



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bericht zum Strukturierten Dialog 2016

Erfassungsjahr 2015

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Mai 2017

Impressum

Thema:

Bericht zum Strukturierten Dialog 2016 – Erfassungsjahr 2015

Autorinnen und Autoren:

Dr. F. große Deters, M. Dost, Dr. G. Heinze, A. Mertens

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

15. Mai 2017, geänderte Version vom 24. Juli 2017

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	6
Abkürzungsverzeichnis.....	10
QS-Verfahren in der externen Qualitätssicherung.....	11
1 Einleitung.....	14
2 Methodik	16
2.1 Grundlagen.....	16
2.2 Zuständigkeiten.....	18
2.3 Rechnerische Auffälligkeiten.....	19
2.4 Bearbeitung und Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten	20
2.4.1 Fachgruppenarbeit.....	20
2.4.2 Bewertung.....	22
2.4.3 Ergebniseinstufungen.....	23
2.5 Datenvalidierung.....	24
Teil A Ergebnisperspektive	26
3 Ergebnisse des Strukturierten Dialogs	27
3.1 Versorgungsbereiche	27
3.1.1 Gefäßchirurgie.....	27
3.1.2 Pneumonie	29
3.1.3 Herzschrittmacher und Defibrillatoren	30
3.1.4 Kardiologie	34
3.1.5 Herzchirurgie	36
3.1.6 Transplantationsmedizin.....	39
3.1.7 Gynäkologie.....	42
3.1.8 Mammachirurgie.....	44
3.1.9 Perinatalmedizin	46
3.1.10 Orthopädie und Unfallchirurgie	48
3.1.11 Pflege.....	50

Teil B	Verfahrensperspektive	52
4	Betrachtung der Prozesse des Strukturierten Dialogs	53
4.1	Überblick	53
4.2	Versorgungsbereiche	66
4.2.1	Gefäßchirurgie.....	66
4.2.2	Pneumonie	68
4.2.3	Herzschrittmacher und Defibrillatoren	70
4.2.4	Kardiologie	79
4.2.5	Herzchirurgie	82
4.2.6	Transplantationsmedizin.....	86
4.2.7	Gynäkologie.....	96
4.2.8	Mammachirurgie.....	99
4.2.9	Perinatalmedizin	102
4.2.10	Orthopädie und Unfallchirurgie	106
4.2.11	Pflege.....	115
5	Fazit	117

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs.....	23
Tabelle 2: Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit – alle QS-Verfahren (EJ 2015).....	25
Tabelle 3: Maßnahmen und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt) für die Erfassungsjahre 2015 und 2014 im Vergleich.....	54
Tabelle 4: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland	58
Tabelle 5: Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren	60
Tabelle 6: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland	64

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitlicher Ablauf des Strukturierten Dialogs.....	17
Abbildung 2: Zuständigkeiten der beteiligten Akteure.....	18
Abbildung 3: Überblick über die zur Verfügung stehenden Maßnahmen im Strukturierten Dialog	21
Abbildung 4: Strukturiertes Dialog – Prüfschritte zur Ergebniseinstufung	22
Abbildung 5: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 9 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Karotis-Revaskularisation betrachtet.	27
Abbildung 6: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 9 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Ambulant erworbene Pneumonie betrachtet.	29
Abbildung 7: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 39 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Herzschrittmacher und Defibrillatoren betrachtet.	31
Abbildung 8: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 15 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) betrachtet.....	34
Abbildung 9: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 16 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Herzchirurgie betrachtet.	36
Abbildung 10: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 53 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Transplantationsmedizin betrachtet.	39
Abbildung 11: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 8 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) betrachtet.	42
Abbildung 12: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 7 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Mammachirurgie betrachtet.	44
Abbildung 13: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 19 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Perinatalmedizin betrachtet.....	46
Abbildung 14: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 31 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Orthopädie und Unfallchirurgie betrachtet.	48

Abbildung 15: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 2 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Pflege: Dekubitusprophylaxe betrachtet.....	50
Abbildung 16: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum EJ 2015	55
Abbildung 17: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland – ohne weiterführende Maßnahmen.....	56
Abbildung 18: Weiterführende Maßnahmen je Bundesland – Besprechung, Begehung, Zielvereinbarung	57
Abbildung 19: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland	63
Abbildung 20: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation	67
Abbildung 21: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie	70
Abbildung 22: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Implantation.....	74
Abbildung 23: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel.....	75
Abbildung 24: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	76
Abbildung 25: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	77
Abbildung 26: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	78
Abbildung 27: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	79
Abbildung 28: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	81
Abbildung 29: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch).....	83

Abbildung 30: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	84
Abbildung 31: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Koronarchirurgie, isoliert.....	85
Abbildung 32: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	86
Abbildung 33: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Herztransplantation	88
Abbildung 34: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	90
Abbildung 35: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Lungen- und Herz-Lungen transplantation.....	91
Abbildung 36: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Lebertransplantation.....	92
Abbildung 37: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Leberlebenspende	93
Abbildung 38: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Nierentransplantation	94
Abbildung 39: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Nierenlebenspende	95
Abbildung 40: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien).....	98
Abbildung 41: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Mammachirurgie	101
Abbildung 42: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Geburtshilfe	103
Abbildung 43: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Neonatologie	105
Abbildung 44: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	108
Abbildung 45: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftendoprothesenversorgung	111
Abbildung 46: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Knieendoprothesenversorgung	114

Abbildung 47: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren
nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Pflege:

Dekubitusprophylaxe 116

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AQUA	AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
LQS	Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
PCI	Perkutane Koronarintervention
QI	Qualitätsindikator
QI-ID	Identifikationsnummer eines Qualitätsindikators
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
SD	Strukturierter Dialog
SGB	Sozialgesetzbuch

QS-Verfahren in der externen Qualitätssicherung

Versorgungsbereich	QS-Verfahren	Beschreibung
Gefäßchirurgie	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Pneumonie	Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Herzschrittmacher und Defibrillatoren	Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
	Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Kardiologie	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Koronarangiographie: Kathetergestützte Untersuchung zur Darstellung der Herzkranzgefäße (auch Herzkatheter) Perkutane Koronarintervention (PCI): Behandlungsmethode, bei der verengte Herzkranzgefäße mittels eines speziellen Eingriffs behandelt werden

Versorgungsbereich	QS-Verfahren	Beschreibung
Herzchirurgie	Koronarchirurgie, isoliert	Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)
	Aortenklappenchirurgie, isoliert	Ersatz der Aortenklappe (offen-chirurgisch)
		Implantation einer Aortenklappe (kathetergestützt)
	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aortenklappe
Transplantationsmedizin	Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme	Transplantation eines Herzens von einem Organspender zu einem Empfänger oder Implantation eines Herzunterstützungssystems
	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	Transplantation einer oder beider Lungen bzw. von Herz und Lunge gemeinsam von einem Organspender zu einem Empfänger
	Lebertransplantation	Transplantation einer Leber oder eines Lebersegments von einem Organspender zu einem Empfänger
	Leberlebenspende	Entnahme eines Lebersegments von einem Spender für einen Empfänger
	Nierentransplantation	Transplantation einer Niere von einem Organspender zu einem Empfänger
	Nierenlebenspende	Entnahme einer Niere von einem Spender für einen Empfänger
	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	Transplantation der Bauchspeicheldrüse bzw. gleichzeitige Transplantation einer Bauchspeicheldrüse und einer Niere von einem Spender zu einem Empfänger

Versorgungsbereich	QS-Verfahren	Beschreibung
Perinatalmedizin	Geburtshilfe	Betreuung der Schwangeren, Geburtsverlauf und Komplikationen
	Neonatologie	Versorgung von Neu- und Frühgeborenen
Gynäkologie	Gynäkologische Operationen	Operationen in der Frauenheilkunde (ohne Hysterektomien)
Mammachirurgie	Mammachirurgie	Operation an der Brust
Orthopädie und Unfallchirurgie	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks
	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen bzw. Austausch einer Prothese oder eines Prothesenteils im Bereich der Hüfte
	Knieendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen bzw. Austausch einer Prothese oder eines Prothesenteils im Bereich des Knies
Pflege	Pflege: Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs während eines stationären Aufenthalts

1 Einleitung

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

Im vorgelegten Bericht sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs bzw. die durchgeführten Maßnahmen in den indirekten Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) auf Landesebene und den direkten QS-Verfahren auf der Bundesebene zum Erfassungsjahr 2015 dargestellt. Der Bericht hat das Ziel, die Arbeit aller am Strukturierten Dialog Beteiligten möglichst umfassend und transparent zu präsentieren. Anhand der Daten und Statistiken werden Ereignisse, Entwicklungen und Tendenzen in den bundesweit verpflichtenden QS-Verfahren dargestellt. Dies gestattet in abschließenden Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten eine Einschätzung zur Behandlungs- und Prozessqualität in den teilnehmenden Krankenhäusern.

Die Strukturierten Dialoge mit den Krankenhausstandorten¹ für das Erfassungsjahr 2015 fanden im Jahr 2016 statt. Die Durchführung in den indirekten QS-Verfahren wurde durch die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) realisiert; für die herzchirurgischen Verfahren führte das IQTIG im Jahr 2016 den Strukturierten Dialog mit den Krankenhausstandorten. Für die sieben Transplantationsverfahren wurde der Strukturierte Dialog im Jahr 2016 durch das AQUA-Institut² im Auftrag und unter der Gesamtverantwortung des IQTIG durchgeführt.

Basis dieses Berichts sind die von den LQS und vom AQUA-Institut übermittelten sowie die vom IQTIG generierten Ergebnisse der Strukturierten Dialoge zu den Erfassungsjahren 2014 und 2015. Ergänzende Informationen sind den gemäß § 15 Abs. 1–3 QSKH-RL erstellten Abschlussberichten der Landes- und Bundesebene entnommen.

Der Bericht unterscheidet sich in einer Reihe von Details von den Berichten der letzten Jahre. Es werden erstmalig die rechnerischen und qualitativen Auffälligkeiten des Vorjahres standortbezogen berichtet. Weiterhin ist der Bericht in zwei Betrachtungsperspektiven aufgeteilt: Teil A des vorliegenden Berichts widmet sich der Ergebnisbetrachtung, in Teil B stehen das Verfahren und die damit assoziierten Prozesse im Fokus. Im Anhang finden sich dementsprechend einerseits die detaillierten Ergebnisse zu allen überprüften Qualitätsindikatoren und andererseits eine nach Bundesländern differenzierte Darstellung der durchgeführten Maßnahmen und Ergebniseinstufungen für jedes QS-Verfahren.

In einem gesonderten „Bericht zur Datenvalidierung 2016 – Erfassungsjahr 2015“ werden die Ergebnisse der parallel stattfindenden Datenvalidierung (Statistische Basisprüfung und Stichprobenprüfung vor Ort) dargestellt. Da die dokumentierten und übermittelten Daten die unverzichtbare Voraussetzung für die Beurteilung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und damit

¹ Im vorliegenden Bericht werden die Bezeichnungen „Krankenhausstandorte“ und „Standorte“ synonym für Leistungserbringer nach der QSKH-RL verwendet.

² AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH; bis 31. Dezember 2015 die zuständige Institution nach § 137a SGB V (Stand vom 1. Januar 2012).

der Behandlungsqualität sind, beinhaltet dieser Bericht eine kurze Zusammenfassung der dort ausführlich dargestellten Ergebnisse.

2 Methodik

2.1 Grundlagen

Der Strukturierte Dialog soll dazu dienen, durch signifikante, valide und vergleichbare Erkenntnisse die Qualität von Krankenhausleistungen zu sichern und bei Bedarf zu verbessern. Die Grundlagen dazu sind in der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern³ des Gemeinsamen Bundesausschusses verankert.

Durch Fragestellungen wie

- Erfolgte eine angemessene Indikationsstellung für die Leistungserbringung?
- War die Durchführung angemessen?
- Waren die strukturellen und sächlichen Voraussetzungen zur Erbringung der Leistung erfüllt?
- Wie war die Ergebnisqualität?

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

Um Verbesserungen zu erreichen, werden mit Einverständnis der Krankenhausstandorte – zu meist in kollegialen Gesprächen und/oder Begehungen – konkrete Zielvereinbarungen geschlossen. Diese führen dann zu einer längerfristigen Beobachtung und Unterstützung durch die jeweils für den Strukturierten Dialog zuständige Stelle. Alle in diesem Rahmen gewonnenen Erkenntnisse, dienen darüber hinaus der Optimierung von Indikatoren sowie der Weiterentwicklung der QS-Verfahren.

Der zeitliche Rahmen für die Durchführung der Strukturierten Dialoge ist in der QSKH-RL geregelt. Die Strukturierten Dialoge werden jeweils im Mai/Juni des auf die Datenerfassung folgenden Jahres eröffnet. Für die im Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren müssen die Strukturierten Dialoge bis zum 31. Oktober des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres abgeschlossen werden; für die übrigen Indikatoren endet die Frist am 31. Dezember. Der Strukturierte Dialog ist damit ein Verfahren, das sich über sechs bis acht Monate erstreckt. Das Gesamtverfahren mit Datenerfassung, Auswertung, Strukturiertem Dialog und Berichterstattung umfasst einen 3-Jahres-Zeitraum.

³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 4. Dezember 2014, in Kraft getreten am 1. Januar 2015 (im Erfassungsjahr 2015 gültige Fassung der Richtlinie).

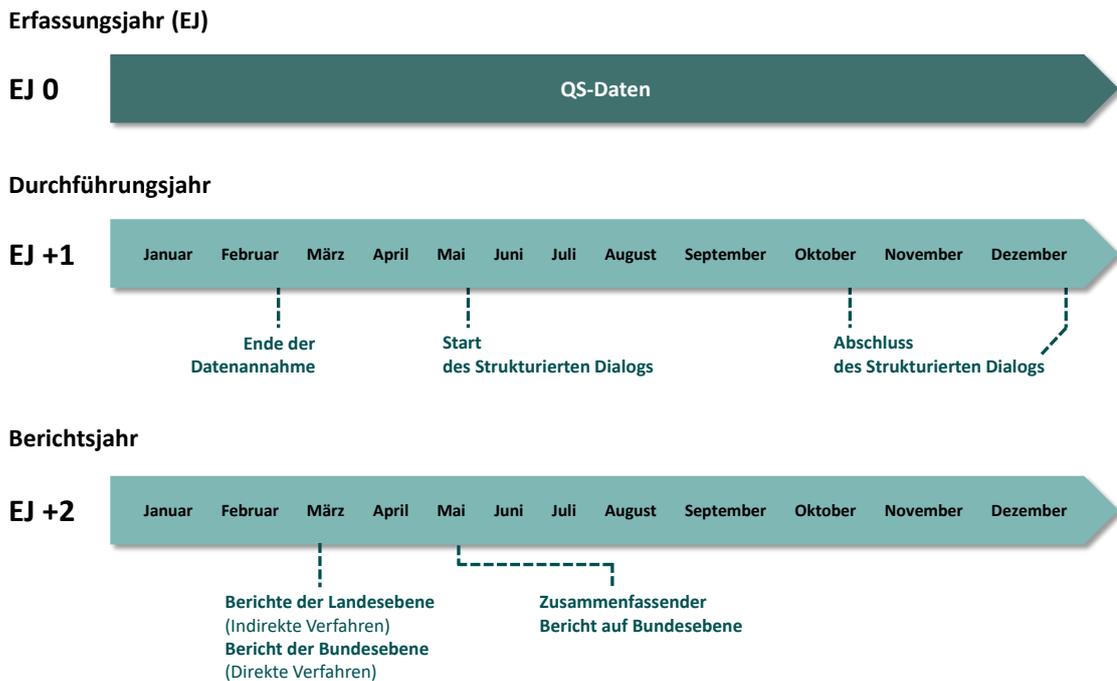


Abbildung 1: Zeitlicher Ablauf des Strukturierten Dialogs

Das praktische Vorgehen erfolgt wie in den „Methodischen Grundlagen V1.0s“ des IQTIG⁴ beschrieben:

Die Bewertung der medizinischen Versorgungsqualität sowie der zugrunde liegenden Datenvalidität erfolgt anhand der für die Qualitätssicherung dokumentierten Daten und den darauf angewandten Algorithmen der Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien. Liegen die Ergebnisse einer Versorgungseinrichtung in einem Qualitätsindikator/Auffälligkeitskriterium außerhalb des geforderten Referenzbereichs, werden die Ergebnisse zunächst als rechnerisch auffällig eingestuft. Bereits bei der Spezifikation der Indikatoren wird eine gewisse Vielfalt der medizinischen Praxis berücksichtigt, z. B. durch Methoden der Risikoadjustierung bei Indikatoren der Ergebnisqualität. Dennoch kann nie ausgeschlossen werden, dass durch die besondere Versorgungssituation eines einzelnen Leistungserbringers ein rechnerisch auffälliges Ergebnis auftritt, ohne dass ein Qualitätsproblem vorliegt. Dies kann z. B. dann eintreten, wenn in der behandelten Patientengruppe einer Einrichtung überdurchschnittlich häufig spezielle, seltene Risiken zu finden sind, die in der allgemeinen Risikoadjustierung nicht genügend berücksichtigt wurden. Solche Gründe kann ein Leistungserbringer während des Strukturierten Dialogs in einer Stellungnahme vorbringen, um eine faire Bewertung seiner Versorgungsqualität zu ermöglichen.

Der Strukturierte Dialog hat drei wesentliche Ziele:

- die Klärung, ob eine rechnerische Auffälligkeit auf ein Qualitätsproblem bzw. ein Datenvaliditätsproblem hinweist, das behoben werden muss
- die Förderung der hierzu notwendigen Verbesserungsmaßnahmen beim Leistungserbringer
- die Kontrolle, ob ein solches Problem erfolgreich behoben wurde

⁴ https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.0s.pdf

Hierzu stehen richtlinienbasiert folgende Instrumente zur Verfügung:

- schriftliche Hinweise an den Leistungserbringer
- Stellungnahmen des Leistungserbringers
- Einladung zum persönlichen Dialog mit der jeweils zuständigen Fachgruppe (kollegiales Gespräch)
- Begehung vor Ort
- Abschluss einer Zielvereinbarung

2.2 Zuständigkeiten

In enger Kooperation mit den Verantwortlichen in den Krankenhäusern sorgen die LQS und das IQTIG dafür, dass die Ursachen der als auffällig identifizierten Ergebnisse geklärt und etwaige Qualitätsmängel behoben werden.

In der Qualitätssicherung werden grundsätzlich direkte und indirekte Verfahren unterschieden. Die direkten Verfahren sind QS-Verfahren mit wenigen beteiligten Leistungserbringern (derzeit Organtransplantationen und Herzchirurgie), die im Strukturierten Dialog unmittelbar vom IQTIG betreut werden. Die indirekten Verfahren werden von den LQS auf Landesebene betreut. Sowohl IQTIG als auch Landesgeschäftsstellen erhalten die Daten anonymisiert und verschlüsselt. Die Gesamtverantwortung für den Strukturierten Dialog liegt für die direkten QS-Verfahren beim Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA als Lenkungs-gremium. Für die indirekten QS-Verfahren sind die Lenkungs-gremien der Bundesländer (§ 14 QSKH-RL) verantwortlich. Entsprechend erhalten diese beauftragten Stellen die dokumentierten QS-Daten der Einrichtungen. Zur Vorbereitung und Umsetzung der Maßnahmen des Strukturierten Dialogs sind jeweils Fachgruppen mit unabhängigen Experten für jedes QS-Verfahren etabliert.

