 629                          | 0                            | 0,0%              | 515                        | 81,9%             | 42   | 6,7%              | 44                       | 7,0%              | 5                               | 0,8%              | 0  | 0,0%              | 7  | 1,1%              | 6   | 1,0%              | 10            | 1,6%              |
| Thüringen              | 480                          | 0                            | 0,0%              | 333                        | 69,4%             | 55   | 11,5%             | 36                       | 7,5%              | 1                               | 0,2%              | 0  | 0,0%              | 4  | 0,8%              | 0   | 0,0%              | 51            | 10,6%             |
| AQUA-Institut          | 137                          | 0                            | 0,0%              | 33                         | 24,1%             | 78   | 56,9%             | 16                       | 11,7%             | 4                               | 2,9%              | 0  | 0,0%              | 6  | 4,4%              | 0   | 0,0%              | 0             | 0,0%              |
| <b>Gesamt</b>          | <b>19.440</b>                | <b>57</b>                    | <b>0,3%</b>       | <b>7.198</b>               | <b>37,0%</b>      | <b>9.903</b>                                     | <b>50,9%</b>      | <b>896</b>               | <b>4,6%</b>       | <b>157</b>                      | <b>0,8%</b>       | <b>53</b>  | <b>0,3%</b>       | <b>850</b>   | <b>4,4%</b>       | <b>103</b>  | <b>0,5%</b>       | <b>223</b>    | <b>1,1%</b>       |

### 3.3.2. Rechnerische Auffälligkeiten - qualitative Auffälligkeiten

Abbildung 7 bezieht sich auf Tabelle 7. Dort finden sich die konkreten Ergebnisse sowohl in Anzahl als auch in Prozentangaben. Die Abbildung gibt wieder, welchen Anteil die qualitativen Auffälligkeiten pro Leistungsbereich an allen aufgetretenen rechnerischen Auffälligkeiten haben.

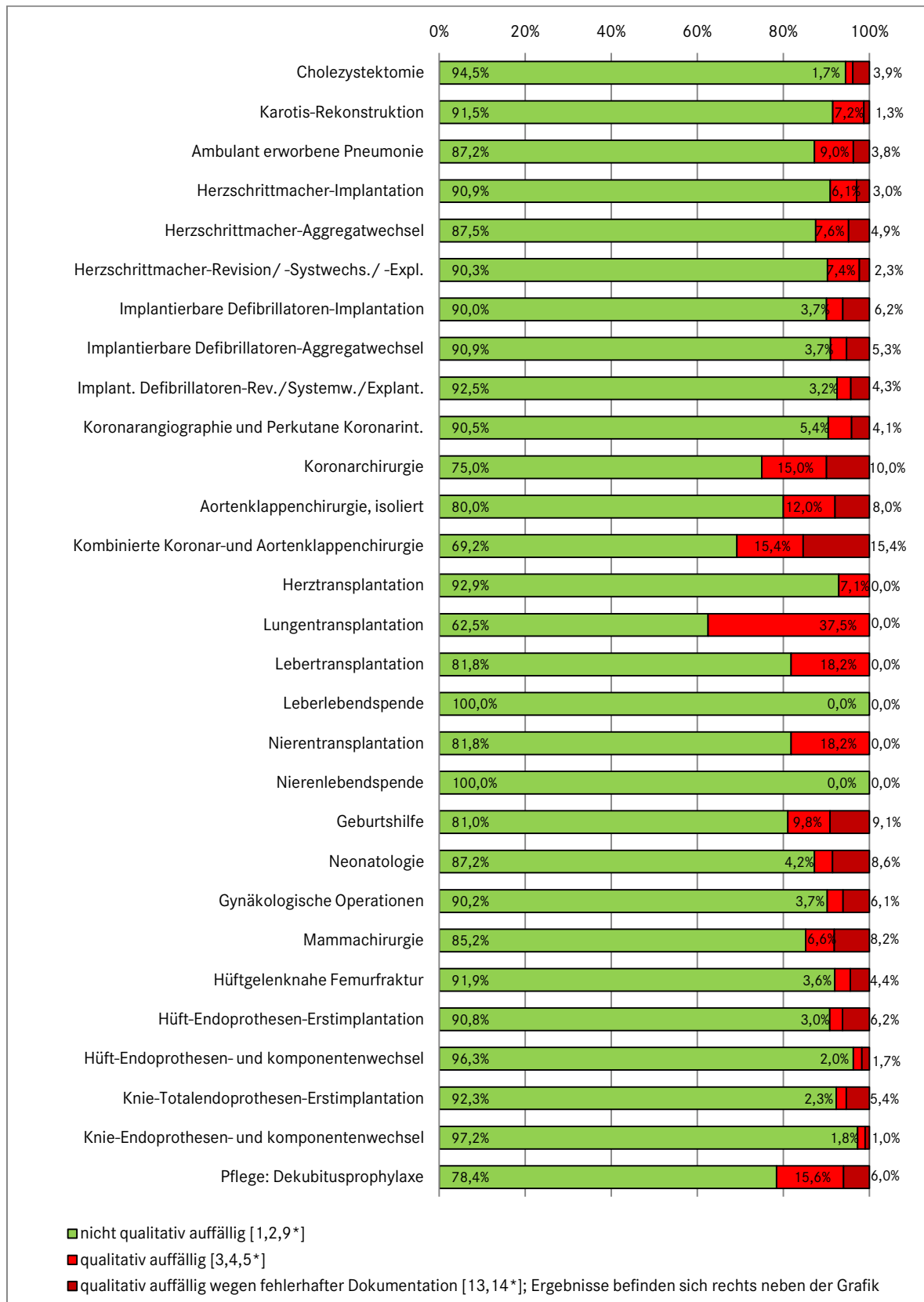


Abbildung 7: Anteil qualitativer Auffälligkeiten an rechnerischen Auffälligkeiten pro Leistungsbereich (\* = Bewertungsziffer)

Da ein Krankenhaus in mehreren Indikatoren eines Leistungsbereiches in den Ergebnissen auffällig werden kann, ist aus den obigen Darstellungen nicht ersichtlich, wie viele Krankenhäuser in den jeweiligen Leistungsbereichen auffällig gewesen sind. Daher zeigt Tabelle 9 die Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse bei Krankenhäusern im Verhältnis zu der Anzahl aller datenliefernden Krankenhäuser eines Leistungsbereiches.

Tabelle 9: Anzahl auffällige Ergebnisse in Krankenhäusern pro Leistungsbereich

| Leistungsbereich  | Anzahl Krankenhäuser gesamt | ...davon rechnerisch auffällig (in %) | ...davon qualitativ auffällig (in %) |
|---|-----------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Cholezystektomie  | 1130                        | 509 (45,0%)                           | 41 (8,1%)                            |
| Karotis-Rekonstruktion  | 555                         | 102 (18,4%)                           | 9 (8,8%)                             |
| Ambulant erworbene Pneumonie  | 1298                        | 920 (70,9%)                           | 273 (29,7%)                          |
| Herzschrittmacher-Implantation  | 1010                        | 473 (46,8%)                           | 62 (13,1%)                           |
| Herzschrittmacher-Aggregatwechsel   | 931                         | 396 (42,5%)                           | 61 (15,4%)                           |
| Herzschrittmacher-Revision/<br>-Systemwechsel/-Explantation                 | 924                         | 415 (44,9%)                           | 58 (14,0%)                           |
| Implantierbare Defibrillatoren -<br>Implantation                            | 641                         | 420 (65,5%)                           | 58 (13,8%)                           |
| Implantierbare Defibrillatoren -<br>Aggregatwechsel                         | 533                         | 202 (37,9%)                           | 22 (10,9%)                           |
| Implantierbare Defibrillatoren -<br>Revision/Systemwechsel/<br>Explantation | 506                         | 160 (31,6%)                           | 13 (8,1%)                            |
| Koronarangiographie und Perkutane<br>Koronarintervention (PCI)              | 841                         | 424 (50,4%)                           | 63 (14,9%)                           |
| Koronarchirurgie, isoliert  | 82                          | 15 (18,3%)                            | 5 (33,3%)                            |
| Aortenklappenchirurgie, isoliert  | 90                          | 16 (17,8%)                            | 6 (37,5%)                            |
| Kombinierte Koronar- und<br>Aortenklappenchirurgie                          | 79                          | 8 (10,1%)                             | 4 (50,0%)                            |
| Herztransplantation   | 22                          | 7 (31,8%)                             | 1 (14,3%)                            |
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation                                      | 16                          | 5 (31,3%)                             | 2 (40,0%)                            |
| Leberlebendspende   | 11                          | 2 (18,2%)                             | 0 (0,0%)                             |
| Lebertransplantation  | 24                          | 11 (45,8%)                            | 2 (18,2%)                            |
| Nierenlebendspende  | 40                          | 7 (17,5%)                             | 0 (0,0%)                             |
| Nierentransplantation   | 43                          | 12 (27,9%)                            | 4 (33,3%)                            |
| Geburtshilfe  | 785                         | 426 (54,3%)                           | 140 (32,9%)                          |
| Neonatologie  | 511                         | 204 (39,9%)                           | 50 (24,5%)                           |
| Gynäkologische Operationen  | 1083                        | 548 (50,6%)                           | 93 (17,0%)                           |
| Mammachirurgie  | 932                         | 474 (50,9%)                           | 159 (33,5%)                          |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur   | 1134                        | 645 (56,9%)                           | 83 (12,9%)                           |
| Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation   | 1112                        | 611 (54,9%)                           | 89 (14,6%)                           |
| Hüft-Endoprothesenwechsel und<br>-komponentenwechsel                        | 1045                        | 663 (63,4%)                           | 36 (5,4%)                            |
| Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation                                    | 1030                        | 420 (40,8%)                           | 48 (11,4%)                           |

| Leistungsbereich                                  | Anzahl Krankenhäuser gesamt | ...davon rechnerisch auffällig (in %) | ...davon qualitativ auffällig (in %) |
|---|-----------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel | 940                         | 263 (28,0%)                           | 9 (3,4%)                             |
| Pflege: Dekubitusprophylaxe                       | 1666                        | 142 (8,5%)                            | 45 (31,7%)                           |

### 3.3.3. Gründe zu den Auffälligkeiten

Die Ursachen, die für die rechnerische Auffälligkeiten maßgeblich waren, werden von den betreuenden Stellen in verschiedene Kategorien eingestuft. Die nachstehende Tabelle gibt diese pro Leistungsbereich über alle im Strukturierten Dialog überprüften Auffälligkeiten wieder.