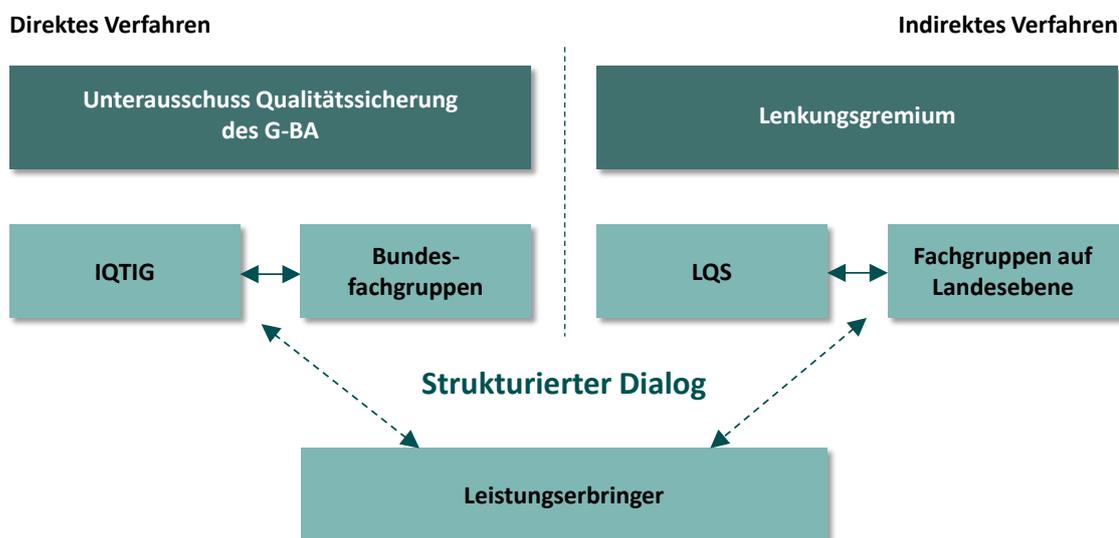


Abbildung 2: Zuständigkeiten der beteiligten Akteure

2.3 Rechnerische Auffälligkeiten

Anhand des Referenzbereichs eines Qualitätsindikators wird festgestellt, ob das Ergebnis rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse, die außerhalb des Referenzbereichs liegen, ziehen in aller Regel eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Gemäß § 10 Abs. 2 QSKH-RL wird bei der Feststellung der rechnerischen Auffälligkeit die Anzahl der dem Indikatormesswert zugrunde liegenden Behandlungsfälle – und damit Unterschiede in der Präzision der Messung – nicht berücksichtigt. Die Klassifikation eines Ergebnisses als rechnerisch auffällig und damit der Einstieg in den Strukturierten Dialog werden auf Basis eines einfachen Größer/Kleiner-Vergleichs des beobachteten Werts des Krankenhausstandortes mit der Referenzbereichsgrenze vorgenommen.

Die Lage eines Qualitätsindikatorwerts inner- oder außerhalb eines zuvor definierten Referenzbereichs ist das erste Kriterium zur Beurteilung, ob ein Behandlungsergebnis einem festgelegten Qualitätsziel entspricht. Es gibt verschiedene Arten von Indikatoren: Je nachdem welches Qualitätsziel im Fokus steht, misst der Indikator entweder die Prozess- oder die Ergebnisqualität.

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

Die Auswahl, welche Qualitätsindikatoren bundeseinheitlich eingesetzt werden sollen, obliegt dem IQTIG in enger Abstimmung mit dem G-BA. Die Indikatoren fungieren als Instrumente zur Messung der medizinischen Versorgungsqualität und werden durch das IQTIG unter Einbeziehung seiner Bundesfachgruppen inhaltlich betreut, gepflegt und regelmäßig aktualisiert. Abweichungen auf der Landesebene sind möglich. Für einige Qualitätsindikatoren sind in der Vergangenheit keine Referenzbereiche definiert worden, beispielsweise weil es sich lediglich um die rohen Raten handelte, die in die risikoadjustierten Qualitätsindikatoren mit entsprechendem Referenzbereich einfließen, oder aufgrund eines mangelnden Konsenses unter Expertinnen und Experten zu einem angemessenen Referenzbereich. Anhand der Krankenhausergebnisse für diese Indikatoren kann zwar vergleichend die Behandlungsqualität einer Einrichtung beurteilt werden, es ist aber mangels Bezugsgröße nicht möglich, Krankenhausergebnisse als „auffällig“ oder „unauffällig“ einzustufen. Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich lösen deshalb keinen Strukturierten Dialog aus, aber können als Hintergrundinformation bei der Interpretation rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse einer Einrichtung von Interesse sein. Da die Methodischen Grundlagen des IQTIG zukünftig nur Maßzahlen mit Referenzbereich als Qualitätsindikatoren definieren, werden diese Maßzahlen zukünftig nur noch als erläuternde Kennzahlen bezeichnet.

Die Ergebnisse eines Krankenhausstandorts sind rechnerisch auffällig, wenn entweder ein Hinweis auf relevante Mängel in der Versorgungsqualität eines Krankenhausstandorts besteht oder wenn die Versorgungsqualität des Standorts außergewöhnlich gut erscheint. Dementsprechend sind auch sehr gute Ergebnisse im Strukturierten Dialog zu berücksichtigen und ggf. zu hinterfragen.

2.4 Bearbeitung und Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten

2.4.1 Fachgruppenarbeit

Die von den Einrichtungen dokumentierten QS-Daten werden an die jeweils für den Strukturierten Dialog zuständigen Stellen (LQS oder IQTIG) übermittelt. Sobald ein rechnerisch auffälliges Ergebnis ermittelt worden ist, wird zunächst der Grad der Abweichung betrachtet.

Die eingesetzte Expertengruppe der jeweils beauftragten Stelle entscheidet dann, welche Maßnahmen einzuleiten sind. In besonderen Fällen kann es ausreichend sein, wenn nur ein Hinweis an den betroffenen Krankenhausstandort versendet wird. In der Regel wird eine Stellungnahme angefordert. Bezieht sich die rechnerische Auffälligkeit auf einen einzigen Fall im Zähler eines Qualitätsindikators, dann kann gemäß § 10 Abs. 2 Satz 4 QSKH-RL auch auf eine Maßnahme verzichtet werden (Ein-Fall-Regel).

Damit die Vorgehensweise bei der Überprüfung der rechnerischen Auffälligkeiten bundesweit möglichst einheitlich ist, sind die Anforderungen für den Umgang mit den übermittelten Stellungnahmen in den Fachgruppen sehr ähnlich. Ein Ergebnis wird nach folgenden Kriterien beurteilt:

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

Damit diese und ähnliche Fragen beantwortet werden können, sind von den Krankenhäusern aussagekräftige Stellungnahmen zu verfassen und in einem vorgegebenen Zeitraum an die Fachgruppen zu übermitteln. Sollten die Stellungnahmen die Ursachen nicht erklären können, so können je nach Situation weitere Maßnahmen eingeleitet werden. Dies können insbesondere Einladungen zu kollegialen Gesprächen oder die Durchführung von Begehungen sein.

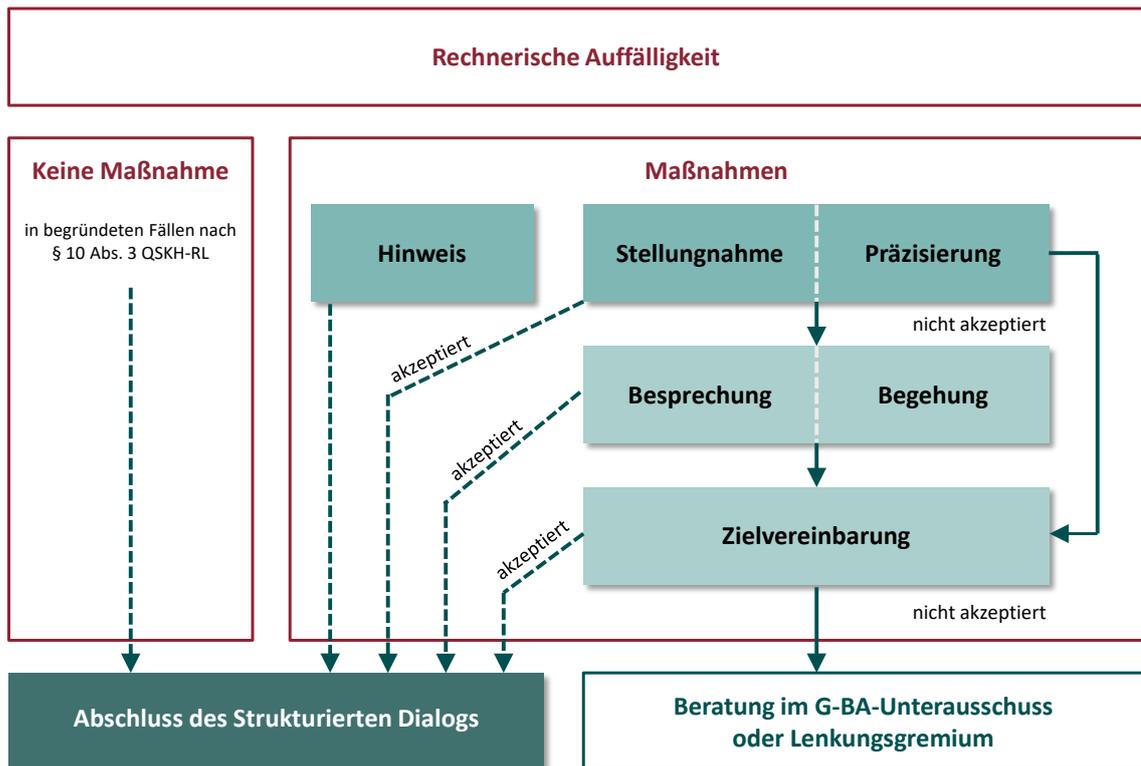


Abbildung 3: Überblick über die zur Verfügung stehenden Maßnahmen im Strukturierten Dialog

2.4.2 Bewertung

Abbildung 4 zeigt, wie die jeweiligen Prüfschritte erfolgen und in welchem Zusammenhang die Bewertungsziffern zu den jeweiligen Maßnahmen stehen.

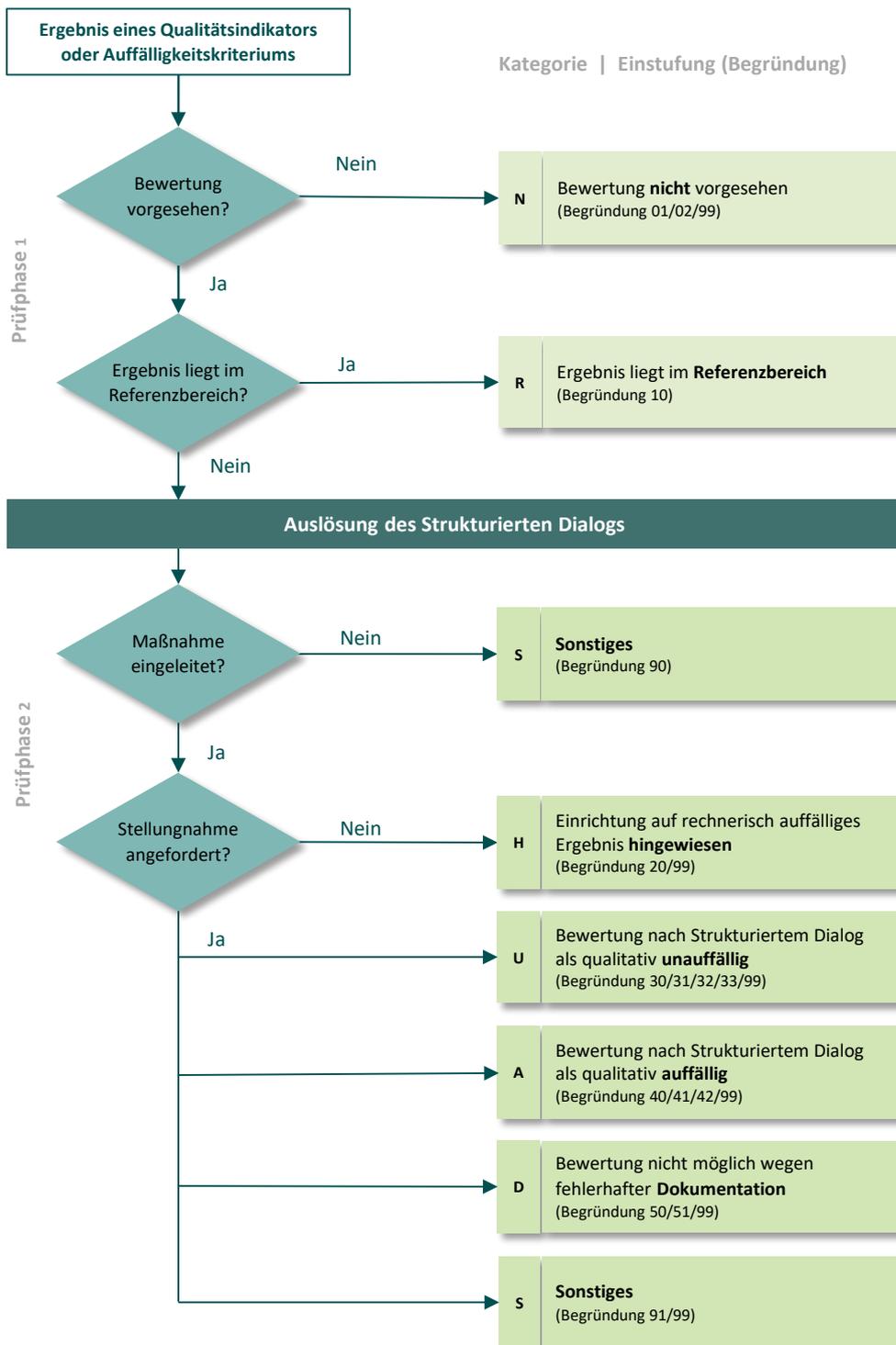


Abbildung 4: Strukturierter Dialog – Prüfschritte zur Ergebniseinstufung

2.4.3 Ergebniseinstufungen

Die Bewertungsergebnisse des Strukturierten Dialogs werden anhand von sechs Bewertungskategorien (N, R, S, H, U, A) sowie zugehöriger, präzisierender Unterpunkte eingestuft und durch einen Kurztext beschrieben (siehe Tabelle 1).

Die Kategorien N und R sind nur für die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser von Bedeutung und die Bewertungsziffern 30 und 40 sind ausschließlich für Ergebniseinstufungen im Bereich der Datenvalidierung anzuwenden.

Tabelle 1: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	01	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	10	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	30	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		31	Besondere klinische Situation
		32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		33	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	40	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		41	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	50	Unvollzählige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Eine beispielhafte Auflistung der Kommentare in den Einstufungen „Sonstiges“ ist im Anhang dargestellt.

2.5 Datenvalidierung

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

In der jährlich stattfindenden Datenvalidierung nach § 9 QSKH-RL wird geprüft, ob die dokumentierten Qualitätssicherungsdaten (QS-Daten) korrekt, vollständig und vollzählig sind. Die Ergebnisse sind eine notwendige Voraussetzung für eine ausreichende Aussagekraft der Qualitätsindikatoren und werden darüber hinaus genutzt, um weitere Verbesserungen in den Dokumentationsprozessen anzuregen. Das Datenvalidierungsverfahren besteht aus zwei Elementen: Der „Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog“ und dem „Stichprobenverfahren mit Datenabgleich“.

Bei der „Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog“ erfolgt eine statistische Analyse der angenommenen QS-Daten nach vorab festgelegten Auffälligkeitskriterien. Hierbei liegt das Augenmerk erstens auf der Vollzähligkeit, also darauf, ob alle dokumentationspflichtigen Behandlungsfälle erfasst wurden. Dies erfolgt über einen Abgleich der Anzahl tatsächlich gelieferter Datensätze mit der erwarteten Anzahl (Sollstatistik). Und zweitens wird überprüft, ob die erforderlichen Angaben in den QS-Daten vollständig und plausibel sind.

Für das „Stichprobenverfahren mit Datenabgleich“ werden in einem zweistufigen Stichprobenverfahren zunächst die einzubeziehenden Krankenhausstandorte auf Landes- und Bundesebene und anschließend die dort jeweils zu prüfenden Behandlungsfälle ermittelt. Für diese erfolgt dann ein Abgleich der QS-Daten mit der Primärdokumentation in der Patientenakte. Diese umfassende Datenvalidierung erfolgte für das Erfassungsjahr 2015 in den QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe, Mammachirurgie und Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie*.

In Tabelle 2 sind die Maßnahmen und Ergebnisse der „Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog“ zur Plausibilität und zur Vollständigkeit dargestellt. Die ausführliche Darstellung zu allen Ergebnissen der Datenvalidierung ist Gegenstand des „Berichts zur Datenvalidierung 2016 – Erfassungsjahr 2015“. Dieser ist nach Freigabe durch den G-BA auf www.iqtig.org abrufbar.

Tabelle 2: Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit – alle QS-Verfahren (EJ 2015)

	Anzahl	Anteil
Datenliefernde Standorte (alle QS-Verfahren)	1.834	-
Rechnerische Auffälligkeiten	1.099	-
Standorte mit mindestens einer rechnerischen Auffälligkeit	714	-
Standorte mit mindestens einer Bewertung A40 oder A99	372	-
Maßnahmen		
Keine Maßnahmen	1	0,1 %
Hinweise	309	28,1 %
Stellungnahmen	788	71,7 %
Sonstiges	1	0,1 %
Weiterführende Maßnahmen (pro rechnerische Auffälligkeit)		
Besprechungen	13	-
Begehungen	2	-
Zielvereinbarungen	46	-
Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten, zu denen eine Stellungnahme angefordert wurde		
Korrekte Dokumentation bestätigt (U30, U99)	189	24,0 %
Fehlerhafte Dokumentation bestätigt (A40, A99)	498	63,2 %
Keine erklärenden Gründe genannt (A42)	21	2,7 %
Sonstiges (S91, S99)	60	7,6 %

Teil A Ergebnisperspektive

3 Ergebnisse des Strukturierten Dialogs

3.1 Versorgungsbereiche

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der geführten Strukturierten Dialoge in den QS-Verfahren näher betrachtet. Die Darstellung ist nach Versorgungsbereichen gegliedert.⁵ Damit wird der Frage nachgegangen, ob in einzelnen rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorten erstmalig oder bereits wiederholt Qualitätsprobleme vorlagen. Ein Diagramm zeigt die Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte und hebt qualitativ auffällige Ergebnisse im Versorgungsbereich hervor.

Berücksichtigung finden dabei in den indirekten Verfahren die vor Beginn des Strukturierten Dialogs erteilten Empfehlungen der Bundesfachgruppen an die Fachgruppen auf Landesebene. Solche Empfehlungen werden ausgesprochen, wenn sich aus den Bundesauswertungen besondere Fragen ergeben. Aus den Rückmeldungen und den weitergehenden Analysen von Ergebnissen können wertvolle Hinweise für die weitere Arbeit in den Bundesfachgruppen gewonnen werden.

Im Anhang zu diesem Bericht sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs pro Qualitätsindikator für jedes QS-Verfahren in einer Tabelle dargestellt. Dort sind auch wiederholte Auffälligkeiten im Vergleich der Erfassungsjahre 2014 und 2015 dargestellt.

3.1.1 Gefäßchirurgie

Verfahrensmanagement: Leif Warming, Dr. Fenne große Deters, Dr. Georg Heinze

▪ QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation

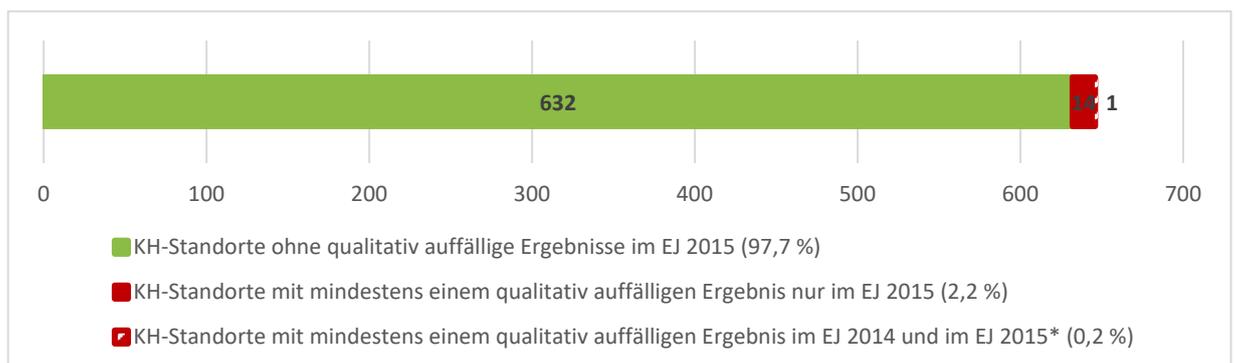


Abbildung 5: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 9 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Karotis-Revaskularisation betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014 und 2015 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

⁵ Die Zuordnung der QS-Verfahren zu den einzelnen Versorgungsbereichen ist der Tabelle auf Seite 11 zu entnehmen.

Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs über die Daten des Erfassungsjahres 2015 zeigt sich im QS-Verfahren *Karotis-Revaskularisation* ein insgesamt sehr erfreuliches Bild. Rund 97 % aller Krankenhausstandorte wiesen keinerlei qualitative Auffälligkeiten auf. Von den Krankenhausstandorten mit qualitativen Auffälligkeiten war lediglich ein Standort bereits im Vorjahr durch Qualitätsmängel – in einem anderen Qualitätsindikator als im Erfassungsjahr 2015 – aufgefallen.

Über alle 4 Qualitätsindikatoren hinweg, die eine korrekte Indikationsstellung überprüfen (QI-IDs 603, 604, 51443 und 51437), wurden bei keinem Krankenhausstandort Mängel der medizinischen Qualität festgestellt. Die Bewertung eines Krankenhausstandortes im Indikator 603 (Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch) mit „qualitativ auffällig – Sonstiges“ begründete die entsprechende LQS damit, dass hier Fehler bei der Angabe der therapierten Seite vorlagen und solche Dokumentationsfehler in Anbetracht der geringen Fallzahl dieses Standortes inakzeptabel seien. Bei der Interpretation der Ergebnisse für die Indikationsindikatoren gilt es zu beachten, dass für rund 38 % aller rechnerischen Auffälligkeiten keine Überprüfung im Rahmen des Strukturierten Dialogs erfolgte. Stattdessen erhielten die Krankenhausstandorte einen Hinweis gemäß § 11 QSKH-RL mit der Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement, die Gründe für das Abweichen der Indikatorergebnisse vom Referenzbereich intern zu analysieren.

Für die beiden risikoadjustierten Qualitätsindikatoren (QI-IDs 11704 und 11724), die Schlaganfälle und Todesfälle im Zusammenhang mit einem offen-chirurgisch durchgeführten Eingriff an der Karotis betrachten, wurden bei 9 (1,54 %) bzw. 6 (1,03 %) der Krankenhausstandorte Qualitätsmängel festgestellt. Eine LQS vergab zudem die Bewertung „S99 – Sonstiges“ mit dem Kommentar, dass es an dem Krankenhausstandort zwar zu Schlaganfällen bei Karotiseingriffen kam, aber kein Patient verstarb. Mit diesem sowie einem weiteren Krankenhausstandort wurden Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Qualität abgeschlossen. Wie auch bei den Indikationsindikatoren sollte beachtet werden, dass nicht für alle rechnerischen Auffälligkeiten eine Überprüfung im Rahmen des Strukturierten Dialogs stattfand, da für 12 bzw. 14 rechnerische Ergebnisse an 20 verschiedene Krankenhausstandorte Hinweise verschickt wurden.

Der Sentinel-Event-Indikator 52240 betrachtet die Qualität bei Eingriffen, bei denen eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation einer asymptomatischen Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wird. Sobald an einem Krankenhausstandort ein Todesfall oder ein perioperativer Schlaganfall in Zusammenhang mit diesem Eingriff auftritt, wird der Strukturierte Dialog ausgelöst. Bei rund 6 % (n = 4) aller Krankenhausstandorte, die 2015 für den Sentinel-Event-Indikator Daten geliefert haben (n = 70), sahen die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. Mit einem Krankenhausstandort wurden in einer Zielvereinbarung konkrete Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung verbindlich festgelegt. Ein weiterer Krankenhausstandort wurde mit „Sonstiges“ auf dem Qualitätsindikator bewertet. Laut der entsprechenden LQS war hier im Rahmen einer Notfall-OP am Herzen die simultane Rekonstruktion einer asymptomatischen Karotisstenose erforderlich.

Auch für kathetergestützte Eingriffe an der Karotis erfassen zwei risikoadjustierte Qualitätsindikatoren (QI-IDs 51873 und 51865) Schlaganfälle und Todesfälle, die im Zusammenhang mit dem

Eingriff auftreten. Hier wurden bei zwei bzw. einem der Krankenhausstandorte, die im Erfassungsjahr 2015 diesen Eingriff durchführten, Hinweise auf Prozess- und Struktur­mängel gefunden. Bei einem dieser Krankenhausstandorte zweifelt eine Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung aufgrund der sehr geringen Fallzahl an, dass ausreichende strukturelle Voraussetzungen für den Eingriff gegeben sind. Dementsprechend bewertete sie den Krankenhausstandort mit „qualitativ auffällig – Sonstiges“ (A99), obwohl die dort aufgetretenen Todesfälle bzw. Schlaganfälle als schicksalhafte Einzelfälle eingestuft wurden. Bei einem Krankenhausstandort fielen im Rahmen des Strukturierten Dialogs gravierende Mängel in der Dokumentation auf, sodass die entsprechende Landesgeschäftsstelle in einer Zielvereinbarung festlegte, welche Verbesserungsmaßnahmen vom Krankenhausstandort diesbezüglich ergriffen werden müssen. Bei 18 bzw. 8 rechnerischen Auffälligkeiten wurden nur Hinweise an die Krankenhausstandorte verschickt. Das Ausbleiben einer Überprüfung im Rahmen des Strukturierten Dialogs in diesen Fällen sollte bei der Einordnung der Ergebnisse berücksichtigt werden.

3.1.2 Pneumonie

Verfahrensmanagement: Leif Warming, N. N. (Axel Mertens in Vertretung)

▪ QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie*

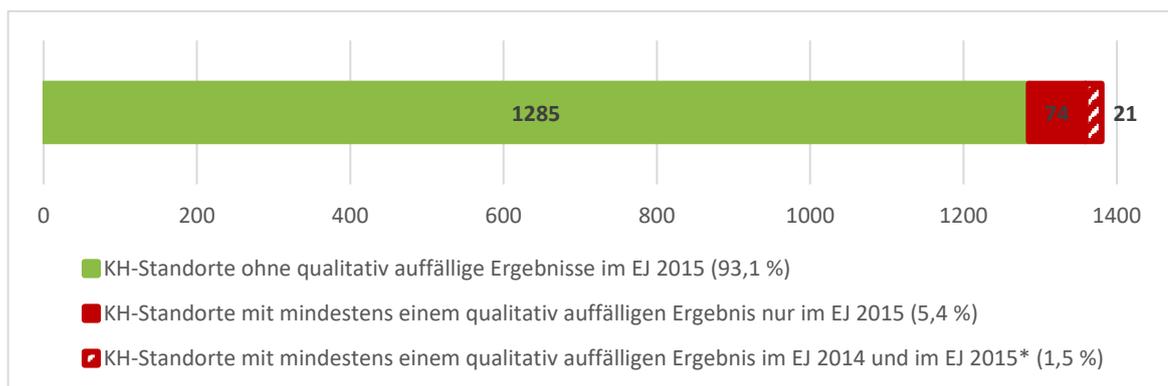


Abbildung 6: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 9 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens *Ambulant erworbene Pneumonie* betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014 und 2015 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im Erfassungsjahr 2015 wurden im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* von 1.469 Standorten insgesamt 290.752 QS-Datensätze geliefert. Nach deren Auswertung ergaben sich 1.881 rechnerische Auffälligkeiten. Im Vorjahr waren es noch 2.788. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Erfassungsjahr 2014 für die Sterblichkeit noch 3 nach CRB-65-SCORE⁶ stratifizierte Indikatoren berechnet wurden, die zuletzt insgesamt zu 479 rechnerischen Auffälligkeiten führten.

⁶ Die Stratifizierung bestimmter Indikatoren erfolgt mithilfe des sogenannten CRB-65-Scores, der Kriterien wie pneumoniebedingte Desorientiertheit, spontane Atemfrequenz $\geq 30/\text{min}$, Blutdruck $\leq 60 \text{ mm Hg}$ diastolisch

Seit dem EJ 2015 gibt es nur noch einen risikoadjustierten Sterblichkeitsindikator, der nur zu 89 rechnerischen Auffälligkeiten führte. Die nach CRB-65-SCORE stratifizierten Sterblichkeitsindikatoren führten im EJ 2014 insgesamt zu 16 qualitativen Auffälligkeiten. Der risikoadjustierte Sterblichkeitsindikator führte im EJ 2015 zu 4 qualitativen Auffälligkeiten.

Im Folgenden werden die Ergebnisse ohne die Sterblichkeitsindikatoren dargestellt. Die rechnerischen Auffälligkeiten gingen von 2.237 im EJ 2014 zurück auf 1.792 im EJ 2015 (dies entspricht einem Rückgang von ca. 20 %). Die qualitativen Auffälligkeiten gingen von 491 im EJ 2014 zurück auf 410 im EJ 2015 (dies entspricht einem Rückgang von ca. 17 %).

Der Anteil der qualitativen Auffälligkeiten an den rechnerischen Auffälligkeiten lag im EJ 2014 somit bei 21,9 % und blieb im EJ 2015 nahezu unverändert bei ca. 22,9 %. Schon zwischen den Erfassungsjahren 2013 und 2014 blieb der entsprechende Anteil in etwa gleich.

410 qualitative Auffälligkeiten verteilen sich im EJ 2015 auf nur 95 Standorte. Von diesen 95 Standorten wiesen 22,1 % (n = 21) im Vorjahr auch schon mindestens eine qualitative Auffälligkeit auf.

Für 319 rechnerische Auffälligkeiten war im SD zum EJ 2014 aufgrund von Dokumentationsproblemen keine Bewertung möglich (14,3 % aller rechnerischen Auffälligkeiten). Im SD zum EJ 2015 waren es 254 Fälle (14,2 % aller rechnerischen Auffälligkeiten). Somit ging auch hier die absolute Zahl zurück, während sich der Anteil an den rechnerischen Auffälligkeiten so gut wie nicht veränderte.

Im SD zum EJ 2015 wurden 633 Hinweise verschickt; zum EJ 2014 waren es noch 969. Auch der Anteil an Hinweisen an den rechnerischen Auffälligkeiten ging somit von 43,3 % auf 35,3 % zurück.

Bundesweit führten für das EJ 2015 168 Indikatorergebnisse (inklusive des Sterblichkeitsindikators) zum Abschluss von Zielvereinbarungen (EJ 2014: 178), in 57 Fällen wurden kollegiale Gespräche durchgeführt (EJ 2014: 67). Mit 4 Fällen wurde das Instrument der Begehungen für das EJ 2015 gegenüber dem SD für das EJ 2014 mit 20 Fällen deutlich seltener genutzt.

3.1.3 Herzschrittmacher und Defibrillatoren

Verfahrensmanagement: Florian Rüppel, Alina Wolfschütz

- QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodule⁷ Herzschrittmacher-Implantation, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation)
- QS Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation*

oder < 90 mm Hg systolisch und Alter ≥ 65 Jahre berücksichtigt. Jedes Kriterium wird mit einem Risikopunkt bewertet.

⁷ Die dokumentierten Fälle werden aufgeteilt nach drei Bereichen ausgewertet. In der Bundesauswertung werden sie getrennt dargestellt. Auf technischer Ebene werden diese Auswertungsmodul in der Qualitätsindikatorendatenbank sowie in der Auswertungsdatenbank einzeln spezifiziert und repräsentiert.

- QS Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel*
- QS Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation*

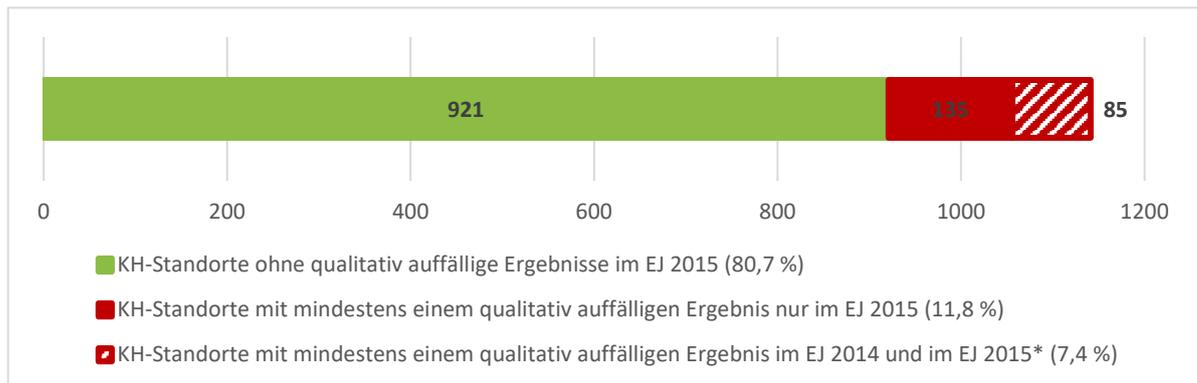


Abbildung 7: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 39 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Herzschrittmacher und Defibrillatoren betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014 und 2015 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Von den 1.141 Krankenhausstandorten, in denen im Erfassungsjahr 2015 mindestens ein Schrittmacher- oder Defibrillatoreingriff durchgeführt wurde, wurden 220 (19,3 %) nach Abschluss des Strukturierten Dialogs in mindestens einem Qualitätsindikator des Versorgungsbereichs als qualitativ auffällig beurteilt; dies bedeutet, dass jeder fünfte Krankenhausstandort das Erreichen mindestens eines Qualitätsziels verfehlte. 85 dieser Krankenhausstandorte (38,6 %) wiesen zudem bereits im Vorjahr (EJ 2014) bei mindestens einem Qualitätsindikator ein qualitativ auffälliges Ergebnis auf. Umgekehrt bedeutet dies jedoch, dass vier Fünftel aller Krankenhausstandorte in keinem Bereich der Herzschrittmacher- bzw. Defibrillatorversorgung Qualitätsdefizite aufweist. Eine deutliche Mehrheit der Standorte ist somit in der Lage, alle Qualitätsziele zu erreichen, allerdings wies eine nicht zu vernachlässigende Anzahl an Standorten (n = 220) im SD zum EJ 2015 ein qualitatives Verbesserungspotenzial auf.

Die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten, d. h. die Summe der Ergebnisse außerhalb des jeweiligen Referenzbereichs über alle Indikatoren hinweg, ist sowohl im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* als auch in den Verfahren zu implantierbaren Defibrillatoren – wie bereits in den vergangenen Jahren – im Vergleich zum Vorjahr gesunken (im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* von 1.929 auf 1.791 und in den Verfahren zu implantierbaren Defibrillatoren von 1.148 auf 944 rechnerische Auffälligkeiten). Insbesondere für die Indikatoren zu chirurgischen Komplikationen und zu Sondendislokationen (auch wenn diese zu einem stationären Folgeeingriff führten), für die Qualitätsindizes zu intraoperativen Reizschwellen- und Amplitudemessungen sowie für die Indikatoren zur leitlinienkonformen Indikation und Systemwahl bei Defibrillator-Implantationen konnten weniger rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt werden als im Vorjahr.

Der Anteil an Indikatorergebnissen, die nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig eingestuft wurden, an allen rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen stieg im Vergleich zum Erfassungsjahr 2014 an. Im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* betrug der Anteil qualitativer Auffälligkeiten 13,8 % (n = 247; EJ 2014: 12,2 %, n = 233), in den Verfahren zur Defibrillatortherapie wurden 10,0 % (n = 94; EJ 2014: 8,5 %, n = 98) der rechnerischen Auffälligkeiten schließlich als qualitativ auffällig eingestuft.

Ein Schwerpunkt des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2015 bildeten – wie bereits in den vergangenen Jahren – die Qualitätsindikatoren zu prozedurassoziierten Problemen als Indikation zum Folgeeingriff, für die aufgrund einer Vielzahl an rechnerischen und qualitativen Auffälligkeiten wieder ein besonderer Handlungsbedarf festgestellt wurde. Im Bereich der Herzschrittmachertherapie wurden insgesamt 51 Krankenhausstandorte aufgrund von zu vielen prozedurassoziierten Problemen als qualitativ auffällig beurteilt; dies entspricht ca. 30 % aller in diesem Indikator rechnerisch auffälligen Standorte. Im Bereich der Defibrillatortherapie sind 25 Krankenhausstandorte als rechnerisch auffällig beurteilt worden (ca. 20 % aller rechnerisch auffälligen Standorte).