| Leistungsbereich   | kein Grund bekannt bzw. nicht mehr zu analysieren | falsche Dokumentation | organisatorische Probleme (z.B. Software) | abweichende klinische Situation | korrekt dokumentiert | besondere Einzelfälle (u. nicht signifikant abweichend) | Mängel in Struktur-o. Prozessqualität | med. Dissens mit OI | Sonstiges |
|--|---|-----------------------|---|---------------------------------|----------------------|---|---------------------------------------|---------------------|-----------|
| Cholezystektomie   | 8   | 74                    | 8   | 2                               | 5                    | 464   | 10                                    | 0                   | 63        |
| Karotis-Rekonstruktion   | 0   | 8                     | 1   | 4                               | 0                    | 82  | 10                                    | 0                   | 0         |
| Ambulant erworbene Pneumonie   | 29  | 401                   | 221                                       | 75                              | 14                   | 334   | 286                                   | 12                  | 379       |
| Herzschrittmacher-Implantation                                       | 12  | 42                    | 9   | 12                              | 4                    | 213   | 46                                    | 2                   | 46        |
| Herzschrittmacher-Aggregatwechsel                                    | 1   | 87                    | 6   | 4                               | 2                    | 89  | 33                                    | 34                  | 69        |
| Herzschrittmacher-Revision   | 13  | 22                    | 6   | 12                              | 5                    | 217   | 35                                    | 2                   | 16        |
| Implantierbare Defibrillatoren-Implantation                          | 6   | 151                   | 13  | 5                               | 5                    | 233   | 26                                    | 5                   | 52        |
| Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel                       | 0   | 56                    | 0   | 0                               | 2                    | 68  | 12                                    | 7                   | 10        |
| Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation | 0   | 32                    | 0   | 4                               | 0                    | 63  | 10                                    | 0                   | 4         |
| Koronarangiographie und PCI  | 6   | 115                   | 49  | 68                              | 4                    | 182   | 45                                    | 2                   | 36        |
| Koronarchirurgie   | 0   | 2                     | 0   | 0                               | 0                    | 13  | 3                                     | 0                   | 2         |
| Aortenklappenchirurgie, isoliert                                     | 0   | 2                     | 1   | 0                               | 4                    | 16  | 2                                     | 0                   | 6         |
| Kombinierte Koronar-und Aortenklappenchirurgie                       | 1   | 3                     | 1   | 0                               | 0                    | 5   | 2                                     | 0                   | 1         |
| Herztransplantation  | 0   | 0                     | 0   | 0                               | 0                    | 2   | 1                                     | 0                   | 0         |
| Lungen-und Herz-Lungentransplantation                                | 0   | 0                     | 0   | 0                               | 0                    | 1   | 2                                     | 0                   | 0         |
| Leberlebendspende  | 0   | 2                     | 0   | 0                               | 0                    | 1   | 0                                     | 0                   | 0         |
| Lebertransplantation   | 0   | 0                     | 0   | 0                               | 0                    | 18  | 3                                     | 0                   | 0         |
| Nierenlebendspende   | 0   | 1                     | 2   | 0                               | 0                    | 5   | 0                                     | 0                   | 2         |
| Nierentransplantation  | 2   | 3                     | 0   | 0                               | 0                    | 15  | 0                                     | 0                   | 2         |
| Geburtshilfe   | 21  | 217                   | 16  | 4                               | 36                   | 232   | 58                                    | 21                  | 38        |
| Neonatologie   | 4   | 116                   | 16  | 23                              | 2                    | 119   | 26                                    | 4                   | 15        |

| Leistungsbereich                            | kein Grund bekannt bzw. nicht mehr zu analysieren | falsche Dokumentation | organisatorische Probleme (z.B. Software) | abweichende klinische Situation | korrekt dokumentiert | besondere Einzelfälle (u. nicht signifikant abweichend) | Mängel in Struktur-o. Prozessqualität | med. Dissens mit QI | Sonstiges |
|---|---|-----------------------|---|---------------------------------|----------------------|---|---------------------------------------|---------------------|-----------|
| Gynäkologische Operationen                  | 12  | 138                   | 4   | 22                              | 9                    | 265   | 9                                     | 3                   | 50        |
| Mammachirurgie                              | 25  | 279                   | 29  | 19                              | 21                   | 200   | 52                                    | 17                  | 39        |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur                 | 7   | 120                   | 11  | 9                               | 8                    | 476   | 19                                    | 4                   | 67        |
| Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation         | 6   | 167                   | 29  | 0                               | 16                   | 378   | 15                                    | 2                   | 18        |
| Hüft-Endoprothesen- und -komponentenwechsel | 5   | 69                    | 4   | 4                               | 1                    | 494   | 2                                     | 0                   | 10        |
| Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation    | 2   | 85                    | 12  | 3                               | 3                    | 211   | 11                                    | 7                   | 15        |
| Knie-Endoprothesen- und -komponentenwechsel | 1   | 26                    | 1   | 1                               | 1                    | 143   | 2                                     | 0                   | 4         |
| Pflege: Dekubitusprophylaxe                 | 8   | 50                    | 2   | 2                               | 10                   | 60  | 28                                    | 0                   | 27        |

Tabelle 10: Gründe der rechnerischen Auffälligkeiten pro Leistungsbereich

Die beiden nachstehenden Diagramme zeigen die Gründe über alle im Strukturierten Dialog überprüften Auffälligkeiten. In Abbildung 8 werden die Gründe pro Leistungsbereich ausgewiesen und in Abbildung 9 werden die Gründe pro Bundesland dargestellt.