Bei den meisten aufgetretenen prozedurassoziierten Problemen handelte es sich um Sondendislokationen. Waren diese Komplikationen in erster Linie auf sehr komplexe Ersteingriffe unter besonderen anatomischen Bedingungen oder eine geringe Compliance der Patientinnen und Patienten zurückzuführen, da diese die operierte Seite nicht ausreichend schonten, erfolgte eine Einstufung als „qualitativ unauffällig“. Qualitativ auffällige Ergebnisse waren gemäß den Länderberichten v. a. durch Struktur- und Prozessmängel in den betroffenen Einrichtungen begründet. Hierunter waren z. B. Probleme mit dem Implantationsmaterial, unvollständige Kenntnisse der Implantationstechnik oder eine ungenügende Erfahrung der Operateure (insbesondere bei Durchführung relativ komplexer Eingriffe) zu verstehen; auch personelle Probleme wurden als Begründung für qualitativ auffällige Ergebnisse genannt.

Mit den betroffenen Kliniken wurden (v. a. bei wiederholter Auffälligkeit) als weiterführende Maßnahmen kollegiale Gespräche geführt und Zielvereinbarungen getroffen. Zu den Indikatoren des Auswertungsmoduls *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* wurden insgesamt 10 Besprechungen und 2 Begehungen durchgeführt sowie 28 Zielvereinbarungen getroffen; zu den Indikatoren des Auswertungsmoduls *Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation* waren dies 4 Besprechungen, 7 Zielvereinbarungen, jedoch keine Begehung. Die überwiegende Mehrheit dieser Maßnahmen erfolgte voraussichtlich aufgrund zu vieler Folgeeingriffe wegen prozedurassoziierten Problemen. Es wurden Maßnahmen zur Weiterbildung bzw. Spezialisierung oder Hospitationen in regionalen Zentren mit einem größeren Eingriffsvolumen und eine Kooperation mit diesen Zentren zur Aufarbeitung der Struktur- und Prozessmängel vereinbart; auch die Anwesenheit eines Facharztes bei Schrittmacheroperationen wurde von einer zuständigen Fachgruppe auf Landesebene gefordert. Gemäß eines Länderberichts wurde einigen Einrichtungen (mit z. T. eher geringen Fallzahlen und unzureichenden Ergebnissen) von der zuständigen Fachgruppe schließlich der Ausstieg aus der operativen Herzschrittmacher- bzw. Defibrillatorversorgung empfohlen.

Ein weiterer Schwerpunkt des Strukturierten Dialogs bildeten die Indikatoren zu peri- bzw. postoperativen Komplikationen sowie zur Eingriffsdauer nach Erstimplantation. Insbesondere bei den entsprechenden Indikatoren aus dem Auswertungsmodul *Herzschrittmacher-Implantation* wurden relativ viele Krankenhausstandorte als qualitativ auffällig beurteilt. So sind im Indikator „Sondendislokation oder -dysfunktion“ (QI-ID 52311) insgesamt 66 Krankenhausstandorte qualitativ auffällig, 11 davon waren dies bereits im Vorjahr. Dies verdeutlicht, wie auch die Ergebnisse zu prozedurassoziierten Problemen, dass das Auftreten von Sondendislokationen nach Herzschrittmacher-Implantationen weiterhin ein Problem in der Versorgung mit Rhythmusimplantaten darstellt.

Bei der Durchführung von isolierten Aggregatwechseln scheinen ausschließlich hinsichtlich der Durchführung von intraoperativen Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden noch Qualitätsdefizite in relevantem Ausmaß zu existieren. 38 Krankenhausstandorte wurden im entsprechenden Indikator des Auswertungsmoduls *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* als qualitativ auffällig beurteilt; 12 Standorte betraf dies beim Indikator aus dem QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel*. Einige qualitative Auffälligkeiten waren noch im Indikator „Dokumentation der Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats“ (QI-ID 11484) zu verzeichnen (Auswertungsmodul *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel*); dieser Indikator zur Dokumentationsqualität wird jedoch zukünftig nicht mehr benötigt. Die Ermittlung der Aggregatlaufzeit kann – seit dem Erfassungsjahr 2015 – aus den Follow-up-Daten erfolgen, da die Nachverfolgbarkeit durch die langfristige Betrachtung des Behandlungsverlaufs bei nochmaligem stationären Aufenthalt derselben Patientin bzw. desselben Patienten möglich ist.

Nur wenige Krankenhausstandorte wurden bei den folgenden Indikatoren als „qualitativ auffällig“ eingestuft: die Indikatoren zur Krankenhaussterblichkeit (insgesamt 5 Standorte über alle Indikatoren zur Sterblichkeit in den Verfahren zur Herzschrittmacher- und Defibrillatorversorgung hinweg), zur Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats (insgesamt 4 Standorte), zur Eingriffsdauer bei isolierten Aggregatwechseln (ein auffälliger Standort), zu peri- bzw. postoperativen Komplikationen nach Aggregatwechseln oder Revisionsoperationen (insgesamt 10 Standorte), zu Hardwareproblemen bzw. Infektionen als Indikation zum Folgeeingriff (2 bzw. 6 Standorte) sowie zur leitlinienkonformen Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantation (ein Standort) als „qualitativ auffällig“ eingestuft. In diesen Bereichen der Herzschrittmacher- und Defibrillatorversorgung scheinen somit keine bedeutenden Qualitätsprobleme zu bestehen.

3.1.4 Kardiologie

Verfahrensmanagement: Alina Wolfschütz, Florian Rüppel

▪ QS-Verfahren Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)

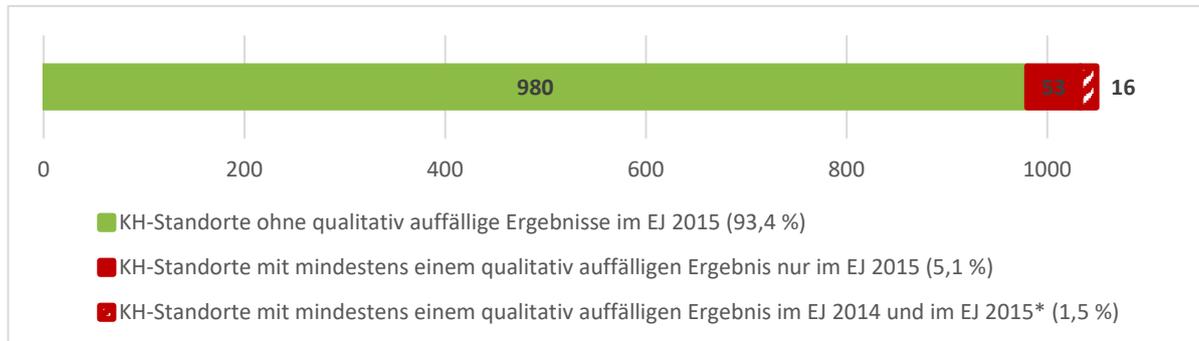


Abbildung 8: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 15 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014 und 2015 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im Erfassungsjahr 2015 wurden insgesamt 764.623 (EJ 2014: 756.104) Koronarangiographien und Perkutane Koronarinterventionen (PCI) im Rahmen der externen Qualitätssicherung dokumentiert, ein Plus von 1,1 % zum Vorjahr. Die Auswertungen für das Erfassungsjahr 2015 haben bundesweit zu insgesamt 1.016 rechnerischen Auffälligkeiten geführt.

Im Vergleich zur Entwicklung der Anzahl der durchgeführten Koronarangiographien und Perkutanen Koronarinterventionen, stieg der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten mit etwa 18 % (EJ 2015: 1.016; EJ 2014: 854) sehr deutlich an. Von diesen 1.016 rechnerischen Auffälligkeiten wurden für 462 (45,5 %) Hinweise an die Krankenhäuser verschickt, 26 (2,6 %) wurden mit Sonstiges bewertet und bei 99 (9,7 %) war eine Bewertung aufgrund fehlerhafter Dokumentation nicht möglich. Folglich wurden 429 rechnerische Auffälligkeiten (42,2 %) qualitativ beurteilt. Von diesen wurden 94 rechnerische Auffälligkeiten (22,0 %) anschließend als qualitativ auffällig und 335 rechnerische Auffälligkeiten (78,8 %) als qualitativ unauffällig eingestuft. Bezogen auf die Gesamtzahl der rechnerischen Auffälligkeiten (EJ 2015: 1.016) wurden demnach 9,3 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet.

Rechnerische Auffälligkeiten ließen sich für insgesamt 15 (von 21) Indikatoren feststellen. Mit insgesamt 12,9 % (131 Fällen) war der Indikator „Fehlende Dokumentation des Dosisflächenprodukts“ (QI-ID 12773) am häufigsten verantwortlich für eine rechnerische Auffälligkeit, wie auch schon im Erfassungsjahr 2014. Die Vorgaben der Strahlenschutzverordnung, auf welchem der Indikator basiert, sind streng und sehen vor, dass die applizierte Strahlendosis in allen Fällen zu dokumentieren ist. Für das Erfassungsjahr 2015 wurde dies anscheinend noch nicht von allen Krankenhäusern umgesetzt. Der Indikator „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie“ (QI-ID 52331) folgt mit 9,2 % (93 Fällen). Auf

Platz drei der am häufigsten zu rechnerischen Auffälligkeiten führenden Indikatoren lag mit 7,9 % (80 Fällen) „Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 250 ml“ (QI-ID 51407).

Betrachtet man lediglich diejenigen Fälle, welche sich im Nachgang zum Strukturierten Dialog als qualitativ auffällig erwiesen, so ändert sich das Bild: Den höchsten Anteil an den insgesamt als qualitativ auffällig eingestuften Fällen (n = 94) hatte mit 17,0 % (16 Fällen) der Indikator „Einzeitig-PCI mit Dosisflächenprodukt über 8.000 cGy*cm²“ (QI-ID 50749) und mit 16,0 % (15 Fällen) der Indikator „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie“ (QI-ID 52331). Den dritten Platz belegen mit jeweils 9,7 % (9 Fällen) die Indikatoren „Fehlende Dokumentation des Dosisflächenprodukts (QI-ID 12773)“ und „Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 250 ml“ (QI-ID 51407).

Es kam zu wiederholten Auffälligkeiten insbesondere für die bereits oben erwähnten Indikatoren „Fehlende Dokumentation des Dosisflächenprodukts“ (QI-ID 12773) sowie „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie“ (QI-ID 52331). Wiederholt rechnerisch auffällig waren hier 48 respektive 27 Krankenhausstandorte. Insgesamt wurden 211 der 1.016 Standorte gemäß Berichten der Länder wiederholt rechnerisch auffällig. Letztlich als wiederholt qualitativ auffällig eingestuft wurden insgesamt 11 Krankenhäuser

Zu insgesamt 41 Qualitätsindikatoren wurden mit den Krankenhausstandorten Zielvereinbarungen abgeschlossen. Sofern diese Zielvereinbarungen aufgrund ihrer Laufzeit noch nicht hinsichtlich ihrer Erfüllung bewertet werden können, erfolgt die Berichterstattung dazu auf der Landesebene.

Die Ergebnisse des QS-Verfahrens *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)* wurden, basierend auf den Aussagen aus den Länderberichten, für das Erfassungsjahr 2015 generell positiv bewertet. Die Versorgungsqualität wurde insgesamt als gut eingeschätzt. Die Rückmeldungen aus den Ländern lassen für keinen Indikator einen besonderen Handlungsbedarf erkennen.

Zu diesem QS-Verfahren wurden im Erfassungsjahr 2015 letztmalig Daten erfasst. Mit der hier vorliegenden Berichterstattung zum Strukturierten Dialog und dem parallel vorgelegten Bericht zur Datenvalidierung ist die Außerbetriebnahme dieses Verfahrens auf der Bundesebene damit abgeschlossen.

3.1.5 Herzchirurgie

Verfahrensmanagement: Dr. Georg Heinze, Martina Dost, Dr. Fenne große Deters

- QS-Verfahren *Koronarchirurgie, isoliert*
- QS-Verfahren *Aortenklappenchirurgie, isoliert*
- QS-Verfahren *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie*

Nach Evaluation der statistischen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit Referenzbereich im Strukturierten Dialog wurden abschließend in 32 % der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten Hinweise auf Qualitätsdefizite identifiziert. Im Vorjahr betrug diese Rate noch 41 %. Die deutliche Abnahme ist mit den immer noch stark exponierten, aber im Vergleich zum Vorjahr klar verbesserten Ergebnissen bezüglich des Qualitätsindikators „Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem euroSCORE I“ (QI-ID 51914) assoziiert. War der Strukturierte Dialog im Vorjahr hier noch mit 53 entlassenden Krankenhausstandorten vonnöten, hat sich die Zahl im letzten Jahr etwa halbiert (n = 27). Ebenso resultierten nicht mehr 41 qualitative Auffälligkeiten wie im Vorjahr, sondern nur noch 22.

Schwerpunkt der Strukturierten Dialoge im Versorgungsbereich Herzchirurgie war demnach, wie im letzten Jahr, die Indikationsstellung zum kathetergestützten Aortenklappenersatz. Insbesondere die Dokumentation des Indikationskriteriums Gebrechlichkeit („Frailty“) wird oft vergessen. Weiterhin wurde zum Erfassungsjahr 2016 eine diskrete Modifikation der Rechenregel des Indikators „Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem euroSCORE I“ (QI-ID 51914) vorgenommen, die in der Folge nur noch Patientinnen und Patienten, die jünger als 85 Jahre sind, in der Grundgesamtheit des Indikators betrachtet.

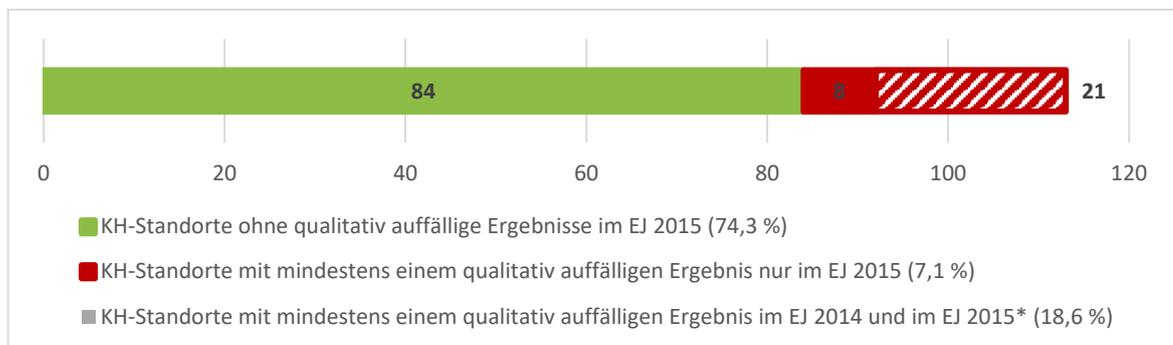


Abbildung 9: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 16 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Herzchirurgie betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014 und 2015 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Koronarchirurgie, isoliert

Innerhalb der 4 eingesetzten Qualitätsindikatoren resultierten nach Auswertung der Daten 27 Ergebnisse mit Abweichungen vom definierten Referenzbereich. 10 dieser rechnerischen Auffälligkeiten traten wiederholt auf. Nach Überprüfung der eingereichten Stellungnahmen

wurden Vertreter zweier Standorte zu einem kollegialen Gespräch eingeladen. Die Gegebenheiten einer dieser beiden Krankenhausstandorte wurden in der Folge im Rahmen einer Begehung evaluiert. Eine weitere Begehung wurde aufgrund einer schwer einzuordnenden Stellungnahme ohne vorheriges kollegiales Gespräch durchgeführt. Mit allen 3 Krankenhausstandorten, bei denen weiterführende Maßnahmen (Besprechung und/oder Begehung) erfolgt sind, wurden individuelle, umfassende Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität geschlossen.

Die identifizierten Qualitätsmängel fokussierten vornehmlich Prozesse und Strukturen, insbesondere hinsichtlich der folgenden Kriterien:

- Personalressourcen und Dienstplanmodelle
- Verschriftlichung und Implementierung von Prozessketten und Verantwortlichkeiten/Zuständigkeiten im Sinne von „Standard Operating Procedures“
- Ärztliche Weiterbildung
- Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M+M)
- Management und Dokumentation von Komplikationen
- korrekte und vollständige Dokumentation der Daten zum Zwecke der Qualitätssicherung

Die in den Zielvereinbarungen festgeschriebenen Fristen und Pflichten zur Übermittlung von Dokumenten und Nachweisen über vollbrachte (Teil-)Prozesse sind, soweit bereits vorliegend, von den entsprechenden Krankenhausstandorten eingehalten und von der Bundesfachgruppe als inhaltlich erfüllt beurteilt worden.

Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

Nach Auswertung der Daten wurden insgesamt 18 rechnerische Auffälligkeiten für die 4 eingesetzten Qualitätsindikatoren mit definiertem Referenzbereich festgestellt. Nach Prüfung der Stellungnahmen konnten keine Hinweise auf Qualitätsdefizite festgestellt werden.

Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Auch in diesem Jahr war der Strukturierte Dialog durch eine hohe Anzahl an auffälligen Krankenhausstandorten im Indikator „Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem euroSCORE I“ (QI-ID 51914; n = 27) geprägt. Verglichen mit dem Vorjahr (n = 53) ist jedoch eine deutliche Abnahme zu verzeichnen. Allerdings bestand bei 20 Krankenhausstandorten eine wiederholte rechnerische Auffälligkeit. Wie im letzten Jahr wurden die Vertreter der betroffenen Krankenhausstandorte um präzise Angaben zur Indikationsstellung sowie in 3 Fällen um exemplarische Übermittlung der „Heart-Team“-Protokolle gebeten. Die Analyse der für die rechnerisch auffälligen Ergebnisse verantwortlichen Patientenfälle ergab in fast allen Fällen eine invalide Dokumentation der patientencharakterisierenden Daten. Besonders oft war vergessen worden, die Gebrechlichkeit von Patientinnen und Patienten („Frailty“) als Kriterium für die Indikationsstellung zu dokumentieren. Da eine ähnliche Situation bereits im Vorjahr vorherrschte, wurden auf Empfehlung der Bundesfachgruppe 17 Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität mit den betroffenen Krankenhausstandorten abgeschlossen. Diese umfassten standardisiert folgende Maßnahmen:

- dokumentierte und wiederholte Mitarbeiterschulungen zur Dokumentation einschließlich eines geeigneten Nachweises
- unverzügliche Neuaufstellung einer geeigneten Dokumentationsinfrastruktur (softwaretechnisch, prozessual und interdisziplinär, mit ggf. erforderlichen Schnittstellen
- fachgebietsübergreifende Kommunikation und unterjährige Analysen der Ergebnisse

Die geforderten Dokumente und Nachweise sind von den Krankenhausstandorten fristgerecht geliefert worden. Damit können die formalen Vorgaben aus den Zielvereinbarungen als erfüllt betrachtet werden. Darüber hinaus werden die folgenden Strukturierten Dialoge zu diesem Indikator die Qualitätsergebnisse der letzten Jahre berücksichtigen. Persistierende Defizite in Bezug auf die Dokumentation werden dann zukünftig auch kollegiale Gespräche und Begehungen zum Zweck der Datenvaliditätsprüfung nahelegen. Dieses Vorgehen ist sämtlichen Krankenhausstandorten, die in der Auswertung zum Erfassungsjahr 2015 rechnerisch auffällig waren (auch erstmalig), im Rahmen der Bewertungsübermittlung bereits mitgeteilt worden. Alle wiederholt rechnerisch auffälligen Standorte wurden aufgrund der skizzierten Ursachen auch als qualitativ auffällig bewertet. In den Fällen, in denen zusätzlich die im Strukturierten Dialog geforderten „Heart-Team“-Protokolle nicht übermittelt wurden, sah die Bundesfachgruppe die Bewertung mit „A41 = Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ gerechtfertigt; die übrigen Standorte wurden nach Prüfung der gelieferten „Heart-Team“-Protokolle auf die erforderlichen Mindeststandards mit „A 99 – Sonstiges“ und dem zugehörigen Kommentar „Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig. Unvollständige und invalide Dokumentation lässt auf Prozessmängel schließen“ bewertet.