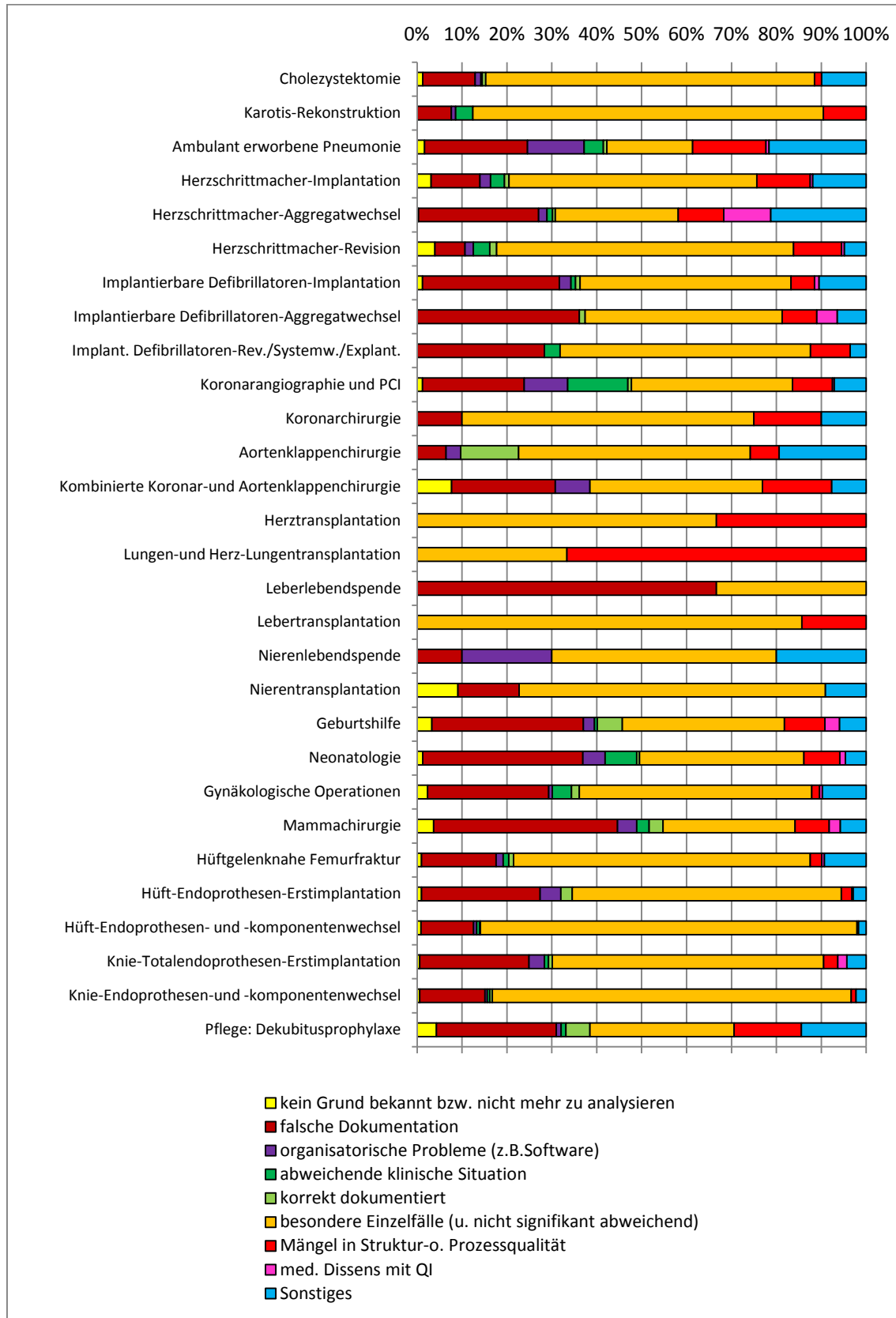


Abbildung 8: Gründe der rechnerischen Auffälligkeiten pro Leistungsbereich



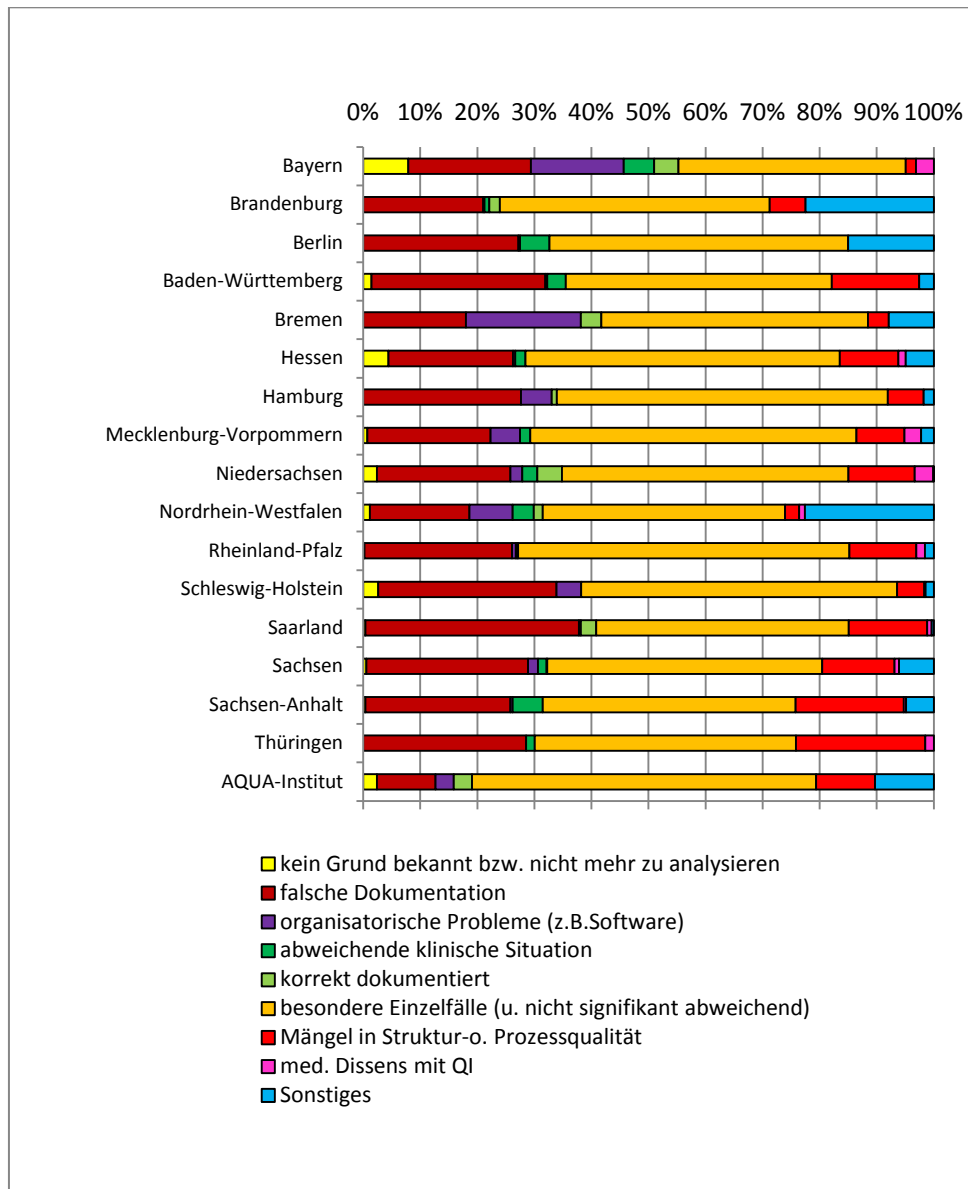


Abbildung 9: Gründe der rechnerischen Auffälligkeiten pro Bundesland

Wie die beiden Abbildungen verdeutlichen, sind die beiden häufigsten Gründe, die zu einer rechnerischen Auffälligkeit führten, die Kategorien „falsche Dokumentation“ und „besondere Einzelfälle“.

Mehrere Ursachen können eine falsche Dokumentation bedingen. So lösen z.B. falsch gesetzte Kreuze bei den Angaben zum Behandlungsverlauf im Dokumentationsbogen eine falsche Dokumentation aus. Dies kann zum einen aufgrund von Missverständnissen/Informationsdefiziten zu den Ausfüllhinweisen, zum anderen durch zu flüchtiges Ausfüllen passieren. Verspätetes (d.h. zeitlich versetzt nach der Behandlung/OP) und händisches Ausfüllen des Dokumentationsbogens führen ebenfalls zu Übertragungsfehlern. Oft sind aber auch Softwareprobleme der Grund für falsch generierte Dokumentationen, z.B. wenn eine neue Software installiert oder ein Update eingelesen wird.

Die Kategorie „besondere Einzelfälle (u. nicht signifikant abweichend)“ ist der am häufigsten angegebene Grund der zu einer rechnerischen Auffälligkeit führt. Um einen Einblick in diese besonderen Einzelfälle zu geben befinden sich exemplarisch zwei Fallbeispiele in Abschnitt 4.1.4 zum Leistungsbereich *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation*. Grundsätzlich sind unter dieser Begründungskategorie sämtliche schicksalhafte Verläufe eingestuft worden. Es handelt sich häufig um Einzelfälle von multimorbiden Patienten mit besonderem Krankheitsverlauf. Die Einrichtungen lieferten in der Regel dazu eine gut begründete Stellungnahme nebst kurzer Epikrise.

### 3.3.4. Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen

Das nachfolgende Diagramm zeigt eingeleitete Verbesserungsmaßnahmen, von denen die betreuenden Stellen Kenntnis erhalten haben. Die Informationen betreffen die gesamten rechnerischen Auffälligkeiten aller Leistungsbereiche, zu denen eine Stellungnahme angefordert wurde. Mit Abgabe der Stellungnahme werden die betroffenen Einrichtungen in der Regel dazu aufgefordert, ebenfalls den Status und gegebenenfalls Nachweise zu den bereits eingeleiteten Verbesserungsmaßnahmen mitzuteilen. Mit der abschließenden Bewertung wird dieser überprüfte Status von der betreuenden Stelle ebenfalls kategorisiert, in die fünf nachfolgenden Möglichkeiten.

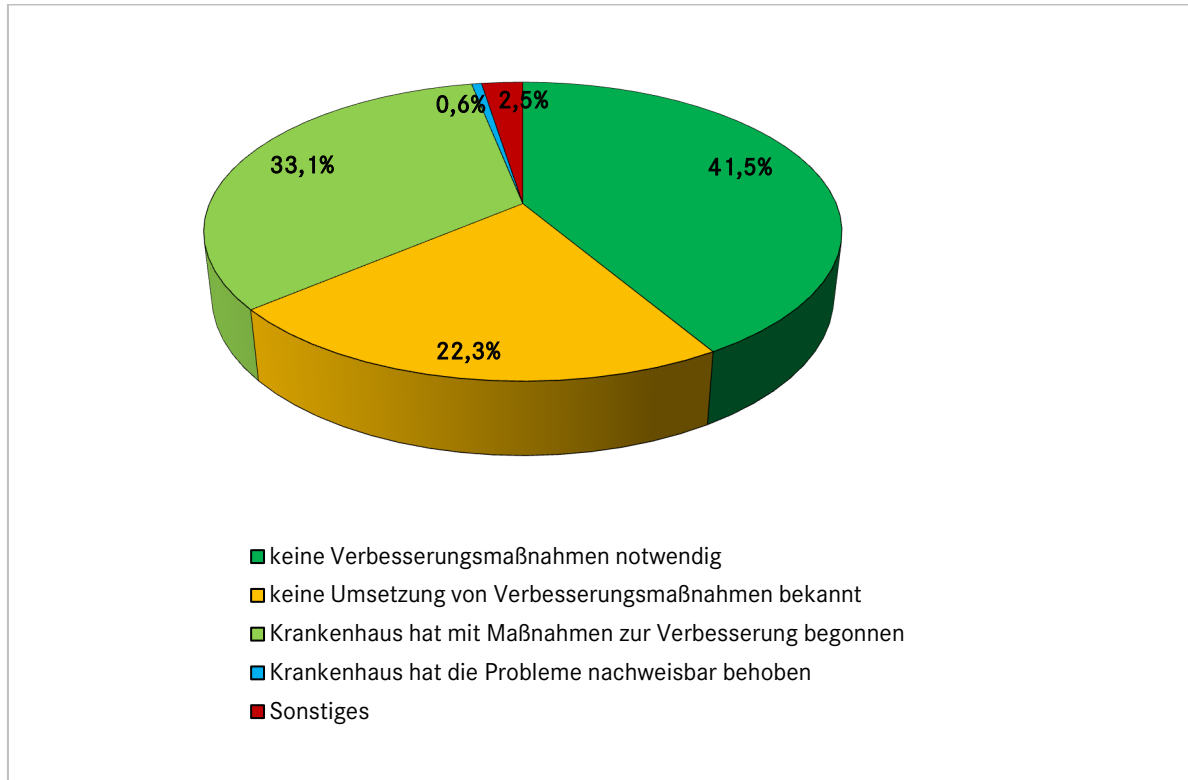


Abbildung 10: Verbesserungsmaßnahmen über die gesamten Leistungsbereiche

### 3.3.5. Zielvereinbarungen und deren Nachverfolgung

Die Anzahl der mit den Einrichtungen geschlossenen Zielvereinbarungen ist im Vergleich zum Vorjahr gesunken. Im Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2010 wurden bundesweit 611 Zielvereinbarungen geschlossen. Für das Erfassungsjahr 2011 sind es lediglich 453 Zielvereinbarungen (pro Qualitätsindikator) gewesen.

Das kollegiale Gespräch, z.B. bei der Vor-Ort Begehung ist eines der effektivsten Instrumente des Strukturierten Dialogs, um nachhaltig Veränderungen in den Abteilungen zu bewirken. Durch das persönliche Gespräch wird zudem die Akzeptanz des Verfahrens gestärkt. Wie aus den Auswertungen der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs hervorgeht, wurden im Vergleich zum Vorjahr doppelt so viele Vor-Ort-Begehungen durchgeführt. In gemeinsamen Gesprächen mit Vertretern der Krankenhäuser wurden die Ursachen für die Auffälligkeiten analysiert und die Vertreter der Fachgruppen fungierten bei Bedarf als Berater. Denn sie liefern -je nach Situation- wertvolle Hinweise zu jeglichen Prozessschritten (z.B. Indikationsstellungen, Einsatz von Apparaturen, Ausfüllhinweisen bei der Dokumentation etc.).

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

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

## 4. Ausgewählte Ergebnisse

In diesem Kapitel sind nachstehend sehr ausführlich praxisnahe Fallbeispiele zu finden. Durch sie wird die Umsetzung des Verfahrens transparent und nachvollziehbarer. Die einzelnen Prozessschritte verschaffen einen guten Einblick in die Vorgehensweise der betreuenden Stellen sowie über die Arbeit der beteiligten Experten in den jeweiligen Fachgruppen. Die Ursachen für die Entstehung von rechnerischen Auffälligkeiten werden sehr intensiv geprüft und die betroffenen Einrichtungen erhalten von den Experten gute Impulse zur Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen. Anhand der Zielvereinbarungen und der erarbeiteten Optimierungsansätze ist außerdem erkennbar, welchen großen Nutzen die externe Qualitätssicherung auch noch nach 12 Jahren hat, vor allem, wenn sich offene Fragen in einem persönlichen Gespräch beantworten lassen.

Außerdem werden in Abschnitt 4.2 besondere Ergebnisse dargestellt. Das Kapitel schließt mit einem Auszug aus zu den Länderspezifika und mit Empfehlungen der Landesebene.

### 4.1. Fallbeispiele

Die Fallbeispiele aus den indirekten Verfahren berichten ebenfalls über einen 3-Jahres-Zeitraum. Die insgesamt sieben Beispiele inkl. des Fazits sind von einzelnen Landesgeschäftsstellen zur Verfügung gestellt worden.