Nur 3 der rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte konnten als qualitativ unauffällig bewertet werden. Alle 3 waren im Vorjahr nicht rechnerisch auffällig. Grundlage hierfür waren in allen Fällen umfassende Stellungnahmen, die eine dezidierte Analyse der Fälle und Verbesserungsmaßnahmen hinsichtlich Prozess- und Strukturqualität beinhalteten. Ein Standort, der ebenfalls eine solch hochwertige Stellungnahme unter Berücksichtigung der eben skizzierten Kriterien geliefert hat, aber im Vorjahr rechnerisch auffällig war, wurde mit „D50 – Unvollständige oder falsche Dokumentation“ bewertet. Die Problematik des entlassenden Standorts mit kleinen Fallzahlen kam in einem Fall zum Tragen und wurde mit „S99 – Sonstiges“ und entsprechendem Hinweis auf die eingeschränkte Vergleichbarkeit bewertet.

Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Nach Auswertung der Daten wurden insgesamt 16 rechnerische Auffälligkeiten für die 3 eingesetzten Qualitätsindikatoren mit definiertem Referenzbereich festgestellt. Insgesamt wurden Indikatorergebnisse von 3 Krankenhausstandorten als qualitativ auffällig bewertet, an einem Standort bereits im Vorjahr. Mit den 3 betroffenen Standorten wurden Zielvereinbarungen abgeschlossen.

3 Krankenhausstandorte erhielten im Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen“ nach Durchsicht der eingereichten anonymisierten Epikrisen die Bewertung „A41 = Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig. Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel“. Einer dieser Standorte wird seit Jahren beobachtet, da bezüglich

der Sterblichkeitsraten immer wieder schlechte Ergebnisse in verschiedenen herzchirurgischen QS-Verfahren aufgefallen sind. Zuletzt fanden im Vorjahr sowohl ein kollegiales Gespräch als auch eine Begehung statt. Erfreulicherweise zeigt der Krankenhausstandort jetzt deutliche Verbesserungen in den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren aller herzchirurgischen QS-Verfahren. Lediglich in Bezug auf das QS-Verfahren *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* war das Ergebnis im risikoadjustierten Mortalitätsindikator nicht innerhalb des Referenzwerts, so dass diesbezüglich in diesem Jahr eine Zielvereinbarung abgeschlossen wurde, die eine kontinuierliche Fortführung der getroffenen Maßnahmen sicherstellt. Bei 2 weiteren Krankenhausstandorten ließen sich keine systematischen Qualitätsprobleme erkennen. Dennoch gab es Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel, sodass das Indikatorergebnis als „qualitativ auffällig“ eingestuft wurde. Mit beiden Standorten wurden Zielvereinbarungen abgeschlossen und Verbesserungsmaßnahmen vereinbart. Die Ergebnisse der ersten 3 Quartale des Erfassungsjahres 2016 zeigten für alle 3 Krankenhausstandorte deutliche Verbesserungen in diesem Indikator.

3.1.6 Transplantationsmedizin

Verfahrensmanagement: Nadja Komm, N. N. (Vertretung: Dr. Anja Dippmann, Dr. Georg Heinze, Axel Mertens)

- QS-Verfahren *Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme*
- QS-Verfahren *Lungen- und Herz-Lungentransplantation*
- QS-Verfahren *Lebertransplantation*
- QS-Verfahren *Leberlebendspende*
- QS-Verfahren *Nierentransplantation*
- QS-Verfahren *Nierenlebendspende*
- QS-Verfahren *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation*

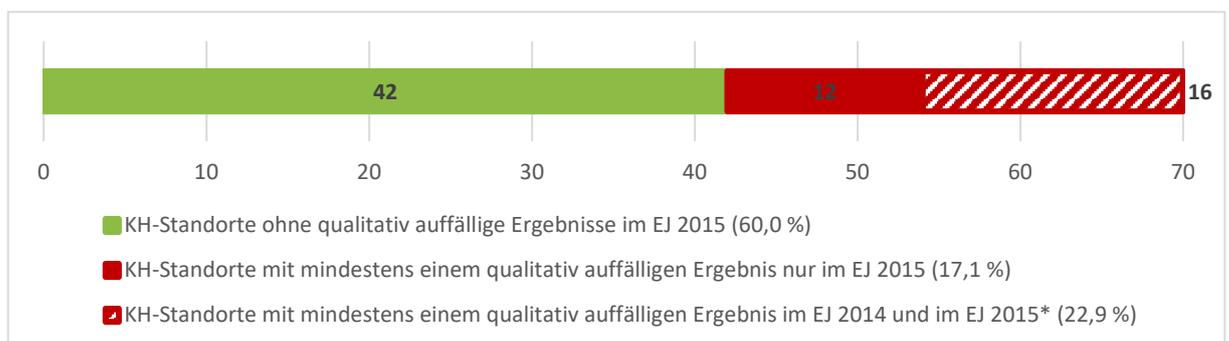


Abbildung 10: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 53 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Transplantationsmedizin betrachtet.

** Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014 und 2015 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.*

Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme sowie Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten für das Erfassungsjahr 2015 (n = 38) im Auswertungsmodul *Herztransplantation* nahezu gleich geblieben bei identischer Anzahl der datenliefernden Standorte (EJ 2014 n = 37), aber bei rückläufiger Datensatzanzahl (EJ 2015 n = 276; EJ 2014 n = 288).

2 der 6 qualitativ auffälligen Standorte des Erfassungsjahres 2015 waren bereits im Vorjahr qualitativ auffällig. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs ist der Anteil der Bewertungen als „qualitativ auffällig“ gesunken, ebenso wie der Anteil der Bewertungen als „qualitativ unauffällig“. Die intensive Überprüfung der Ergebnisse der letzten Jahre bei den Krankenhausstandorten führte im Rahmen dieses Strukturierten Dialogs dazu, dass 2 Standorte mit kleinen Fallzahlen ihr Transplantationsprogramm einstellten.

Im Auswertungsmodul *Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen* wurde der Strukturierte Dialog erstmals durchgeführt. Im QI „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Implantation eines LVAD“ (QI-ID 52382) wurden bei 4 von 17 rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorten die Indikationsstellungen bei teilweise prognostisch ungünstiger Patientenselektion hinterfragt. Die betroffenen Standorte gaben an, im Rahmen des Strukturierten Dialogs bereits eigene Verbesserungsmaßnahmen getroffen zu haben und erhielten darüber hinaus ein Feedback von der Bundesfachgruppe. Die Ergebnisse wurden abschließend als „qualitativ auffällig“ bewertet.

Die Sterblichkeitsfälle der anderen Krankenhausstandorte waren auf schicksalhafte Einzelfälle zurückzuführen. Entsprechend wurden die Indikatorergebnisse als „qualitativ unauffällig“ bewertet.

Beim Indikator „Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD“ (QI-ID 52385) wurden 5 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt. Bei einem Standort wurde das Ergebnis als qualitativ auffällig bei ungünstiger Patientenselektion bzw. OP-Zeitpunkt bewertet (A99). Ein weiteres Ergebnis wurde abschließend als „qualitativ auffällig“ bewertet (A41). Hier hatte der Krankenhausstandort selbst in der Stellungnahme dargelegt, dass Patientinnen und Patienten mit erhöhter Wahrscheinlichkeit einer postoperativen Blutung in anderen Organsystemen und der daraus folgenden Notwendigkeit der reduzierten Antikoagulation mit den möglichen Gefahren für thromboembolische Ereignisse nicht mehr für ein Herzunterstützungssystem infrage kommen sollten.

Im QS-Verfahren *Lungen- und Herz-Lungentransplantation* war für das Erfassungsjahr 2015 ein Rückgang an Datensätzen (n = 301) bei gleichzeitiger Zunahme an rechnerischen Auffälligkeiten (EJ 2015 n = 25, EJ 2014 n = 19) zu verzeichnen. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs betrug der Anteil an „qualitativ unauffälligen“ Bewertungen mit 44 % genauso viel wie der Anteil an der Bewertungskategorie „Sonstiges“. Als „qualitativ auffällig“ wurden 12 % (n = 3) der Indikatorergebnisse eingestuft. Hier trat eine wiederholte qualitative Auffälligkeit beim Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (QI-ID 2155) auf, was eine Zielvereinbarung zur Senkung der Sterblichkeitsrate nach sich zog.

Lebertransplantation und Leberlebendspende

Insgesamt waren in den QS-Verfahren *Lebertransplantation* und *Leberlebendspende* 38 rechnerische Auffälligkeiten bei den Qualitätsindikatoren zu verzeichnen. Davon wurden 18 (47,37 %) nach dem Strukturierten Dialog als „qualitativ auffällig“ bewertet.

Die ermittelte Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten ist im Vergleich zum Vorjahr gleich geblieben (n = 38). In den Jahren davor war die Anzahl noch wesentlich höher (EJ 2012 n = 60, EJ 2013 n = 46). Der Rückgang an rechnerischen Auffälligkeiten ist ausschließlich auf den Einsatz der Worst-Case-Indikatoren zurückzuführen. Die im Erfassungsjahr 2015 zum vierten Mal angewandte Worst-Case-Analyse zeigt eine deutliche Verbesserung hinsichtlich der Nachsorgedokumentation im 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up. Weiterer Verbesserungsbedarf wird im QS-Verfahren *Leberlebendspende* gesehen, da es sich hierbei um einen hochsensiblen Bereich handelt, in welchem die Nachsorge und deren Dokumentation einen besonderen Stellenwert einnehmen. Durch die Stellungnahmen wurde jedoch deutlich, dass der Anteil an Patientinnen und Patienten, zu denen keine Informationen vorlagen, letztendlich doch sehr gering ist. Die Ursachen lagen hauptsächlich bei der nicht fristgerechten und unvollständigen Übermittlung der Daten. Hier kam es zu wiederholter qualitativer Auffälligkeit im Worst-Case-Indikator zum 1- und 2-Jahres Follow-up.

Im QS-Verfahren *Lebertransplantation* musste mit Vertretern eines Krankenhausstandortes ein kollegiales Gespräch geführt werden, da vereinzelt medizinische Probleme bzw. Unklarheiten überwiegend zu den aufgeführten Begründungen zur Sterblichkeit im Krankenhaus festgestellt wurden, die weiteren Klärungsbedarf nach sich zogen. Hier kam es zu einer wiederholten qualitativen Auffälligkeit bei der postoperativen Verweildauer. Letztlich konnte die Auffälligkeit plausibel und nachvollziehbar erklärt werden. Mit 3 Standorten wurde aufgrund der analysierten Ergebnisse durch die Bundesfachgruppe eine Zielvereinbarung geschlossen. 2 Zielvereinbarungen wurden zur Steigerung der 1-Jahres-Überlebensrate und eine Zielvereinbarung zur Verringerung der Sterblichkeit im Krankenhaus getroffen.

Nierentransplantation, Nierenlebendspende und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

In den QS-Verfahren *Nierentransplantation* und *Nierenlebendspende* gab es im Erfassungsjahr 2015 insgesamt 92 rechnerische Auffälligkeiten in Bezug auf die Qualitätsindikatoren. Die Reduzierung der rechnerischen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr (n = 136) beruht auf dem planmäßigen Aussetzen des Strukturierten Dialogs 2016 im QS-Verfahren *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* aufgrund der über zwei Erfassungsjahre kumulierten Auswertung. Von den 92 überprüften rechnerischen Auffälligkeiten wurden 21 nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als „qualitativ auffällig“ bewertet (22,8 %).

Für das Erfassungsjahr 2015 ist ein leichter Anstieg der Anzahl an Nierentransplantationen und -lebendspenden zu verzeichnen. Im QS-Verfahren *Nierentransplantation* zeigte sich sowohl in Bezug auf das 1-, 2- und 3-Jahres-Überleben der operierten Patientinnen und Patienten als auch in Bezug auf das Organüberleben eine gleichbleibend gute Versorgungsqualität. Gemessen an den internationalen Überlebensraten weisen die Ergebnisse für Deutschland in Bezug auf das

Patientenüberleben nach Transplantation vergleichbare Ergebnisse auf. Die Sterblichkeitsrate im Krankenhaus ist, wie bereits im Vorjahr, gesunken und liegt auf Bundesebene bei unter 1 %.

Im QS-Verfahren *Nierenlebenspende* ist im Erfassungsjahr 2015 wie bereits im Vorjahr kein Spender nach dem Eingriff im Krankenhaus verstorben. Eine wiederholte qualitative Auffälligkeit trat in 3 Fällen in den Worst-Case-Indikatoren zum 1- und 3-Jahres-Follow-up auf.

Bei den schriftlichen Stellungnahmen der Krankenhausstandorte mussten 6 Präzisierungen angefordert werden. Diese bezogen sich auf Nachfragen zur Indikation, zu Laborparametern oder zur Anforderung einer ausführlicheren Epikrise. Mit einem Krankenhausstandort wurde eine Zielvereinbarung zur Senkung der Komplikationsrate im QS-Verfahren *Nierentransplantation* geschlossen. Insgesamt kam es zu 3 wiederholten qualitativen Auffälligkeiten in diesem Indikator sowie zu 2 bei den Worst-Case-Indikatoren zum 2- und 3-Jahres-Follow-up.

3.1.7 Gynäkologie

Verfahrensmanagement: Kathrin Rickert, Dr. Anja Katharina Dippmann

▪ QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)*

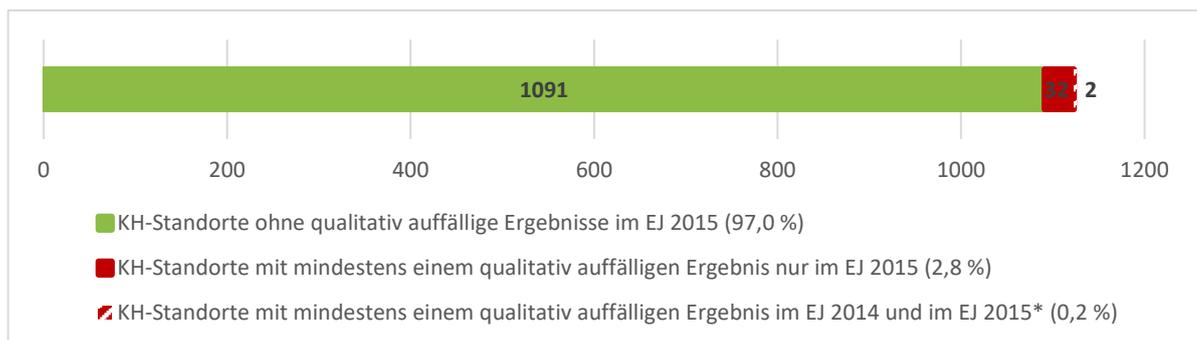


Abbildung 11: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 8 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)* betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014 und 2015 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Der Strukturierte Dialog im QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)* wurde im Erfassungsjahr 2015 zu 985 ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten geführt. Die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten ist im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (EJ 2014 n = 845). Dies begründet sich insbesondere durch eine Zunahme an rechnerisch auffälligen Standorten in den folgenden Indikatoren:

▪ QI-ID 51418: Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation

In diesem Indikator wurden im Strukturierten Dialog zum EJ 2014 110 Standorte rechnerisch auffällig, im Strukturierten Dialog zum EJ 2015 waren es 181 Standorte. Hintergrund ist hier eine Änderung der Rechenregel des Indikators: Bis zum Erfassungsjahr 2014 wurden Fälle, für

die neben dem OPS-Kode zum gynäkologischen Eingriff bestimmte weitere OPS-Kodes dokumentiert wurden, aus dem Indikator ausgeschlossen. Diese Einschränkung fiel mit dem Erfassungsjahr 2015 weg, sodass sich die Grundgesamtheit des Indikators erweitert hat und es bei diesem Sentinel-Event-Indikator zu einer erhöhten Anzahl an aufgetretenen Fällen kam.

- **QI-ID 51907: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne spezifische Angabe zum Befund**

In diesem Indikator wurden im Strukturierten Dialog zum EJ 2014 118 Standorte rechnerisch auffällig, im Strukturierten Dialog zum EJ 2015 waren es 190 Standorte. Eine Ursache für die erhöhte Anzahl rechnerisch auffälliger Standorte ließ sich nicht feststellen.

- **QI-ID 52535: Beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen bis 45 Jahre**

Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2015 erstmals ausgewertet, sodass mit dem Strukturierten Dialog 2016 erstmals eine Bewertung der Ergebnisse erfolgte. Bei diesem Indikator wurden 53 rechnerisch auffällige Standorte ermittelt.

Insgesamt 250 der 985 rechnerisch auffälligen Standorte wurden im Strukturieren Dialog zum EJ 2015 erneut rechnerisch auffällig. Zu 36,6 % der rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Hinweis an die Krankenhausstandorte versendet (n = 361). Dieser Anteil ist im Vergleich zum Vorjahr somit gesunken (EJ 2014: 48,4 %). Bezüglich 616 (62,5 %) rechnerisch auffälliger Ergebnisse wurde von den beteiligten Krankenhausstandorten eine Stellungnahme angefordert. Bei 7 rechnerisch auffälligen Ergebnissen erfolgte dagegen keine Maßnahme, da das Krankenhaus oder die Abteilung geschlossen wurde bzw. nur ein Fall für das rechnerisch auffällige Ergebnis verantwortlich war.

Die Rückmeldungen aus den Stellungnahmen gaben Anlass für insgesamt 2 kollegiale Gespräche. Eine Begehung wurde in einem Fall durchgeführt. Darüber hinaus wurden als Konsequenz aus den Stellungnahmen insgesamt 26 Zielvereinbarungen mit den Krankenhäusern geschlossen.

Eine Vielzahl der Krankenhäuser konnten die rechnerisch auffälligen Ergebnisse in ihren Stellungnahmen nachvollziehbar erklären und darlegen. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden somit 49,6 % (n = 489) der rechnerischen Auffälligkeiten als „qualitativ unauffällig“ bewertet, was im Vergleich zum Vorjahr, in dem 38,5 % der rechnerischen Auffälligkeiten als „qualitativ unauffällig“ bewertet wurden, eine Zunahme bedeutet. Am häufigsten konnte das abweichende Ergebnis durch Einzelfälle (n = 327) erklärt werden oder es gab keine Hinweise auf Mängel der medizinischen Qualität (n = 122). Daneben waren besondere klinische Situationen sowie sonstige Gründe Ursachen für die rechnerischen Auffälligkeiten.

Aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation konnten 7,8 % (n = 77) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nicht bewertet werden. Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2014 ist dieser Anteil nahezu gleich geblieben (7,5 %). Grund für die fehlerhafte Dokumentation war ausschließlich eine unvollständige oder falsche Dokumentation. Softwareprobleme oder andere Gründe wurden nicht festgestellt. Vor allem bei den Indikatoren „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe“ (QI-ID 51907) sowie „Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden“ (QI-ID 52283) wurde die Bewertung „D50 – Unvollständige oder falsche Dokumentation“ vorgenommen.

Als „qualitativ auffällig“ wurden nach Abschluss des Strukturierten Dialogs 4,5 % der rechnerischen Auffälligkeiten (n = 45) beurteilt. Im Vergleich zu den Vorjahren ist hier erneut ein leichter Anstieg der qualitativ auffälligen Ergebnisse zu verzeichnen (EJ 2014: 4,0 %, EJ 2013: 3,1 %). Ein Krankenhausstandort wurde bezüglich des Indikators „Organverletzung bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation“ (QI-ID 51418) erneut als qualitativ auffällig bewertet. Bei insgesamt 29 rechnerischen Auffälligkeiten wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel gesehen, hier vor allem bei den Indikatoren „Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff“ (QI-ID 12874) und „Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden“ (QI-ID 52283). Bezüglich des Indikators 12874 ist im Vergleich zum Vorjahr eine Zunahme der qualitativ auffälligen Standorte festzustellen (EJ 2014: 5 Standorte, EJ 2015: 14 Standorte). Möglicherweise hängt dies mit der Erläuterung zum Strukturierten Dialog zusammen, die in die Beschreibung der Qualitätsindikatoren aufgenommen wurde. Demnach sollten Häuser, die den Dokumentationsbogen abschließen bevor der histologische Befund vorliegt bei wiederholtem Auftreten als qualitativ auffällig bewertet werden.

Für den Indikator „Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden“ (QI-ID 52283) wurde in der QIDB 2015 um eine ausführliche Darstellung in den Länderberichten zum Strukturierten Dialog gebeten, um die Hintergründe hoher Raten analysieren und den Indikator ggf. entsprechend anpassen zu können. Ein Land ist dieser Bitte gefolgt: Hier wurde dargestellt, dass die lange Liegedauer des transurethralen Dauerkatheters durch einen abdominalen Eingriff indiziert war, nicht durch die Ovariectomie.

3.1.8 Mammachirurgie

Verfahrensmanagement: Dr. Anja Katharina Dippmann, Kathrin Rickert, Nicole Strutz

▪ QS-Verfahren Mammachirurgie

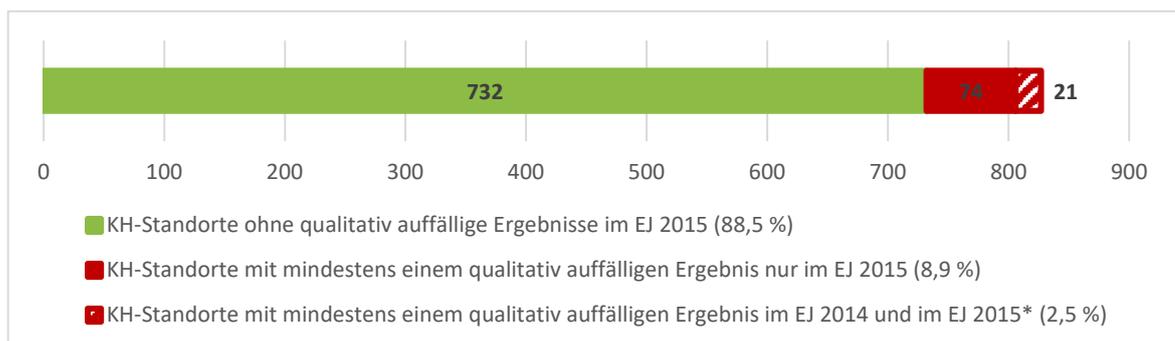


Abbildung 12: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 7 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Mammachirurgie betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014 und 2015 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im Rahmen des Strukturierten Dialogs sind 3 Qualitätsindikatoren – recht homogen über die Bundesländer verteilt – mit besonderem Verbesserungspotenzial in Erscheinung getreten. Hierbei handelt es sich um:

- QI-ID 51847: „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“
- QI-ID 51846: „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“
- QI-ID 52279: „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“

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

Bei diesem QI weist ein hoher Anteil an Krankenhausstandorten rechnerische und qualitative Auffälligkeiten auf. Im Erfassungsjahr 2015 sind 5 Krankenhausstandorte wiederholt auffällig geworden.

In den Länderberichten werden als Gründe für qualitative Auffälligkeiten technische Schwierigkeiten bei der Durchführung der Lymphknotendetektion genannt, die auf fehlende strukturelle Voraussetzungen hinweisen. Zudem wird in der Gruppe der hochbetagten Patientinnen und Patienten anstelle der in der S3-Leitlinie empfohlenen Sentinel-Lymphknoten-Biopsie offenbar bisweilen ein Lymphknotensampling durchgeführt. Für diesen Indikator liegt besonderer Handlungsbedarf vor, da das Qualitätsdefizit auf Ebene der Qualitätsförderung mit den gegebenen Instrumenten des Strukturierten Dialogs zwar identifiziert, aber nicht grundsätzlich zu lösen ist.

QI-ID 51846: „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“

Aus den Länderberichten des Strukturierten Dialogs 2016 gehen Informationen zu fehlenden Strukturvoraussetzungen für die Durchführung von Stanzbiopsien und in diesem Zusammenhang auf bioptisch nicht abgeklärte auffällige MRT-Befunde hervor. 144 Krankenhausstandorte wurden im Erfassungsjahr 2015 rechnerisch auffällig und bei 24 Krankenhausstandorten wurde daraufhin ein Qualitätsdefizit im Strukturierten Dialog festgestellt. 5 dieser Krankenhausstandorte wiesen bereits im Erfassungsjahr 2014 für diesen Qualitätsindikator qualitative Mängel auf.

QI-ID 52279: „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“

Betrachtet man Krankenhausstandorte bezogen auf den QI 52279, so fällt eine große Anzahl an Krankenhausstandorten mit rechnerischen und qualitativen Auffälligkeiten auf. Von allen Länderberichten zum Strukturierten Dialog berichten zwei Drittel Hinweise auf Defizite und Fehler bei der Dokumentation. Vielfach wurde offenbar – dies spiegelt auch der Datenvalidierungsbericht zum EJ 2015 wieder – die tatsächlich vorgenommene intraoperative Bildgebung nicht oder nicht korrekt dokumentiert. Es wird auch von Verständnisproblemen berichtet, diese betreffen den Umgang mit der Leitlinienempfehlung, dem Statement zum „QI Nr. 2 – Intraoperative Präparatradio-/sonographie“ aus der S3-Leitlinie „Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ für präoperativ nicht tastbare Tumoren. Anders als bei der intraoperativen Bildgebung präoperativ mammografischer Drahtmarkierungen gibt es beim hier beschriebenen Qualitätsindikator der präoperativ sonografischen

Drahtmarkierung noch Verbesserungspotenzial. Es zeigen sich 6 Krankenhausstandorte als wiederholt qualitativ auffällig. Ausfüllhinweise der Datenfelder, die den Indikator betreffen, wurden in der Spezifikation 2018 ergänzt, um die Verständlichkeit zu erhöhen.

3.1.9 Perinatalmedizin

Verfahrensmanagement: Stefanie Konheiser, Teresa Thomas, Diana Münch, PD Dr. Günther Heller

- QS-Verfahren *Geburtshilfe*
- QS-Verfahren *Neonatologie*

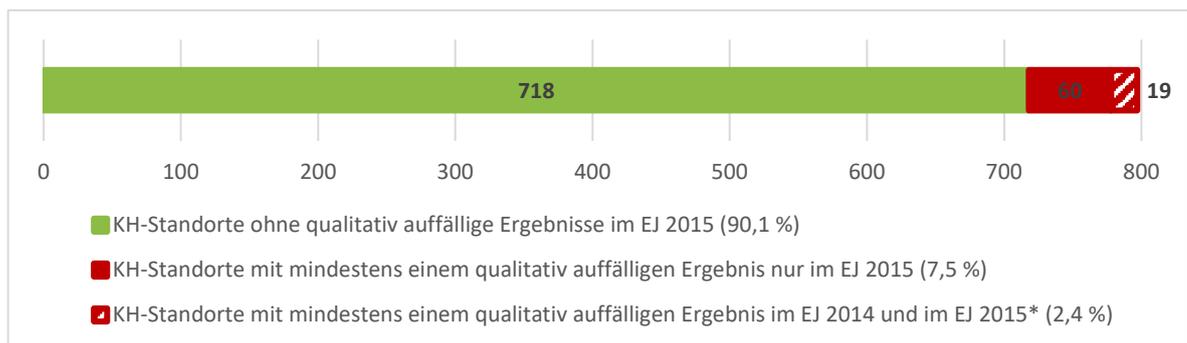


Abbildung 13: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 19 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Perinatalmedizin betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014 und 2015 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Geburtshilfe

Für das QS-Verfahren *Geburtshilfe* ergaben sich im Erfassungsjahr 2015 für 10 mit einem Referenzbereich ausgewiesene Qualitätsindikatoren 551 rechnerische Auffälligkeiten. Dieses Ergebnis ist im Vergleich zum EJ 2014, in dem 617 rechnerisch auffällige Ergebnisse gefunden wurden, rückläufig. Zu den rechnerischen Auffälligkeiten des EJ 2015 wurden 152 Hinweise versendet, im EJ 2014 betrug diese Anzahl 187. Des Weiteren wurden im EJ 2015 auf Basis der rechnerischen Auffälligkeiten 394 Stellungnahmen angefordert, im Gegensatz zu 408 verschickten Stellungnahmen im EJ 2014. 8 rechnerische Auffälligkeiten boten im EJ 2015 einen Anlass für kollegiale Gespräche (EJ 2014 n = 15). In 2 Fällen wurde eine Begehung durchgeführt. Abschließend wurden 30 Zielvereinbarungen mit den betroffenen Einrichtungen geschlossen. Im Vergleich zum EJ 2014 zeigt sich hier ein Rückgang der Begehungen (EJ 2014 n = 4) bei einem gleichzeitigen Rückgang der getroffenen Zielvereinbarungen (EJ 2014 n = 41).

Der Strukturierte Dialog wurde – wie bereits im Vorjahr – vor allem zu den Indikatoren „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (QI-ID 318) (EJ 2015: n = 179; EJ 2014: n = 179) und „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (QI-ID 330) (EJ 2015: n = 91; EJ 2014: n = 69) durchgeführt. Zu diesen Indikatoren wurden auch die meisten Zielvereinbarungen geschlossen.

Insgesamt ist die Anzahl der nach Abschluss des Strukturierten Dialogs ermittelten qualitativen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr gesunken (EJ 2014: 13,9 %; EJ 2015: 10,9 %). Die häufigsten absoluten als „qualitativ auffällig“ bewerteten Ergebnisse fanden sich für das EJ 2015 bei den QIs „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kaiserschnittgeburten“ (QI-ID 52249) (n = 18), „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (QI-ID 51803) (n = 8) und „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (n = 8). Für das EJ 2014 wurden die Ergebnisse zu den QIs „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (n = 20) und „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (n = 16) ebenfalls am häufigsten als „qualitativ auffällig“ eingestuft. Somit lässt sich sagen, dass die absoluten „qualitativ auffälligen“ Ergebnisse bei diesen Indikatoren im Vergleich zum Vorjahr gesunken sind. Beim QI „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kaiserschnittgeburten“ (EJ 2015: n = 18) ist die Anzahl im Gegensatz zu Vorjahr allerdings gestiegen (EJ 2014: n = 7). Als Gründe für die qualitativen Auffälligkeiten beim QI „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ wurden von den Krankenhausstandorten vielfältig akute, nicht im Voraus planbare geburtshilfliche Situationen, bei denen ein postpartales Eintreffen des Pädiaters nicht immer zu vermeiden ist, genannt. Aber auch Prozess- und Strukturängel wurden – ebenso beim Indikator „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ – als Ursache kommuniziert. Zudem gaben 2 Kliniken keine Stellungnahmen nach verschickten Mahnungen ab.

Neonatologie

Im QS-Verfahren *Neonatologie* wurden für das Erfassungsjahr 2015 insgesamt 354 rechnerische Auffälligkeiten – basierend auf 9 mit einem Referenzbereich ausgewiesenen Qualitätsindikatoren – festgestellt. Im Vergleich zum EJ 2014 (n = 314) ist diese Anzahl gestiegen. Weiterhin wurden im EJ 2015 zu diesen rechnerisch auffälligen Ergebnissen 119 Hinweise versendet, im EJ 2014 lag die Anzahl bei 121 Hinweisen. Zu 233 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde im Gegensatz zum Vorjahr vermehrt eine Stellungnahme angefordert (EJ 2014 n = 193). Als weiterführende Maßnahme wurde im EJ 2015 in 7 Fällen eine Besprechung durchgeführt, im EJ 2014 lag diese Anzahl bei 12. Insgesamt wurden für das EJ 2015 28 Zielvereinbarungen getroffen (EJ 2014 n = 30), dies betraf vor allem die Indikatoren „Aufnahmetemperatur nicht angeben“ (QI-ID 51845) (n = 12) und „Durchführung eines Hörtests“ (QI-ID 50063) (n = 7). Insbesondere zu diesen beiden Indikatoren wurde ein Strukturierter Dialog durchgeführt (n = 92 respektive 85). Bei den 85 ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten im QI „Durchführung eines Hörtests“ wurden 41 Krankenhausstandorte im EJ 2015 wiederholt auffällig.

Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs sind 9,1 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse als „qualitativ auffällig“ eingestuft worden. Demnach ist die Rate der qualitativen Auffälligkeiten gegenüber dem Vorjahr gesunken (EJ 2014 = 11,7 %). Die häufigsten absoluten qualitativen Auffälligkeiten wurden bei den QIs „Aufnahmetemperatur nicht angeben“ (n = 5), „Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad“ (QI-ID 50064) (n = 8) und „Durchführung eines Hörtests“ (n = 5) festgestellt. Bei den letzten beiden genannten Indikatoren wurden jeweils 2 Krankenhausstandorte für das EJ 2015 erneut als „qualitativ auffällig“ gewertet. Im Vorjahr sind ebenfalls vermehrt qualitative Auffälligkeiten beim QI „Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad“ (EJ 2014: n = 8) ermittelt worden. Zusätzlich ergaben sich für das EJ 2014 ebenfalls 8 qualitative Auffälligkeiten für

den QI „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)“ (QI-ID 50062). Bei diesem Indikator ergaben sich im EJ 2015 3 „qualitativ auffällige“ Ergebnisse. Hierbei zeigt sich also eine Reduktion der als „qualitativ auffällig“ gewerteten Ergebnisse.

Der QI „Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad“ wurde überwiegend aufgrund von Struktur- und Prozessmängeln als „qualitativ auffällig“ gewertet bezüglich des Wärmemanagements und kontinuierlichen Wärmemonitorings bei hypotrophen, frühgeborenen Kindern im Kreißsaal bzw. bei Verlegung auf die Kinderstation. Bezogen auf den QI „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ und „Durchführung eines Hörtests“ lassen sich qualitative Auffälligkeiten ebenfalls potenziell durch Struktur- und Prozessmängel erklären, z. B. aufgrund einer steigenden Personalfuktuation und eines zunehmenden Personalmangels.

3.1.10 Orthopädie und Unfallchirurgie

Verfahrensmanagement: Cristina Thole, Miriam Meschede, Theresa Schröder, Dr. Anja Katharina Dippmann

- QS-Verfahren Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
- QS-Verfahren Hüftendoprothesenversorgung
- QS-Verfahren Knieendoprothesenversorgung

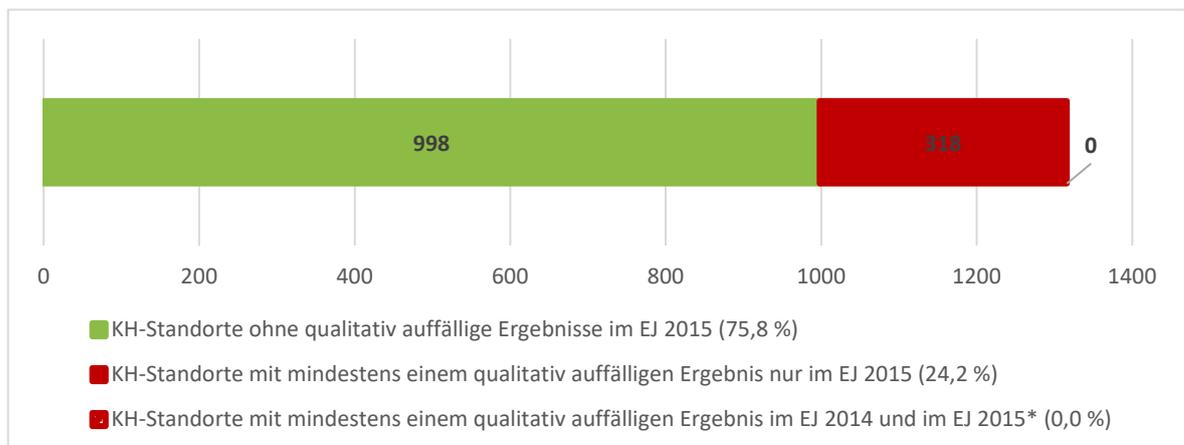


Abbildung 14: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 31 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Orthopädie und Unfallchirurgie betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014 und 2015 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im Versorgungsbereich Orthopädie und Unfallchirurgie wurden im Erfassungsjahr 2015 insgesamt 5.979 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Im Rahmen des Strukturierten Dialogs verschickten die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung dazu 2.290 Hinweise und forderten 3.642 Stellungnahmen an. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden 538 Zielvereinbarungen geschlossen und 509 (8,51 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse als „qualitativ auffällig“ eingestuft.

Vorwiegend lagen rechnerische Auffälligkeiten bei den Indikatoren zur präoperativen Verweildauer (QI-ID 54030 im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* und QI-ID 54003 im QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung*) vor. Das IQTIG hat für diese Indikatoren für das Erfassungsjahr 2015 einen besonderen Handlungsbedarf (damals Handlungsbedarf C) festgestellt. Daher legten die Landesgeschäftsstellen ihren Schwerpunkt im SD-Bericht auf diese beiden Indikatoren. Es wurden bei den auffälligen Kliniken unter anderem Struktur- und Prozessprobleme festgestellt. Hierzu wurden beispielhaft fehlende OP-Kapazitäten oder organisatorische Gründe wie die schlechte Verfügbarkeit von postoperativen Überwachungsmöglichkeiten genannt.