#### 4.1.1. Cholezystektomie

Der Indikator des nachfolgenden Beispiels wurde 2011 von einem Sentinel-Event-Indikator zu einem Ratenindikator weiterentwickelt. Ein Referenzbereich ist daher noch nicht definiert. Die Rechenregel wurde nachträglich auch auf die Daten des Vorjahres angewandt. Die Sterblichkeitsrate (0,4%) hat sich im Vergleich zum Vorjahr nicht verändert.

Tabelle 11: Fallbeispiel Cholezystektomie

| Cholezystektomie                      |   |                             |  |
|---------------------------------------|---|-----------------------------|--|
| Indikator                             | QI 5a „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 1 bis 3“ |                             |  |
| Qualitätsziel                         | Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus                             |                             |  |
| Referenzbereich                       | Nicht definiert   |                             |  |
| Vertrauensbereich                     | ≤ 0,4%  |                             |  |
| Erfassungsjahr                        | 2011  | 2010                        | 2009   |
| Ergebnis Krankenhaus (Bundesergebnis) | 5 Fälle / 1,6%<br>(0,4-0,5%)                                      | 5 Fälle / 2%<br>(0,4-0,4 %) | 4 Fälle / 1,6%<br>(0,4-0,5%)                 |
| Maßnahmen                             | Stellungnahme angefordert, Vor-Ort-Begehung, Zielvereinbarung     | Stellungnahme angefordert   | Stellungnahme angefordert                    |
| Bewertung                             | Qualitativ auffällig wegen fehlerhafter Dokumentation.            | Qualitativ unauffällig      | Qualitativ unauffällig mit Verlaufskontrolle |

#### Ausgangssituation

Bei Sichtung der Stellungnahmen zu Auffälligkeiten in der Jahresauswertung 2011 zur *Cholezystektomie* war eine Klinik in den Focus des Fachausschusses geraten, bei welcher schon in den letzten Jahren nach Prüfung der Unterlagen im Indikator ‚Todesfälle bei ASA 1-3‘ eine erhebliche Fehldokumentation bei der ASA-Klassifikation festgestellt worden war. Des Weiteren wurde in Bezug auf das Verfahren der Datenvalidierung mit Abfrage nach nicht dokumentierten Komplikationen bei laparoskopisch begonnenen Operationen sowie nach nicht dokumen-

tierten Reinterventionen vom Fachausschuss auch bezweifelt, dass die Angaben in der Qualitätssicherung dem stationären Verlauf entsprachen.

### **Strukturierter Dialog des Erfassungsjahres 2011**

Von daher erschien eine direkte Prüfung der Dokumentationsqualität anhand einer Stichprobe von 30 Krankenakten (entsprechend 10% der Gesamtfälle) im Rahmen einer Begehung vor Ort sinnvoll.

Die Sichtung der betreffenden Unterlagen ergab erhebliche Missstände in der Dokumentation; nur bei einem Fall stimmten die Angaben in der QS-Dokumentation mit denen in der Krankenakte überein. Die häufigsten Diskrepanzen fanden sich in den Parametern zu intraoperativen Befunden und zur Cholestase; perioperative Komplikationen und Reinterventionen waren in einigen Fällen nicht dokumentiert.

Hinsichtlich der Indikationsstellung sowie der Todesfälle gab es keinen Grund zur Beanstandung. Alle Fälle waren nachvollziehbar und begründet – ein Anhalt für Behandlungsfehler bestand nicht.

Die Klinik räumte ein, dass die Datenerhebung für die Qualitätssicherung – von ärztlicher Seite durchgeführt – oftmals unter erheblichem Zeitdruck und nicht mit der gebotenen Sorgfalt durchgeführt wird. Alle operationspezifischen Parameter werden noch im OP-Saal erfasst, die Komplettierung und der Abschluss des Bogens erfolgt durch den entlassenden Arzt. Hinsichtlich des Bearbeitungszyklus wird auf jeden Fall Optimierungsbedarf gesehen.

Zum Abschluss der Begehung wurden folgende Zielvereinbarungen mit der Klinik getroffen:

- Einführung eines speziellen Komplikationsformulars, welches von Beginn des stationären Aufenthaltes in der Akte mitläuft
- entsprechende Schulungen zu den Inhalten des Erhebungsbogens vorzunehmen
- eine klinisch hochrangige Supervision der eingegebenen Daten in regelmäßigen Abständen (2-wöchentlich)

Nach Überprüfung wurden die Ergebnisse wegen fehlerhafter Dokumentation als qualitativ auffällig eingestuft. Die Halbjahresauswertung des Jahres 2012 wird besonders begutachtet; der Fachausschuss behält sich eine mögliche erneute Begehung vor.

### **Fazit**

Die Falldarstellung gibt ein typisches Beispiel wie rechnerische Auffälligkeiten bei Indikatoren aufgrund von Dokumentationsproblemen entstehen. Es zeigt außerdem, dass derartige Probleme durch ein kollegiales Gespräch vor Ort hilfreich gelöst und entsprechende Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden können. Zudem wird deutlich, wie wichtig eine korrekte QS-Dokumentation für die valide Messung der Qualität ist.

#### 4.1.2. Herzschrittmacher - Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Das folgende Beispiel zeigt einen mehrjährigen Verlauf zu einem Strukturierten Dialog des Indikators QI 2 „Sondenproblem als Indikation zum Eingriff“. Es werden die letzten 5 Jahre betrachtet. Der Indikator selbst erfuhr für das Erfassungsjahr 2011 eine methodische Veränderung. Es werden nunmehr nur noch Probleme bei Sonden berücksichtigt, deren Implantation nicht länger als ein Jahr zurückliegt. Die Wahrscheinlichkeit, dass frühe Sondenprobleme durch Qualitätsmängel des vorangehenden Eingriffs verursacht wurden, ist ungleich höher als bei später auftretenden Komplikationen. Der überarbeitete Indikator ermöglicht somit eine realistischere Einschätzung der durch Qualitätsmängel bei Herzschrittmacher-Eingriffen bedingten Revisionsrate.

Tabelle 12: Fallbeispiel: Herzschrittmacher - Revision/-Systemwechsel/-Explantation

| Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |  |                      |   |                                 |  |
|---|--|----------------------|---|---------------------------------|--|
| Indikator   | QI 2 „Sondenproblem als Indikation zum Eingriff“   |                      |   |                                 |  |
| Qualitätsziel   | Möglichst selten Revision wegen Sondenproblemen bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution |                      |   |                                 |  |
| Referenzbereich   | ≤ 6 %  |                      |   |                                 |  |
| Erfassungsjahr  | 2011   | 2010                 | 2009  | 2008                            | 2007   |
| Ergebnis Krankenhaus (Ergebnis Bund)                    | 4%<br>(3,3%)   | 10,4%<br>(6,5%)      | 6,79%<br>(6,5%)                                 | 7,86%<br>(6,8%)                 | 7,8%<br>(7,0%)                               |
| Maßnahmen   | Keine Maßnahme   | Klinikgespräch       | Keine Maßnahme (da im Vorjahr Zielvereinbarung) | Stellungnahme, Zielvereinbarung | Stellungnahme                                |
| Bewertung   | Qualitativ unauffällig   | Qualitativ auffällig |   | Qualitativ auffällig            | Qualitativ unauffällig mit Verlaufskontrolle |

#### Ausgangssituation

Wie aus der Tabelle ersichtlich wird, war das Krankenhaus bezüglich dieses Qualitätsindikators seit 2007 auffällig, weswegen im Jahr 2008 eine Zielvereinbarung getroffen wurde.

Zu beobachten war dann in 2009 eine leichte Verbesserung um einen Prozentpunkt. Da davon ausgegangen wurde, dass weitere Verbesserungen bis zum Erreichen des Zielwerts von ≤ 6% folgen würden, wurde auf weitere Maßnahmen verzichtet. Leider ergab sich in 2010 eine Verschlechterung gegenüber 2009, woraufhin ein Klinikgespräch mit drei Mitgliedern der medizinischen Arbeitsgruppe und zwei Verantwortlichen des Krankenhauses unter Moderation eines Vertreters der Geschäftsstelle geführt wurde. Die beiden Vertreter des Krankenhauses erklärten, sie hätten bereits auf die Verschlechterung reagiert und eine Analyse der Ursachen vorgenommen. Dabei zeigten sich gehäuft Probleme bei einigen Sondentypen, u.a. MRT<sup>4</sup> Sonden.

Im Gespräch wurden die Fixation der Sonden und die dazugehörige Röntgenkontrolle erörtert. Es wurde deutlich, dass die Besonderheiten eines Nachfolgemodells eines Sondentyps nicht hinreichend beachtet wurden. Ein Problem ließ sich konkret benennen, bei einem Nachfolgemodell einer Sonde hatten sich die Benutzerkennzeichnungen für eine eingeschraubte Sonde genau umgekehrt, was zur Folge haben konnte, dass eine Schraube nicht richtig ausgefahren wurde. Das Klinikgespräch endete mit einer Zielvereinbarung, in der die Klinik die Zahl der verwendeten Sonden deutlich reduzieren sollte (auf zwei oder drei Typen) und Bestellungen anderer Sonden ohne Rücksprache mit der Abteilungsleitung unterbleiben sollten.

<sup>4</sup> Technik: Magnetresonanztomographie

## Strukturierter Dialog der Erfassungsjahre 2007-2011

### Stellungnahme 2007:

Bei den angefragten Patienten kommt es zu einem drohenden Exit- und Enhanceblock<sup>5</sup> bei implantierten VVI-Systemen, zusätzlich liegt jeweils ein Schrittmachersyndrom bei Sinusrhythmus und VVI-HSM vor. Die primäre Implantation erfolgte, vor Etablierung der Kardiologie im Hause, durch die chirurgische Abteilung. In beiden Fällen liegt eine Mikrodislokation vor, möglicherweise durch unzureichende Fixierung der Elektroden bedingt.

### Eingeleitete Verbesserungsmaßnahmen:

- Schulung der Mitarbeiter bezüglich der Indikationsstellung der Schrittmacherimplantation.
- Schulung der Mitarbeiter bezüglich intraoperativer Testung der Sondenlage, und -fixierung.
- Änderung der Zuständigkeiten bei den Operateuren, seit dem 1. 7. 2007 erfolgen sämtliche Operationen durch die Kardiologie.

### Zielvereinbarung 2008:

Konkrete Arbeitsanweisung erstellen und Nachschulungen aller Mitarbeiter, Übermittlung der Teilnehmerlisten.

### Stellungnahme 2009:

Aufgrund der gehäuften Dislokationen erfolgte eine Änderung des Sondenfixierungsmanagements dahingehend, dass grundsätzlich eine zweifache Fixierung auf dem Sleeve (Manschette) erfolgt, es grundsätzlich vermieden wird, dass die Fixierung mit Muskelgewebe erfolgt. Weitere Gründe: Sondenbruch und MRT-Sonden

### Stellungnahme 2010:

Einmal handelte es sich um einen Reizschwellenanstieg nach 1 bzw. mehr als 2 Jahren. Dies mag durch lokale Narbenbildung bedingt sein. Radiologisch lag eine korrekte Sondenlage vor. Die Problematik war nicht vorhersehbar.

Ein anderer Fall beschrieb eine drohende Perforation mit Zwerchfellzucken der Ventrikel Elektrode. Es handelte sich um eine bekannte Elektrode bei der dieses Phänomen beschrieben ist.

In den zwei anderen Fällen handelte es sich um Dislokationen der Ventrikel Elektroden, einer Firma, welche in dem Haus sonst nur selten implantiert wird, möglicherweise handelt es sich um ein sondenspezifisches Problem.

Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen erfolgte das bereits beschriebene kollegiale Gespräch zwischen Experten der Fachgruppe und den Vertretern der Einrichtung. Die Besprechung endete mit einer Zielvereinbarung. Als wesentliche Verbesserungsmaßnahmen wurden festgelegt:

- Änderung des operativen Vorgehens
- nur noch Sonden von drei Herstellern zu verwenden

Für das Jahr 2011 wurde keine rechnerische Auffälligkeit mehr festgestellt.

## Fazit

Erst durch das Klinikgespräch im Jahr 2010 wurde deutlich, dass sich die Klinik zwar mit der Ursachenklärung und mit möglichen Lösungen beschäftigte, diese Überlegungen und Ergebnisse jedoch noch nicht in der Behandlung der einzelnen Fälle umgesetzt wurden. Da nicht nur diese Klinik Probleme bezüglich dieses Qualitätsindikators aufwies, wurden die Ergebnisse aus diesem Fall und aus weiteren Klinikgesprächen in einem Vortrag in der Ergebniskonferenz 2011 dargestellt und diskutiert. Zusätzlich wurde ein Pilotprojekt mit der medizinischen AG ins Leben gerufen mit dem Ziel, für den Bereich Sondenprobleme gezielte Unterstützung zu geben unter Nutzung moderner Medien und der Erkenntnisse aus den Klinikgesprächen. Abschließend lässt sich feststellen, dass sich das kollegiale Vor-Ort-Gespräch hier – wie auch in vielen anderen Fällen – als nachhaltige Maßnahme erwiesen hat. Zudem wurde es von allen Beteiligten wegen der offenen Diskussionskultur als positiv empfunden.

---

<sup>5</sup> Funktionsstörungen des Herzschrittmachers

### 4.1.3. Neonatologie

Nachstehend ist ein Beispiel über die Ergebnisse von drei Krankenhäusern im Leistungsbereich *Neonatologie* aufgeführt. Es bezieht sich auf die geführten Strukturierten Dialoge des Indikators 9b „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) bei beatmeten Kindern mit Pneumothorax<sup>6</sup> (ohne zuverlegte Kinder)“. Zu diesem Indikator liegen erst seit zwei Jahren Daten für die externe stationäre Qualitätssicherung vor. Die Ergebnisse sind mit denen des Vorjahres nur eingeschränkt vergleichbar, da dieser Indikator bereits eine methodische Weiterentwicklung erfahren hat. Durch das Beispiel der drei Einrichtungen, deren Ergebnisse bereits im Jahr 2010 auffällig gewesen sind, wird deutlich, wie schnell die konsequente Umsetzung von vereinbarten Verbesserungsmaßnahmen zu einem guten Ergebnis führen kann. Außerdem zeigt das Beispiel, wie der Strukturierte Dialog nachhaltig mit Verlaufskontrollen geführt wird.

Tabelle 13: Fallbeispiel: Neonatologie

| Neonatologie                  |   |  |                 |
|-------------------------------|---|--|-----------------|
| <b>Indikator</b>              | QI 9b „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) bei beatmeten Kindern mit Pneumothorax (ohne zuverlegte Kinder)“ |  |                 |
|                               | Selten Pneumothoraces   |  |                 |
| <b>Referenzbereich</b>        | ≤ 2,11 (95.Perzentil, Toleranzbereich)  |  |                 |
| <b>Erfassungsjahr</b>         | <b>2011</b>   | <b>2010</b>  | <b>2009</b>     |
| <b>Ergebnis Krankenhaus 1</b> | 0,00  | 13,8 %   | Entfällt (s.o.) |
| <b>Ergebnis Krankenhaus 2</b> | 0,00  | 12,78 %  |                 |
| <b>Ergebnis Krankenhaus 3</b> | 22,59 %   | 26,84 %  |                 |
| <b>(Ergebnis Bund)</b>        | (0,95)  | (1,00 %)   |                 |
| <b>Maßnahmen</b>              | Nicht erforderlich  | Für alle drei Krankenhäuser: Stellungnahme angefordert,<br>→ Prüfung durch die Arbeitsgruppe<br>→ kollegiale Gespräche |                 |
| Krankenhaus 1                 | Nicht erforderlich  |  |                 |
| Krankenhaus 2                 | Stellungnahme angefordert<br>→ Prüfung durch die Arbeitsgruppe  |  |                 |
| Krankenhaus 3                 | → Prüfung durch die Arbeitsgruppe   |  |                 |
| <b>Bewertung</b>              | Für alle drei Krankenhäuser: Qualitativ unauffällig   | Für alle drei Krankenhäuser: Qualitativ unauffällig mit Verlaufskontrolle  |                 |

#### Ausgangssituation

Die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2009 wurden nicht in den Prozess einbezogen, da die Neonatologie als Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung erst seit dem Erfassungsjahr 2010 bundesweit verpflichtend ist. Ein vergleichbarer medizinischer Sachverhalt mit demselben Qualitätsziel wurde jedoch zuvor auch schon ausgewertet. Dennoch waren Datenfelder, Auslösebedingungen für die Dokumentationspflicht, Plausibilitätsprüfungen, Prüfung der Vollständigkeit und Rechenregeln für den Qualitätsindikator abweichend von der derzeitigen Erhebung anzusehen.

Die Prüfung der eingereichten Stellungnahmen zu einem auffälligen Ergebnis für den Qualitätsindikator 9b „Pneumothorax“ durch die Arbeitsgruppe Perinatalogie/Neonatologie ergab bei drei Einrichtungen Hinweise auf ähnliche Defizite im Beatmungsregime und dem Vorgehen bei der Erstversorgung Neugeborener. Es kam zum Auftreten eines Pneumothorax unter CPAP<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> Einengung der Lunge durch Eindringen von Luft in den Spaltraum der Brusthöhle (Pleuraspalt)

<sup>7</sup> Spezielles Beatmungsverfahren (Continuous Positive Airway Pressure)



### Strukturierter Dialog des Erfassungsjahres 2010

Es wurde ein gemeinsames kollegiales Gespräch von Vertretern aller drei Kliniken mit den Neonatologen der Arbeitsgruppe vorgeschlagen. Dem stimmten alle Klinikvertreter zu.

Folgende Punkte wurden besprochen:

- Erläuterung zur Berechnung für den Qualitätsindikator „Pneumothorax“
- Erläuterung zur Änderung in der Vorgehensweise bei der Behandlung kranker Früh- und Neugeborener (es wird weniger beatmet als früher)
- Besprechung anhand der Fälle: insgesamt wurden vier Fälle aus drei Einrichtungen besprochen
- Verweis auf Standards/Leitlinien zur Erstversorgung von Kindern mit RDS<sup>8</sup>
- Erläuterungen zur Pathophysiologie (zu geringer PEEP<sup>9</sup> fördert eher die Entstehung eines Pneumothorax als ihn zu verhindern)
- Diagnostik des Pneumothorax:  
Durchführung einer Diaphanoskopie (Diagnosemethode) ist möglich. Daneben sind die klinische Beobachtung des symmetrischen Thoraxexkursion und das Röntgen als essentielle Untersuchungsmethoden anzusehen.
- Gefährdete Kinder:  
Neugeborene mit verzögerter Fruchtwasserresorption, Frühgeborene, Neugeborene nach Sectio-Entbindung
- Transport:  
Bei allen Kindern war ein Transport in eine größere Einrichtung erforderlich. Die Kinder sollten für den Transport gut vorbereitet sein, um Eingriffe während des Transportes (z. B. Punktion des Pneumothorax) möglichst nicht durchführen zu müssen.
- Zusammenfassung:  
Der Pneumothorax ist beherrschbar.  
Eine adäquate Beatmung ist erforderlich, es muss mit dem zur Ventilation erforderlichen optimalen Druck und Volumen beatmet werden. Durch den frühzeitigen Einsatz von CPAP kann in vielen Fällen eine mechanische Beatmung vermieden werden.

### Strukturierter Dialog des Erfassungsjahres 2011

Zwei der drei Einrichtungen wiesen im Erfassungsjahr 2011 für diesen Qualitätsindikator ein Ergebnis innerhalb des Referenzbereichs auf.

Eine Einrichtung wurde wegen eines auffälligen Ergebnisses (ein Fall) erneut um Stellungnahme gebeten. Nach Prüfung durch die Arbeitsgruppe konnte die Einrichtung als unauffällig bewertet werden. Die Einrichtung nahm die Stellungnahme zum Anlass, die Umsetzung der besprochenen Maßnahmen darzulegen.

### Fazit

Kollegiale Gespräche und Fortbildungsmaßnahmen zu relevanten Fachthemen haben für die Analyse von Problemen und das Aufzeigen von Verbesserungspotenzial in dem betreffenden Bundesland einen hohen Stellenwert. Als problematisch wird die geringe Verständlichkeit der Rechenregeln für die risikoadjustierten Indikatoren gesehen, insbesondere bei kleinen Fallzahlen.

<sup>8</sup> Respiratory-Distress-Syndrom (Atemnotsyndrom)

<sup>9</sup> Positive End-Expiratory Pressure (Beatmungstechnik)

#### 4.1.4. Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

Die nächsten zwei Fallbeispiele beziehen sich auf den Indikator QI 12a „Sterblichkeit im Krankenhaus“. Dieser Indikator ist ein sogenannter Sentinel-Event-Indikator.