Die im EJ 2015 noch nicht korrekte Erfassung von In-House-Stürzen in der Rechenregel zur präoperativen Verweildauer im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* (QI-ID 54030) wurde ebenfalls als Grund für eine verlängerte präoperative Verweildauer genannt. Aufgrund der Anpassung der Spezifikation werden ab dem Erfassungsjahr 2016 In-House-Stürze in diesem Indikator zeitgenau erfasst und sollten im Strukturierten Dialog keine Ursache mehr für rechnerische Auffälligkeiten darstellen.

Eine weitere, mehrfach beschriebene Problematik im Zusammenhang mit dem Indikator ist die präoperative Einnahme eines Medikaments zur Hemmung der Blutgerinnung (Antikoagulantien-Therapie). Diese Einnahme kann nach Aussage einiger Kliniken bzw. der LQS ebenfalls eine Verzögerung des Operationszeitpunkts beeinflussen. Einige LQS sehen die 24-Stunden-Regel wegen der schwierigen Antagonisierbarkeit bei den NOAKS („Neue orale Antikoagulantien“) daher kritisch.

Rückfragen zu den neuen oralen Antikoagulantien lagen dem IQTIG bereits Anfang 2016 vor. Daher wurden den LQS vor der Durchführung des Strukturierten Dialogs aktuelle Informationen zum Umgang mit Antikoagulantien bereitgestellt, mit der Bitte, diese an die Krankenhäuser weiterzuleiten. Eine LQS meldet, dass sie Kliniken, die ihre Auffälligkeit damit begründen, nochmals explizit auf die vorhandenen Informationen hingewiesen hatte.

Zwei LQS wiesen in ihren Berichten darauf hin, dass die Änderung des Qualitätsziels auf 24 Stunden für einige Krankenhäuser sehr überraschend erst im Laufe des Jahres 2015 bzw. im Frühjahr 2016 bekannt gegeben wurde.

Bezüglich der 24-Stunden-Regel im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* äußerte eine LQS folgende Bedenken: „Die Fachgruppe wies kritisch darauf hin, dass durch den großzügigeren Referenzbereich von ≤ 48 Stunden für nicht gelenkerhaltende Eingriffe ggf. falsche Anreize gesetzt werden könnten, was zu einer möglichen Verlagerung zu vermehrter endoprothetischer Versorgung führen könnte.“

Im „Bericht zum Strukturierten Dialog 2015“ wurde zu den beiden Sentinel-Event-Indikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (QI-ID 457, QI-ID 471) in den ehemaligen QS-Verfahren *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation* und *Hüft-Endoprothesen-Wechsel und -komponentenwechsel* vermerkt, dass die LQS erneut äußern, dass sich die Analyse der Todesfälle im Rahmen eines Sentinel-Event-Indikators in diesen QS-Verfahren als ineffektiv erwiesen hat. Seit dem EJ 2015

werden die Indikatoren zu Todesfällen während des akut-stationären Aufenthalts risikoadjustiert ausgewertet. Das IQTIG hat die Länder daher gebeten, die Ergebnisse des SDs zu diesen Ereignissen in ihren SD-Berichten differenzierter darzustellen. Einige LQS haben die Bewertungsart: „Sentinel-Event“ beim Indikator „Todesfälle während des akut-stationären Aufenthalts bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit“ (QI-ID 54013) im QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* weiterhin kritisch gesehen. Die meisten LQS kamen zum Ergebnis, dass bei rechnerisch auffälligen Kliniken oftmals keine qualitative Auffälligkeit vorlag, sondern es sich überwiegend um schicksalhafte Einzelfälle handelte. Von vereinzelt Dokumentationsproblemen, wie z. B. falscher ASA-Zuordnung, berichtete eine LQS. Als „qualitativ auffällig“ bewertet wurden beispielsweise Kliniken in Baden-Württemberg, die aufgetretene Blutungsverluste nur unzureichend behandelt haben, sodass der Patient / die Patientin infolge dessen verstorben ist. Ein weiterer Klinikstandort gilt als qualitativ auffällig, da hier ohne Vorhaltung von Intensivbetten zwei Risikopatienten operiert wurden. In der Folge musste in beiden Fällen eine Verlegung zum Partnerstandort stattfinden, an dem die Patientinnen oder Patienten dann verstorben sind. Im SD ergab sich der Verdacht, dass es aufgrund der Verlegung und durch Schnittstellenproblematiken zu Verzögerungen bei der Diagnose und Therapie kam.

3.1.11 Pflege

Verfahrensmanagement: Kathrin Rickert, Cristina Thole

▪ QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe*

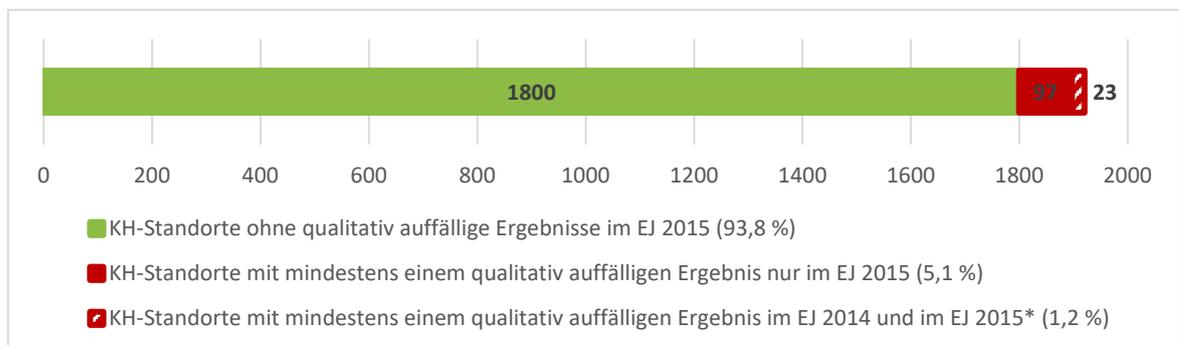


Abbildung 15: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 2 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens *Pflege: Dekubitusprophylaxe* betrachtet.

* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014 und 2015 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Der Strukturierte Dialog konnte im QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* von allen Fachgruppen auf Landesebene fristgerecht beendet werden. Insgesamt wurden bei den 2 Qualitätsindikatoren 705 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt, was im Vergleich zum Vorjahr ($n = 714$) einen Rückgang bedeutet. Wiederholt rechnerisch auffällig wurden für das Erfassungsjahr 2015 394 Standorte. Hier fällt bezüglich des Indikators „Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4“ (QI-ID 52010) auf, dass 60,9 % der rechnerisch

auffälligen Standorte dies bereits im Vorjahr waren. Beim Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ (QI-ID 52009) ist dieser Anteil mit 22,6 % deutlich geringer.

An die rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte wurden insgesamt 95 Hinweise versendet und es wurden 611 Stellungnahmen angefordert. 30-mal wurde eine Besprechung der Ergebnisse und 3-mal eine Begehung durchgeführt. Für 77 der rechnerischen Auffälligkeiten wurde eine Zielvereinbarung geschlossen. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich somit – trotz Rückgangs der rechnerischen Auffälligkeiten – die Anzahl dieser weiterführenden Maßnahmen erhöht: Im Strukturierten Dialog 2015 waren es 14 kollegiale Gespräche, die durchgeführt wurden, und es fanden 4 Begehungen statt. Zielvereinbarungen wurden 46-mal geschlossen.

Die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten, die im Ergebnis des Strukturierten Dialogs als „qualitativ unauffällig“ eingestuft wurden, entspricht in etwa der des Vorjahres: Im Strukturierten Dialog zum EJ 2015 sind 45,8 % (n = 323) als unauffällig eingestuft, im Strukturierten Dialog zum EJ 2014 waren es 44,3 % (n = 317). Allerdings ist der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten, die im Ergebnis als „qualitativ auffällig“ eingestuft werden, im Vergleich zu den Vorjahresergebnissen um 5,9 % angestiegen (EJ 2015: 18,2 %, n = 128; EJ 2014: 12,3 %, n = 88). 23 Standorte (3,3 %) wurden im Strukturierten Dialog zum EJ 2015 erneut als qualitativ auffällig beurteilt.

Bei getrennter Betrachtung der beiden Indikatoren zeigt sich insbesondere für den Indikator 52010 ein negativer Trend bezüglich qualitativer Auffälligkeiten: Der Anteil qualitativ auffälliger Standorte an rechnerisch auffälligen Standorten erhöht sich von 8,9 % (n = 57) im Strukturierten Dialog zum EJ 2014 auf 14,6 % (n = 89) im Strukturierten Dialog zum EJ 2015. Bezogen auf alle in diesem Indikator betrachteten Krankenhausstandorte steigt der Anteil qualitativ auffälliger Standorte für diesen Indikator um 1,7 % (EJ 2014: 3,0 %, EJ 2015: 4,7 %).

Die Einstufung von rechnerischen Auffälligkeiten in „Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich“ wurde im Vergleich zum Vorjahr seltener vorgenommen (EJ 2015: 19,3 %, n = 136; EJ 2014: 22,7 %, n = 164). Dennoch ist die Rate fehlerhafter Dokumentationen nach wie vor hoch. Den Berichten der Länder ist zu entnehmen, dass in vielen Krankenhäusern nach wie vor Unsicherheiten und Schwierigkeiten bei der Einstufung eines Dekubitus, bei der Einstufung des Risikos und auch bei der Abgrenzung eines Dekubitus zu anderen Hautläsionen bestehen. Dementsprechend sind weitere Schulungsmaßnahmen dringend zu empfehlen, worauf die Krankenhäuser im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Teil auch hingewiesen wurden. Des Weiteren ist den Berichten der Länder zu entnehmen, dass zwischen der pflegerischen Wund- bzw. Dekubitus Erfassung und der DRG-Kodierung durch die Kodierfachkräfte/Medizincontroller zum Teil Diskrepanzen bestehen. Hier scheinen Kommunikationsprobleme vorzuliegen.

Teil B Verfahrensperspektive

4 Betrachtung der Prozesse des Strukturierten Dialogs

4.1 Überblick

Auf Basis der im Erfassungsjahr 2015 gelieferten 3.179.246 Datensätze wurden für 208 Qualitätsindikatoren mit definiertem Referenzbereich Ergebnisse berechnet. Aus zunächst 15.858 Abweichungen von diesem Referenzbereich resultierten nach dem Strukturierten Dialog mit den Verfahrensteilnehmern letztlich 1.761 Qualitätsdefizite sowie 1.655 relevante Dokumentationsmängel. Bei diesen Zahlen ist zu beachten, dass sie sich auf Indikatorergebnisse und nicht auf Krankenhausstandorte beziehen. In der Regel liefert ein Krankenhausstandort Daten für mehrere QS-Verfahren und somit werden für ihn je nach QS-Verfahren unterschiedlich viele Qualitätsindikatoren berechnet.

Zur Abklärung der rechnerischen Auffälligkeiten wurden 9.797 Stellungnahmen von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS; indirekte Verfahren) bzw. dem IQTIG (direkte Verfahren) angefordert und bearbeitet. In 94 Fällen wurden keine Maßnahmen ergriffen. Hierbei handelte es sich häufig um Situationen, in denen lediglich ein Fall die Auffälligkeit generiert hatte. Weitere Gründe für nicht eingeleitete Maßnahmen waren z. B. der Zusammenschluss bzw. das Schließen von Abteilungen oder Krankenhausstandorten. In 3 Fällen wurde nach rechnerischer Auffälligkeit eine „sonstige Maßnahme“ berichtet. Eine insolvente Einrichtung war an einen anderen Träger übergegangen.

Darüber hinaus wurden mit Vertretern von 282 Krankenhausstandorten kollegiale Gespräche geführt; 19 Standorte wurden im Rahmen einer Begehung besucht. Zur Behebung der identifizierten Qualitätsdefizite wurden 1.121 Zielvereinbarungen mit den Klinikvertretern geschlossen. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden insgesamt 11,1 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse auch als „qualitativ auffällig“ bewertet; in 38,0 % der Fälle konnte der Strukturierte Dialog keine Hinweise auf Qualitätsmängel erbringen. Die entsprechenden Indikatorergebnisse wurden als „qualitativ unauffällig“ bewertet. 37,6 % der rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse wurden mit dem Versand eines Hinweises quittiert. Tabelle 3 und Abbildung 16 zeigen die auf Bundesebene aggregierten Ergebnisse aller QS-Verfahren im Überblick.

Tabelle 3: Maßnahmen und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt) für die Erfassungsjahre 2015 und 2014 im Vergleich

Strukturierter Dialog	Erfassungsjahr 2014	Erfassungsjahr 2015
	Anzahl	Anzahl
Rechnerische Auffälligkeiten (gesamt)	16.428	15.858
Maßnahmen		
Keine Maßnahmen	132	94
Hinweise	6.691	5.965
Stellungnahmen	9.600	9.797
Sonstiges	5	3
Weiterführende Maßnahmen (pro rechnerische Auffälligkeit)		
Besprechungen	282	282
Begehungen	60	19
Zielvereinbarungen	794	1.121
Nach Überprüfung der Stellungnahmen*		
Qualitativ unauffällig [U31/U32/U33/U99]	6.291	6.021
Qualitativ auffällig [A41/A42/A99]	1.687	1.761
Bewertung nicht möglich wg. Fehlerhafter Dokumentation [D50/D51/D99]	1.434	1.655
Sonstiges [S90/S91/S99]	356	482

* Beinhaltet auch Stellungnahmen, die auf Hinweise hin verschickt wurden.

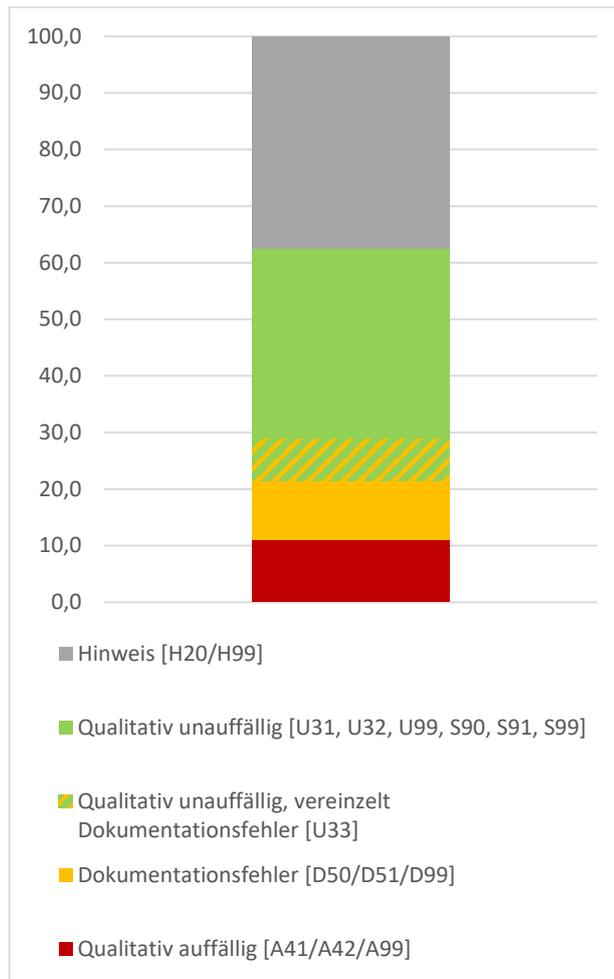


Abbildung 16: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum EJ 2015

Im Folgenden sind Hinweise oder angeforderte Stellungnahmen sowie die weiterführenden Instrumente (kollegiale Gespräche, Begehungen, Zielvereinbarungen) des Strukturierten Dialogs stratifiziert nach Bundesländern und nach den einzelnen Qualitätssicherungsverfahren dargestellt.

Der erste Blick auf die Tabellen und Grafiken zeigt ein heterogenes Bild der unterschiedlichen QS-Verfahren und Bundesländer. Die Berichte der einzelnen Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung an den gemeinsamen Bundesausschuss ergeben ein ähnliches Bild. Allein auf Basis der vorhandenen Informationen erscheint dem IQTIG allerdings eine tiefergehende Analyse der Unterschiede im Strukturierten Dialog der Bundesländer wenig zielführend.

Ebenso hält das IQTIG Vergleiche der Versorgungsbereiche untereinander auf diesem Abstraktionsniveau für wenig aussagekräftig. Daher werden diese Bereiche im Abschnitt 4.2 im Einzelnen aus Verfahrensperspektive einer Analyse unterzogen, die vom jeweiligen Team im Verfahrensmanagement am IQTIG unter Beachtung aller vorliegenden Informationen und Daten aus den Ländern und von der Bundesebene verfasst wurden.