Tabelle 14: Fallbeispiel: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

| Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation |                                       |  |  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| Indikator                           | QI 12a „Sterblichkeit im Krankenhaus“ |  |  |
| Qualitätsziel                       | Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus |  |  |
| Referenzbereich                     | Sentinel-Event                        |  |  |
| Erfassungsjahr                      | 2011                                  | 2010   | 2009   |
| <b>Ergebnis</b> Krankenhaus 1       | 0,7% (Einzelfall)                     | 0,8% (Einzelfall)  | 0%   |
| <b>Ergebnis</b> Krankenhaus 2       | 0,2% (Einzelfall)                     | 0,15% (Einzelfall)   | 0,44% (3Fälle)   |
| <b>(Bundesergebnis)</b>             | (293 Fälle)                           | (274 Fälle)  | (280 Fälle)  |
| <b>Maßnahmen</b>                    |                                       |  |  |
| Krankenhaus 1                       | Stellungnahme angefordert             | Hinweis ( bei Unauffälligkeit nach landesspez. Modifikation des QI (s.u) | Keine Maßnahme   |
| Krankenhaus 2                       | Stellungnahme angefordert             | Hinweis ( bei Unauffälligkeit nach landesspez. Modifikation des QI (s.u) | Hinweis (bei Unauffälligkeit nach landesspez. Modifikation des QI) |
| <b>Bewertung</b>                    |                                       |  |  |
| Krankenhaus 1                       | Qualitativ unauffällig                | Unauffällig mit Verlaufskontrolle  | Qualitativ unauffällig   |
| Krankenhaus 2                       | Qualitativ unauffällig                | Unauffällig mit Verlaufskontrolle  | Unauffällig mit Verlaufskontrolle                                  |

#### Fallbeispiel 1

##### Ausgangssituation

Das betroffene Krankenhaus war im Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 457) mit einem Todesfall bei über 130 Eingriffen rechnerisch auffällig, da es sich um einen Sentinel-Event-Indikator handelt. Im Verfahrensjahr 2010 war das Krankenhaus mit ebenfalls einem Todesfall bei ähnlicher Fallzahl erstmals rechnerisch auffällig, in den Jahren 2006 bis 2009 kamen in der Abteilung keine Todesfälle bei Hüft-Endoprothesen-Erstimplantationen vor.

Die Landesfachgruppe sieht das Führen des Qualitätsindikators als Sentinel Event kritisch und hat deshalb zwei zusätzliche landesspezifische Indikatoren eingeführt, die die Todesfälle mit ASA 1 (relativ gesunde Patienten) und mit ASA 4 (schwer kranke Patienten, bei denen die Indikation zur Hüft-TEP kritisch geprüft werden sollte) „herausfiltern“.

Seitdem im Verfahrensjahr 2011 zusätzlich eine Risikoadjustierung zum Indikator eingeführt wurde, allerdings ohne Referenzbereich, werden die o.g. landesspezifischen Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit nicht mehr verwendet. Die Verhältniszahl wird von der Landesfachgruppe mit in die Betrachtung des Sentinel-Event-Indikators einbezogen.

##### Strukturierter Dialog des Erfassungsjahres 2011

Die zuständige Landesfachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie forderte die Klinik zu einer Stellungnahme auf. Die Klinik legte dar, dass die verstorbene über 80-jährige Patientin postoperativ ein akutes Abdomen entwickelte und unter dem Bild eines Dünndarmileus operiert wurde. Wegen einer Teilnekrose des Dünndarms musste dieser teilreseziert werden, postoperativ kam es zusätzlich zu einem blutenden Ulkus der Kolonschleimhaut. Die

Blutung wurde endoskopisch gestillt. In der Folge entwickelte sich ein progredientes (voranschreitendes) Nieren- und Lungenversagen. Auf Wunsch der Patientin wurde nur noch eine adäquate Schmerztherapie durchgeführt. Die Patientin verstarb an dem Nieren- und Lungenversagen, die eigentliche Todesursache lag nicht in der Implantation der Hüftendoprothese.

Bewertung durch die Landesfachgruppe: Der dargestellte Einzelfall wurde von der Landesfachgruppe vorbehaltlos akzeptiert und das Ergebnis der Abteilung hinsichtlich der Zielsetzung des Indikators als unauffällig eingestuft.

## **Fallbeispiel 2**

### **Ausgangssituation**

Im folgenden Beispiel geht es erneut um den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 457). Eine Klinik war mit einem Todesfall bei nahezu 600 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantationen rechnerisch auffällig. Im Vorjahr hatte die Einrichtung einen Todesfall bei über 650 Erstimplantationen.

Die Landesfachgruppe sieht das Führen des Qualitätsindikators als Sentinel Event kritisch und hat deshalb zwei zusätzliche landesspezifische Indikatoren eingeführt, die die Todesfälle mit ASA 1 (relativ gesunde Patienten) und mit ASA 4 (schwer kranke Patienten, bei denen die Indikation zur Hüft-TEP kritisch geprüft werden sollte) „herausfiltern“.

Seitdem im Verfahrensjahr 2011 zusätzlich eine Risikoadjustierung zum Indikator eingeführt wurde, allerdings ohne Referenzbereich, werden die o.g. landesspezifischen Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit nicht mehr verwendet. Die Verhältniszahl wird von der Landesfachgruppe mit in die Betrachtung des Sentinel-Event-Indikators einbezogen.

### **Strukturierter Dialog des Erfassungsjahres 2011**

Auch diese Klinik wurde zur Stellungnahme aufgefordert und stellte dar, dass es sich bei dem verstorbenen Patienten um einen multimorbiden (mehrfacherkranken) 71-jährigen Mann handelte: Der Patient hatte ein Bronchialkarzinom, Zustand nach Teilresektion der Lunge, eine chronisch-obstruktive Lungenerkrankung Stadium IV, einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ II und weitere Erkrankungen. Der Patient hatte einen ausgeprägten Leidensdruck und den dringenden Wunsch nach einer Operation wegen für ihn nicht mehr tolerabler Hüftschmerzen, die sich für ihn nicht suffizient medikamentös einstellen ließen. Nach Risikoeinschätzung durch die Anästhesisten wurde mehrfach – erfolglos – versucht, ihn umzustimmen. Schließlich wurde er nach umfangreicher Vorbereitung operiert. Trotz großem Einsatz der Intensivärzte verschlechterte sich der Gasaustausch des Patienten am ersten postoperativen Tag, der Patient musste intubiert werden und verstarb am Folgetag.

Bewertung durch die Landesfachgruppe: Die Fachgruppe schätzte die Sorgfalt, mit der die beteiligten Ärzte die Operationsindikation gestellt und sich um den Patienten bemüht hatten, hoch ein. Sie akzeptierte auch diesen Einzelfall ohne Vorbehalte und stufte die Klinik hinsichtlich dieses Qualitätsindikators als qualitativ unauffällig ein.

### **Fazit**

Die beiden beschriebenen Todesfälle sind zwei Beispiele dafür, dass einer rechnerischen Auffälligkeit oft kein qualitativer Mangel zugrunde liegt. Die Landesfachgruppe betrachtet diesen Indikator kritisch, denn es sei für die externe Qualitätssicherung nicht zielführend, den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ bei der Hüftprothesen-Erstimplantation als Sentinel-Event-Indikator zu führen.

## 4.2. Ergebnisse bei Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich

Auch in diesem Jahr wurden erneut Strukturierte Dialoge zu 27 Qualitätsindikatoren geführt, für die es keinen festgelegten Referenzbereich gab. Insgesamt handelte es sich um 263 Strukturierte Dialoge. Die Gründe für dieses Vorgehen beruhen auf unterschiedlichen Ausgangssituationen. Das liegt zum einen daran, dass es z.B. für diese speziellen Indikatoren eine Änderung in der Messmethodik gab und sich die Experten der Fachgruppen ansehen wollten, wie sich die Weiterentwicklung des Indikators im Strukturierten Dialog auswirkt. In vielen Fällen wurden zu diesen Indikatoren bereits schon in den Vorjahren reguläre Strukturierte Dialoge (vormals mit Referenzbereich versehener Indikator) geführt. Anhand der Vorjahresergebnisse lässt somit eine longitudinale Betrachtung mit den Ergebnissen des aktuellen Jahres einige für die Qualitätssicherung relevante Rückschlüsse zu.

Andere von diesen Indikatoren ohne Referenzbereich haben einen direkten logischen Bezug zu einer anderen Indikatorengruppe aus dem Leistungsbereich, insofern wurde hierzu in besonderen Ausnahmefällen ebenfalls ein Strukturierter Dialog geführt.

Ein weiterer Grund für die Einleitung des Strukturierten Dialogs war, dass es sich um einen neu entwickelten Indikator handelt, für den noch kein Referenzbereich definiert wurde. Durch den stichprobenartigen Einsatz im Strukturierten Dialog und den dazu übermittelten Stellungnahmen seitens der Krankenhäuser können Erkenntnisse gewonnen werden, wie der Referenzbereich sinnvoll anzulegen ist.

Weitere Informationen dazu, z.B. Entscheidung und Begründungen der Landesarbeitsgruppen zur Durchführung eines Strukturierten Dialogs bei Indikatoren ohne Referenzbereich, sind in den einzelnen Länderberichten zu finden.

## 4.3. Landesspezifika

Neben den von der Bundesebene vorgegebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen werden in den einzelnen Bundesländern zusätzlich landesspezifische qualitätssichernde Projekte durchgeführt. Dabei werden vielfach eigens weiterentwickelte Qualitätsindikatoren ausgewertet und mit in den Strukturierten Dialog einbezogen. Weiterhin sind zudem komplett andere Leistungsbereiche inklusive deren Datenerhebung Teil von landesspezifischen Maßnahmen. So führen zum Beispiel drei Landesgeschäftsstellen seit Jahren ein Qualitätssicherungsverfahren für die Schlaganfallversorgung durch. Weitere Projekte die der Qualitätssicherung auf Landesebene unterliegen sind beispielsweise die Bereiche Anästhesie, im Krankenhaus erworbene Infektionen (MRSA<sup>10</sup>), die Radiologie und der Themenschwerpunkt Patientensicherheit.

Um die Akzeptanz der Qualitätssicherung zu fördern und die Ergebnisse aufzuzeigen, werden in den meisten Bundesländern die erzielten Erfolge in sogenannten Ergebniskonferenzen dargestellt. Ausrichter der Konferenzen sind die jeweiligen Projektgeschäftsstellen des Landes. An den Konferenzen nehmen alle beteiligten Akteure, so auch die Leistungserbringer, Fachexperten (zu besonderen Themenschwerpunkten) und Vertreter von anderen Landesgeschäftsstellen, teil. Die dort vorgestellten Ergebnisse werden ebenfalls in den Fachgremien beachtet und z.T. in Fachzeitschriften publiziert. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse - nach Abschluss des Strukturierten Dialogs - wird ebenfalls jährlich von den einzelnen Landesgeschäftsstellen in einem schriftlichen Bericht an den Gemeinsamen Bundesausschuss übermittelt.

Andere landesspezifische Maßnahmen beziehen sich hingegen auf das organisatorische und administrative Vorgehen im Strukturierten Dialog. So verzichtet eine Landesgeschäftsstelle z.B. auf die Anonymisierung der Krankenhäuser vor den Fachgruppenmitgliedern auf Landesebene. Dies dient dem Zweck, die Kenntnisse der Fachgruppenmitglieder bezüglich eines Krankenhauses in die Bewertung mit einfließen zu lassen.

Eine weitere Geschäftsstelle wählt jährlich Schwerpunktindikatoren aus, für die landesweite Ziele definiert werden. In der Folge werden bei rechnerischen Auffälligkeiten dieser Qualitätsindikatoren vorher festgelegte

---

<sup>10</sup> Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

Maßnahmen vermehrt durchgeführt (z. B. Besprechungen, Begehungen und Zielvereinbarungen). Die Ergebnisse scheinen sich durch dieses Vorgehen deutlich zu verbessern, was die Effektivität der zusätzlichen Maßnahmen im Strukturierten Dialog bestätigt.

Ein weiteres Bundesland hat es sich zur Aufgabe gemacht, im Leistungsbereich *Geburtshilfe* sämtliche mütterliche Sterbefälle im Rahmen von kollegialen Gesprächen mit der betroffenen Einrichtung und mit Vertretern der Fachgruppe zu analysieren um dann gegebenenfalls Verbesserungsmaßnahmen anzuregen.

Ein unterjähriges Feedback zu den laufenden Ergebnissen kann wiederum eine andere Landesgeschäftsstelle den Krankenhäusern zur Verfügung stellen. Diese und andere landesspezifischen Maßnahmen und Vorgehensweisen können Weiterentwicklungen auf Bundesebene initiieren. Insbesondere landesspezifische Qualitätsindikatoren werden in den Bundesfachgruppen – in denen auch jeweils Vertreter der Landesebene sitzen – diskutiert und gegebenenfalls bundesweit umgesetzt.

Detaillierte Angaben zu den Ergebnissen von landesspezifischen Kennzahlen finden sich in den eigenen Berichten der entsprechenden Landesgeschäftsstellen.

#### **4.4. Empfehlungen aus den Landesgeschäftsstellen**

Ein Ziel der externen Qualitätssicherung ist, die kontinuierliche Verbesserung der Behandlungsqualität in Krankenhäusern zu fördern. Daher sind ebenso die Landesgeschäftsstellen in ihren Berichten zum Strukturierten Dialog angehalten, mögliche Verbesserungspotenziale für den Strukturierten Dialog und die Leistungsbereiche darzustellen, damit diese auf Bundesebene diskutiert und gegebenenfalls umgesetzt werden können. Die Berichte der Länder werden dem AQUA-Institut am 15. März eines Jahres zur Verfügung gestellt. Die Vorschläge beziehen sich im Wesentlichen auf folgende Themen:

- organisatorische Belange,
- Entscheidungsprozesse auf Bundesebene.
- Berichtswesen.

##### **4.4.1. Empfehlungen zu einzelnen Leistungsbereichen**

Neben Empfehlungen zu dem Verfahren der Qualitätssicherung insgesamt, äußern die Landesgeschäftsstellen in ihren Berichten zu den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs Vorschläge zu einzelnen Leistungsbereichen. Die dort erwähnten Punkte werden vom AQUA-Institut aufgearbeitet und finden Berücksichtigung in den Diskussionen zur Systempflege und Weiterentwicklung in den entsprechenden Bundesfachgruppen. Ein Großteil der Vorschläge bezieht sich auf die Festlegung bzw. Änderung von Referenzwerten, Weiterentwicklung einzelner Indikatoren und Berücksichtigung medizinischer sowie medizintechnischer Innovationen in dem jeweiligen Fachgebiet. Im Folgenden sind exemplarisch Empfehlungen zu einzelnen Leistungsbereichen aufgeführt.

##### **Orthopädie und Unfallchirurgie**

Einige Landesgeschäftsstellen berichten, dass der Kellgren & Lawrence Score zur röntgenologischen Stadieneinteilung bei Gelenkarthrose vermehrt zu Problemen bei der Anwendung in den Krankenhäusern führt. Im Strukturierten Dialog stellte sich heraus, dass vielfach Schulungen zur korrekten Anwendung notwendig sind. Da die aktuelle S 3 Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und des Berufsverbandes der Ärzte für Orthopädie (BVO) die Verwendung dieses Scores empfiehlt, sollte dieser Aspekt auch zukünftig im Strukturierten Dialog besonders beachtet werden.

##### **Ambulant erworbene Pneumonie**

Im Leistungsbereich *Ambulant erworbene Pneumonie* wurde für das Erfassungsjahr 2011 der Qualitätsindikator QI 9 „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ eingeführt. Dieser Parameter ermöglicht in Einheit mit weiteren Faktoren eine prognostische Abschätzung des Genesungsverlaufs. Zwei Landesgeschäftsstellen merkten zu dem Referenzbereich von  $\leq 2\%$  an, dass dieser zu niedrig angesetzt sei, da rund 3/4 der Krankenhäuser rechnerisch auffällig würden. Die Mitglieder der Bundesfachgruppe sind der Auffassung, dass die Bestimmung

der Atemfrequenz zur Standardprozedur bei Patienten mit Pneumonie gehören sollte und daher in allen Fällen durchzuführen ist. Zudem richtet sich die Festlegung eines Referenzbereiches nicht nach dem Qualitätsdefizit, also der Anzahl rechnerisch auffälliger Krankenhäuser, sondern nach dem Qualitätsziel, also dem, was als gute Qualität angesehen wird.

### **Kardiologische Leistungsbereiche**

Für den Leistungsbereich *Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel* wurde für QI 4b, „Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden“ vorgeschlagen, linksventrikuläre Sonden aus der Berechnung auszuschließen. Grund hierfür ist, dass diese Sonden keine Wahrnehmungsfunktion haben und somit eine Amplitudenbestimmung hinfällig ist. Bei Geräten bestimmter Hersteller sei die Bestimmung nach Implantation technisch gar nicht möglich. Schwierig zu handhaben sei der Algorithmus von QI 2 „Leitlinienkonforme Systemwahl“ des Leistungsbereichs *Implantierbare Defibrillatoren - Implantation*. Dieser sei aufgrund der Komplexität kaum nachvollziehbar, wie eine Geschäftsstelle anmerkte. Zudem gab es Fälle, bei denen der Indikator eine rechnerische Auffälligkeit anzeigte, die Systemwahl jedoch im Strukturierten Dialog für leitlinienkonform befunden wurde. Daher müsste der Algorithmus erneut geprüft werden. Da viele Herzschrittmachereingriffe mittlerweile ambulant durchgeführt werden, betont eine Geschäftsstelle den zusätzlichen Nutzen eines sektorenübergreifenden Follow-up-Verfahrens.

## **4.5. Kommentierung der Ergebnisse**

Nach nunmehr 12 Jahren Anwendung des QS-Verfahrens Strukturiertes Dialog ist für eine Reihe von Indikatoren eine positive Entwicklung in Richtung der jeweils definierten Qualitätsziele zu verzeichnen. Ergebnisverbesserungen in der Gesamtbetrachtung über das komplette Verfahren konkret darzustellen, ist jedoch nur eingeschränkt möglich, da die Verbesserungen häufig nur punktuell zu verzeichnen sind. Durch die im Bericht dargestellten Fallbeispiele wurde dies zum Teil deutlich. Das Qualitätsniveau kann überwiegend als gut beschrieben werden. Dennoch entsprachen auch in diesem Jahr etliche Ergebnisse noch nicht den Vorgaben.

Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zeigen in der Gesamtbetrachtung eine nach wie vor große Diskrepanz zwischen rein rechnerischen und tatsächlichen, qualitativen Auffälligkeiten. Das bedeutet, dass von rechnerischen Auffälligkeiten nicht eindeutig auf tatsächliche Qualitätsmängel geschlossen werden kann. Die Ursachen für die Unterschiede können jedoch vielfältige Auslöser haben.

Neben medizinischen Gründen, wie beispielsweise Auffälligkeiten durch besondere Einzelfälle oder bei schicksalhaften Krankheitsverläufen, sind auch Probleme im Zusammenhang mit der Dokumentation sowie der technischen Datenübermittlung für rechnerische Auffälligkeiten verantwortlich.

Gründe für Schwierigkeiten zur Umsetzung der QS-Dokumentation können grundsätzliche Informationsdefizite und/oder unzureichende Ausfüllhinweise bei den Datenfeldern sein. Bemerkbar machen sich zudem fehlende Arbeitsanweisungen und strukturelle Probleme wie z.B. die knappe personelle Besetzung der Wochenenddienste und damit verbunden die Problematik eine korrekte Dokumentation sicherstellen zu können. 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 Informationsdefiziten und somit zur Fehldokumentation und daher zu falsch ausgelösten Auffälligkeiten führen.

Eine Sonderstellung in Bezug auf die Dokumentation nehmen die Patienten mit multiplen Begleiterkrankungen ein, die interdisziplinär behandelt werden. Hier ist die Dokumentationspflicht einrichtungsintern nicht immer eindeutig geregelt.

Die geschlossenen Zielvereinbarungen zeigen aber auch, dass andere Mängel in den Prozessen oder Strukturen der jeweiligen Einrichtungen die Ursachen für rechnerische Auffälligkeiten sein können. Durch die akribische Analyse der angeforderten Stellungnahmen sowie den interkollegialen Austausch bei den Besprechungen und Begehungen werden die Defizite sichtbar. Eine Vielzahl von Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter in den Abteilungen erhielten im Rahmen des Strukturierten Dialogs brauchbare Hinweise für Verbesserungsmaßnahmen.

## 5. Schlussfolgerungen und Ausblick

Wenngleich sich das gute Qualitätsniveau in diesem Jahr erneut bestätigt, so konnten dennoch auch in diesem Jahr durch den Strukturierten Dialog und das Datenvalidierungsverfahren wieder Erkenntnisse für zahlreiche Verbesserungsmaßnahmen für die jeweiligen Leistungsbereiche gewonnen werden. Neben Anpassungen von Rechenregeln oder/und Änderungen der Referenzbereiche bei ausgewählten Indikatoren<sup>11</sup> sowie Korrekturen von Datenfeldern und Ausfüllhinweisen in den einzelnen Modulen, wurden auch übergreifende Optimierungsansätze für die QS-Verfahren erkannt.

### 5.1. Optimierungsansätze

#### 5.1.1. Einstufung von außergewöhnlich guten Ergebnissen

In § 10 „Erkennung von rechnerischen Auffälligkeiten in den Krankenhäusern“ der QSKH-Richtlinie wird in Abs. 1 beschrieben, dass auch Ergebnisse zu Qualitätsindikatoren geprüft werden sollen, die außergewöhnlich gut erscheinen: „Die Ergebnisse eines Krankenhauses gelten als negativ oder positiv auffällig, wenn entweder ein Verdacht auf relevante Mängel in der Versorgungsqualität eines Krankenhauses besteht oder wenn die Versorgungsqualität eines Krankenhauses außergewöhnlich gut erscheint.“

Diese Vorgabe der Richtlinie wird nicht einheitlich umgesetzt. Teilweise legen die Experten der jeweiligen Fachgruppen fest, was als „zu positiv“ pro Indikator einzustufen ist und erstellen dazu im Rahmen des Strukturierten Dialogs abgestimmte Fragenkataloge, welche an die Krankenhäuser versendet werden.

Das Ziel ist es, aus der Beantwortung nützliche Hinweise zu Behandlungsprozessen oder anderen Abläufen zu bekommen, die nach dem Prinzip „Lernen von den Besten“ gegebenenfalls weiteren Einrichtungen gute Ideen für interne Verbesserungen liefern können.

Ein einheitliches Vorgehen zu den außergewöhnlich guten Ergebnissen ist hier anzustreben um Verzerrungen bei den Auswertungsergebnissen zu vermeiden.

#### 5.1.2. Neue Bewertungssystematik

Die Projektgruppe Leitfaden, bestehend aus einigen Vertretern der Landesqualitätssicherungsbüros und des AQUA-Instituts, trifft sich in regelmäßigen Abständen um Prozessschritte für die Qualitätssicherungsinstrumente „Strukturierter Dialog“ und „Datenvalidierung“ abzustimmen. So wurde es unter anderem als wichtig erachtet das bestehende Bewertungsschema zu überarbeiten. Ziel war die weitestmögliche Standardisierung des Verfahrens, um letztlich bundesweit eine höhere Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu erhalten.

Zur Erprobung der neuen Systematik wurden diverse Fallkonstellationen zu rechnerischen Auffälligkeiten in verschiedenen Leistungsbereichen durchgespielt. Offene Fragen, die sich dabei ergaben wurden ausführlich diskutiert und anschließend Empfehlungen zu auftretenden Fällen konsentiert, um eine möglichst einheitliche Vorgehensweise in der Anwendung bzw. bei der Vergabe der Einstufungen zu erzielen.

In der veränderten Bewertungssystematik werden die gewählten Einstufungskategorien nun zusätzlich mit einer konkreten Begründung versehen. Somit soll eine differenzierte und angemessenere Beurteilung erfolgen. Die Ursache für die identifizierte Auffälligkeit wird transparenter abgebildet. Patienten können nun in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser zu den veröffentlichungspflichtigen Indikatoren verständlichere Informationen zu den Ergebnissen erhalten.

<sup>11</sup> siehe Qualitätsreport 2011 ab Seite 220 <http://www.sqg.de/themen/qualitaetsreport/index.html>

Die nachstehende Grafik skizziert das Vorgehen bei rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatoren mit den dazugehörigen neuen Bewertungskategorien.

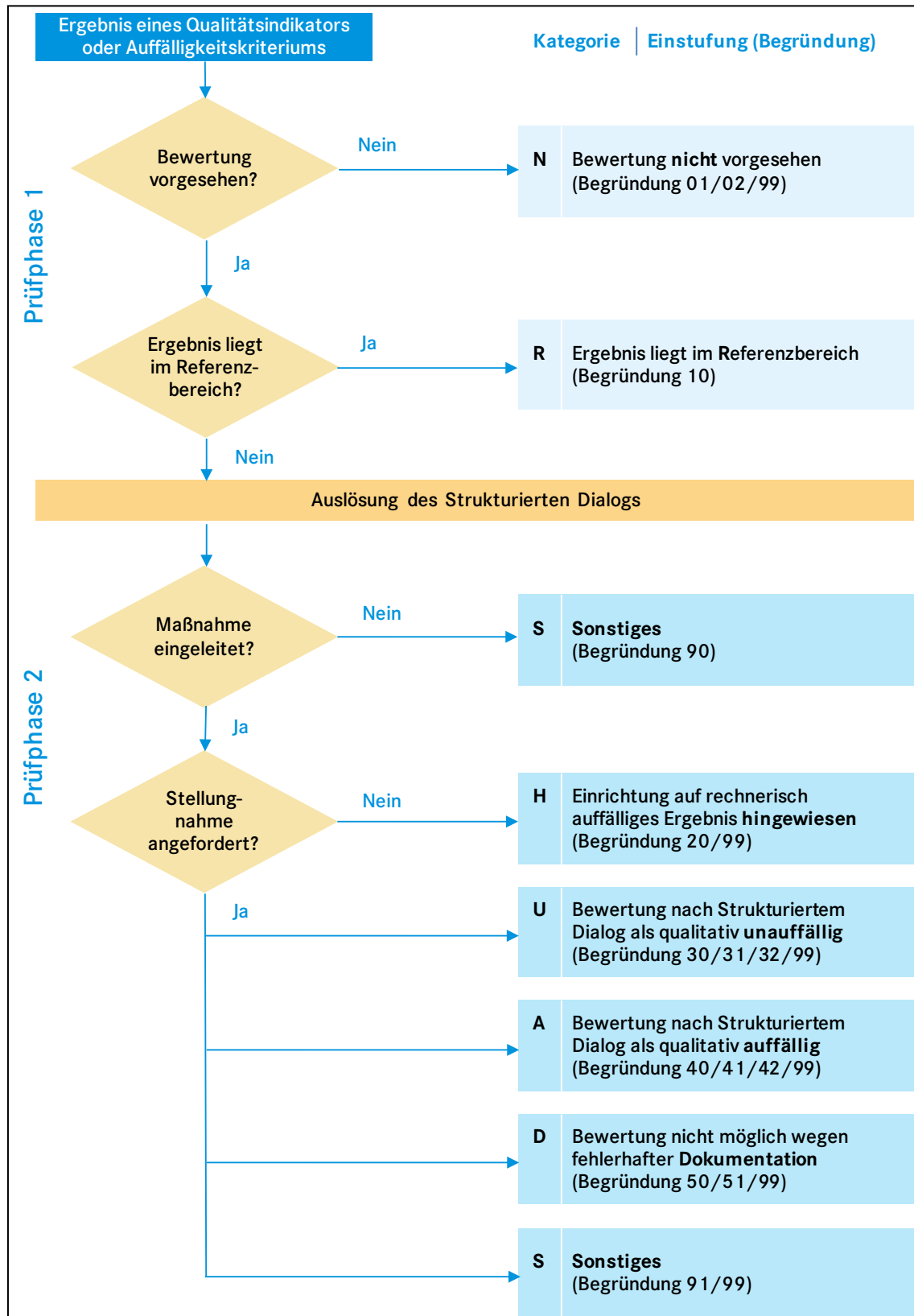


Abbildung 11: Anwendung für das neue Bewertungsschema



Tabelle 15: Neues Bewertungsschema für den Strukturierten Dialog

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

### 5.1.3. Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs

Die QSKH-Richtlinie regelt, in welcher Form der Strukturierte Dialog durchgeführt werden muss. Die häufigste Kritik an dem bestehenden Vorgehen ist, dass zu viele rechnerische Auffälligkeiten mittels Stellungnahmeverfahren geprüft werden müssen, nach der erfolgten und zeitintensiven Prozedur am Ende jedoch nur ein geringer Teil der Ergebnisse als qualitativ auffällig eingestuft wird. Der Aufwand ist somit in Bezug auf den Nutzen fraglich. Außerdem werden die bisher erzielten Verbesserungsmaßnahmen nicht deutlich mess- und sichtbar.

Aufgrund dessen hat im März 2013 ein erster Workshop der Arbeitsgruppe Externe stationäre Qualitätssicherung des G-BA stattgefunden. Ziel war es, potenzielle Optimierungsansätze zu identifizieren und ein weiteres verbessertes Vorgehen abzustimmen.

### 5.1.4. Transplantationen – Einführung einer Worst-Case-Analyse im Follow-up

In diesem Jahr wird erstmalig zum Erfassungsjahr 2012 zu den Überlebens- bzw. Sterblichkeitsraten im 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up in den Transplantationsverfahren der sogenannte Worst Case als Indikatorergebnis ausgewiesen. Das bedeutet, dass Patienten als verstorben gezählt werden, zu denen keine Follow-up-Informationen zum Überlebensstatus vorliegen. Die Indikatoren messen demnach tatsächliche und aufgrund mangelhafter Dokumentation vermutete Todesfälle. Somit treffen die Worst-Case-Indikatoren eine Aussage über die Dokumentations- und Nachsorgequalität der Transplantationszentren.

Sollten die Ergebnisse bei den Indikatoren mit Referenzwert rechnerisch auffällig sein, ist im Strukturierten Dialog zu klären, ob dies auf hohe Sterblichkeitsraten oder auf nicht verfügbare Angaben zum Überlebensstatus im Follow-up zurückzuführen ist.

Aufgrund der neu eingeführten Worst-Case-Indikatoren, die bisher keiner Veröffentlichungspflicht unterliegen, ist für das Erfassungsjahr 2012 bei den Überlebens- bzw. Sterblichkeitsraten im 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up mit einem deutlichen Anstieg an rechnerischen Auffälligkeiten zu rechnen.

## 5.2. Fazit

Der Umfang und der Inhalt dieses Berichtes lassen bereits darauf schließen, wie aufwendig die Arbeiten in den QS-Verfahren erneut für das Erfassungsjahr 2011 gewesen sind. Wengleich durch den Bericht nur Teilaspekte sichtbar werden, so wird zumindest deutlich spürbar, wie viele Personen an der stationären Qualitätssicherung beteiligt sind.

Die im Großen und Ganzen wirklich gute kooperative Mitarbeit der Einrichtungen ist u.a. auf das besondere Engagement der verantwortlichen Krankenhausmitarbeiter zurückzuführen sowie auf die gute Vorbereitung zur Verfahrensdurchführung der betreuenden Stellen. Sowohl die Bundes- wie auch die Landesebene haben in diesem Jahr die Strukturierten Dialoge weitestgehend fristgerecht abgeschlossen. Neben den verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen, führten die Landesgeschäftsstellen zudem noch eigene Projekte zur medizinischen Qualitätsverbesserung durch, die bereits im vorstehenden Kapitel beispielhaft genannt worden sind.

Einen besonderen Part zum guten Gelingen des Strukturierten Dialogs nehmen die Experten der Fach- und Bundesfachgruppen ein, ihnen sei an dieser Stelle herzlichst gedankt. Die wegweisenden und wichtigen Impulse lieferten wie üblich alle Vertreter der beteiligten Organisationen.