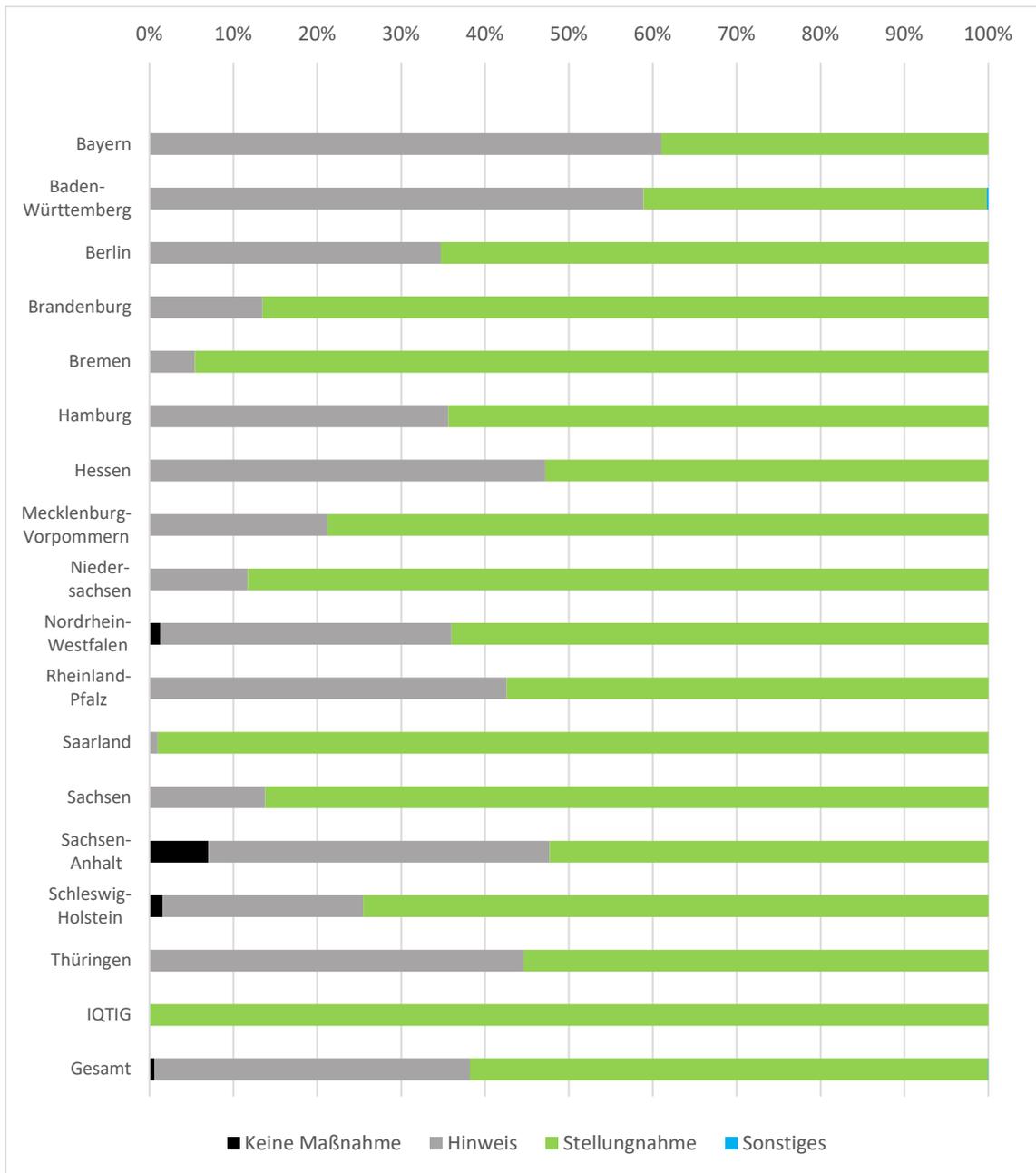


Abbildung 17: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland – ohne weiterführende Maßnahmen

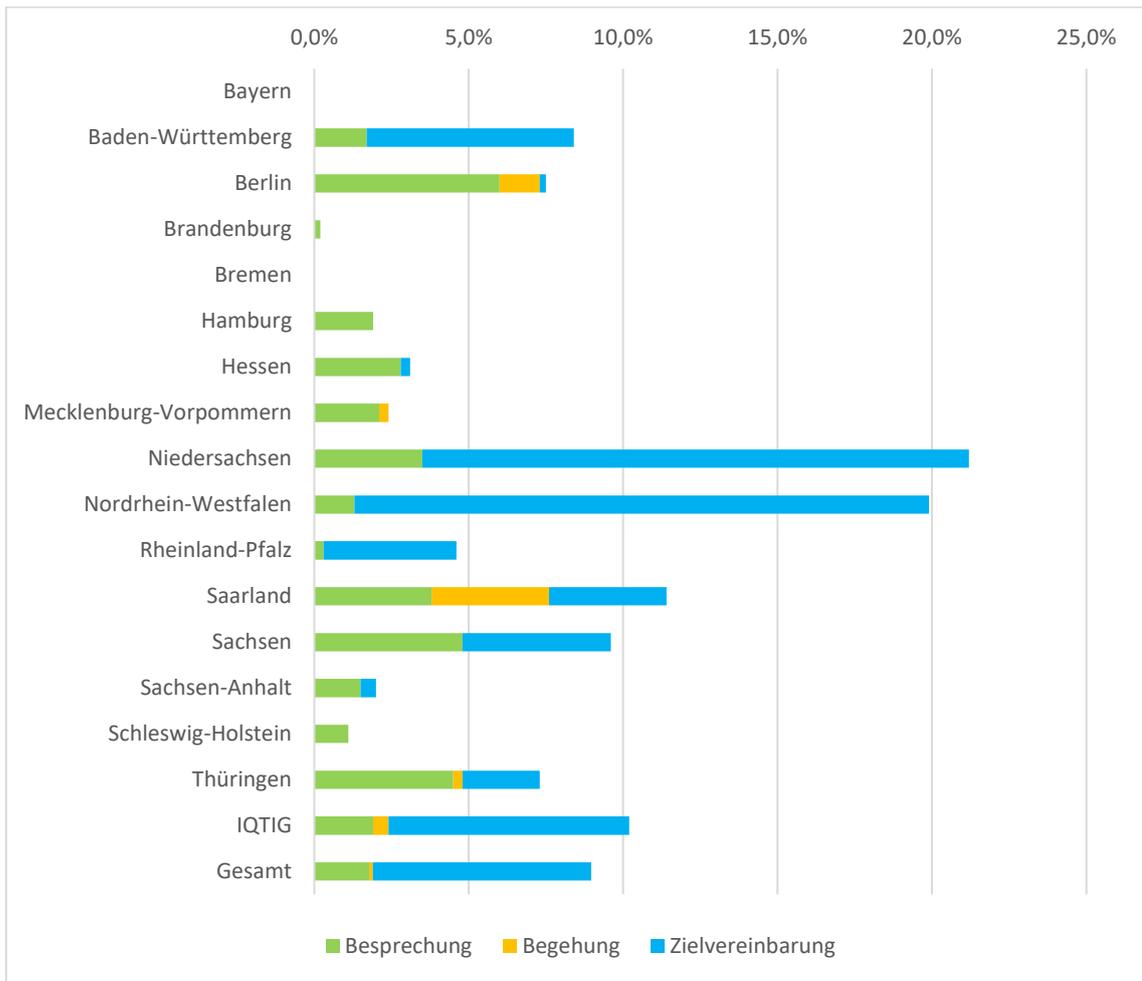


Abbildung 18: Weiterführende Maßnahmen je Bundesland – Besprechung, Begehung, Zielvereinbarung

Tabelle 4: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	2.759	17,4	0	0,0	1.684	61,0	1.075	39,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	1.556	9,8	0	0,0	917	58,9	636	40,9	3	0,2	27	1,7	0	0,0	105	6,7
Berlin	551	3,5	0	0,0	191	34,7	360	65,3	0	0,0	33	6,0	7	1,3	1	0,2
Brandenburg	525	3,3	0	0,0	71	13,5	454	86,5	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Bremen	112	0,7	0	0,0	6	5,4	106	94,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	257	1,6	0	0,0	92	35,8	166	64,6	0	0,0	5	1,9	0	0,0	0	0,0
Hessen	977	6,2	0	0,0	461	47,2	516	52,8	0	0,0	27	2,8	0	0,0	3	0,3
Mecklenburg-Vorpommern	373	2,4	0	0,0	79	21,2	294	78,8	0	0,0	8	2,1	1	0,3	0	0,0
Niedersachsen	1.410	8,9	0	0,0	165	11,7	1.245	88,3	0	0,0	49	3,5	0	0,0	249	17,7
Nordrhein-Westfalen	3.357	21,2	44	1,3	1.165	34,7	2.148	64,0	0	0,0	43	1,3	0	0,0	626	18,6
Rheinland-Pfalz	1.152	7,3	0	0,0	491	42,6	661	57,4	0	0,0	4	0,3	0	0,0	49	4,3
Saarland	208	1,3	0	0,0	2	1,0	206	99,0	0	0,0	8	3,8	8	3,8	8	3,8
Sachsen	800	5,0	0	0,0	110	13,8	690	86,3	0	0,0	38	4,8	0	0,0	38	4,8
Sachsen-Anhalt	612	3,9	43	7,0	249	40,7	320	52,3	0	0,0	9	1,5	0	0,0	3	0,5
Schleswig-Holstein	439	2,8	7	1,6	105	23,9	327	74,5	0	0,0	5	1,1	0	0,0	0	0,0

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Thüringen	397	2,5	0	0,0	177	44,6	220	55,4	0	0,0	18	4,5	1	0,3	10	2,5
IQTIG	373	2,3	0	0,0	0	0,0	371	100,0	0	0,0	7	1,9	2	0,5	29	7,8
Gesamt	15.858	100,0	94	0,6	5.965	37,6	9.795	61,8	3	0,0	282	1,8	19	0,1	1.121	7,1

Tabelle 5: Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren

QS-Verfahren	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Karotis-Revaskularisation	347	2,2	0	0,0	110	31,7	237	68,3	0	0,0	2	0,6	0	0,0	6	1,7
Ambulant erworbene Pneumonie	1.881	11,9	8	0,4	794	42,2	1.076	57,2	3	0,2	57	3,0	4	0,2	168	8,9
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation	828	5,2	5	0,6	366	44,2	457	55,2	0	0,0	10	1,2	1	0,1	58	7,0
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	519	3,3	8	1,5	213	41,0	298	57,4	0	0,0	6	1,2	0	0,0	18	3,5
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	444	2,8	2	0,5	203	45,7	239	53,8	0	0,0	10	2,3	2	0,5	28	6,3
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	510	3,2	3	0,6	250	49,0	257	50,4	0	0,0	7	1,4	0	0,0	28	5,5
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	145	0,9	0	0,0	58	40,0	87	60,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0
Implantierbare Defibrillatoren – Revi- sion/-Systemwechsel/-Explantation	289	1,8	4	1,4	115	39,8	170	58,8	0	0,0	4	1,4	0	0,0	7	2,4
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	1.016	6,4	1	0,1	462	45,5	553	54,4	0	0,0	9	0,9	0	0,0	41	4,0
Koronarchirurgie, isoliert	27	0,2	0	0,0	0	0,0	27	100,0	0	0,0	2	7,4	2	7,4	3	11,1

QS-Verfahren	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	53	0,3	0	0,0	0	0,0	53	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	34,0
Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	18	0,1	0	0,0	0	0,0	18	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	16	0,1	0	0,0	0	0,0	16	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	18,8
Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme: Herztransplantation	38	0,2	0	0,0	0	0,0	38	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme: Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	66	0,4	0	0,0	0	0,0	66	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	25	0,2	0	0,0	0	0,0	25	100,0	0	0,0	3	12,0	0	0,0	1	4,0
Leberlebendspende	12	0,1	0	0,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lebertransplantation	26	0,2	0	0,0	0	0,0	26	100,0	0	0,0	2	7,7	0	0,0	3	11,5
Nierenlebendspende	54	0,3	0	0,0	0	0,0	52	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nierentransplantation	38	0,2	0	0,0	0	0,0	38	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Geburtshilfe	551	3,5	5	0,9	152	27,6	394	71,5	0	0,0	8	1,5	2	0,4	30	5,4

QS-Verfahren	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Neonatologie	354	2,2	1	0,3	120	33,9	233	65,8	0	0,0	7	2,0	1	0,3	28	7,9
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	985	6,2	7	0,7	362	36,8	616	62,5	0	0,0	2	0,2	1	0,1	26	2,6
Mammachirurgie	932	5,9	3	0,3	375	40,2	554	59,4	0	0,0	21	2,3	3	0,3	39	4,2
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	1.468	9,3	3	0,2	549	37,4	916	62,4	0	0,0	38	2,6	0	0,0	92	6,3
Hüftendoprothesenversorgung	3.114	19,6	26	0,8	1.106	35,5	1.982	63,6	0	0,0	53	1,7	0	0,0	307	9,9
Knieendoprothesenversorgung	1.397	8,8	18	1,3	635	45,5	744	53,3	0	0,0	10	0,7	0	0,0	139	9,9
Pflege: Dekubitusprophylaxe	705	4,4	0	0,0	95	13,5	611	86,7	0	0,0	30	4,3	3	0,4	77	10,9
Gesamt	15.858	100,0	94	0,6	5.965	37,6	9.795	61,8	3	0,0	282	1,8	19	0,1	1.121	7,1

* Der Strukturierte Dialog wird über zwei Erfassungsjahre geführt und erfolgt im Jahr 2017 zu den Erfassungsjahren 2015/2016.

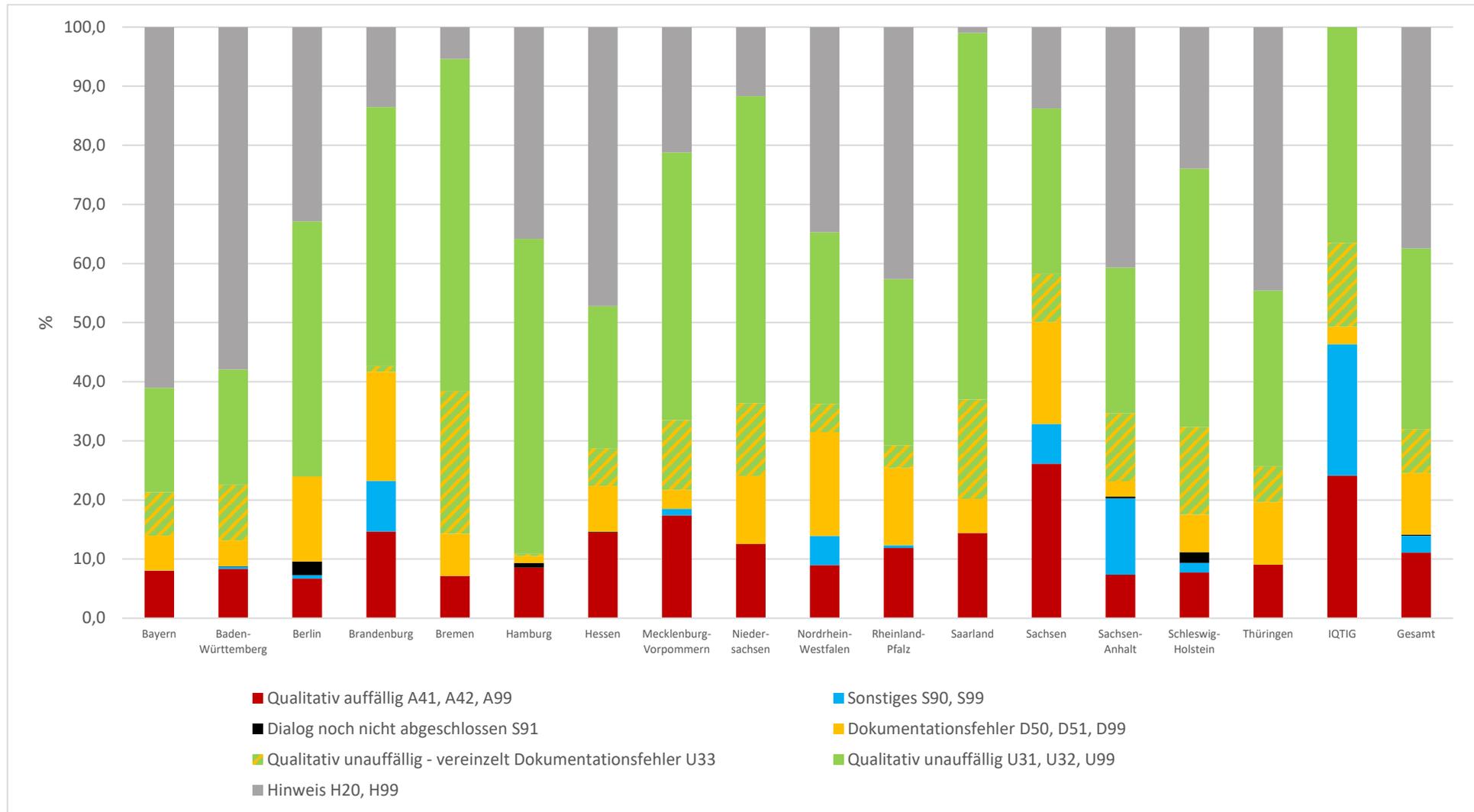


Abbildung 19: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland

Tabelle 6: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig		Qualitativ auffällig		Fehlerhafte Dokumentation		Sonstiges		Hinweis	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	2.759	690	25,0	221	8,0	162	5,9	2	0,1	1.684	61,0
Baden-Württemberg	1.556	450	28,9	130	8,4	68	4,4	7	0,4	901	57,9
Berlin	551	239	43,4	37	6,7	79	14,3	15	2,7	181	32,8
Brandenburg	525	235	44,8	77	14,7	97	18,5	45	8,6	71	13,5
Bremen	112	90	80,4	8	7,1	8	7,1	0	0,0	6	5,4
Hamburg	257	138	53,7	22	8,6	3	1,2	2	0,8	92	35,8
Hessen	977	297	30,4	142	14,5	76	7,8	1	0,1	461	47,2
Mecklenburg-Vorpommern	373	213	57,1	65	17,4	12	3,2	4	1,1	79	21,2
Niedersachsen	1.410	905	64,2	177	12,6	163	11,6	0	0,0	165	11,7
Nordrhein-Westfalen	3.357	1.135	33,8	301	9,0	589	17,5	167	5,0	1.165	34,7
Rheinland-Pfalz	1.152	368	31,9	137	11,9	151	13,1	5	0,4	491	42,6
Saarland	208	164	78,8	30	14,4	12	5,8	0	0,0	2	1,0
Sachsen	800	289	36,1	209	26,1	138	17,3	54	6,8	110	13,8
Sachsen-Anhalt	612	221	36,1	45	7,4	16	2,6	81	13,2	249	40,7

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig		Qualitativ auffällig		Fehlerhafte Dokumentation		Sonstiges		Hinweis	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Schleswig-Holstein	439	257	58,5	34	7,7	28	6,4	15	3,4	105	23,9
Thüringen	397	142	35,8	36	9,1	42	10,6	0	0,0	177	44,6
IQTIG	373	187	50,4	90	24,3	11	3,0	83	22,4	0	0,0
Gesamt	15.858	6.020	38,0	1.761	11,1	1.655	10,4	481	3,0	5.939	37,5

Landesspezifika

Von einigen Landesgeschäftsstellen wird der Strukturierte Dialog über das in der QSKH-Richtlinie geregelte Vorgehen hinaus intensiviert. Beispielsweise werden im Bereich der Neonatologie in Bremen und Thüringen zusätzlich zum bundesweit existierenden QS-Verfahren die Sterblichkeit anhand von Einzelfallanalysen, Entlassungsbriefen und Verläufen im kritischen Fachdiskurs beraten. Die Landesgeschäftsstellen in Nordrhein-Westfalen legten für einzelne Schwerpunktindikatoren besondere Qualitätsziele sowie Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele fest.

Zudem werden in einigen Bundesländern landesspezifische Qualitätssicherungsverfahren durchgeführt. Zum Beispiel gibt es in Bremen, Hessen und Baden-Württemberg Projekte mit dem Ziel, dem Problem nosokomialer Infektionen mit MRSA-Bakterien aktiv entgegenzutreten. Einen besonderen Fokus auf die Schlaganfallversorgung legen die Landesgeschäftsstellen Hessen und Baden-Württemberg mit eigenen Verfahren in diesem Bereich.

4.2 Versorgungsbereiche

4.2.1 Gefäßchirurgie

Verfahrensmanagement: Leif Warming, Dr. Fenne große Deters, Dr. Georg Heinze

▪ QS-Verfahren *Karotis-Revaskularisation*

Ein Großteil der rechnerischen Auffälligkeiten in den Indikatoren, die eine korrekte Indikationsstellung überprüfen (QIs 603, 604, 51443 und 51437) ist auf Dokumentationsfehler zurückzuführen. Für die Berechnung dieser Indikatoren ist es erforderlich, dass die Seite, an der der Karotis-Eingriff erfolgte (links oder rechts) und der Stenosegrad für die therapierte Seite angegeben werden. Laut den Berichten der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung erfolgt die Zuordnung zu links oder rechts häufig nicht korrekt. Eine Reduktion solcher Fehler ist unbedingt anzustreben. Einerseits besteht eine gewisse Aussicht, dass die Dokumentationsqualität sich bei den Krankenhausstandorten verbessert, mit denen der Strukturierte Dialog geführt wurde. Andererseits sollte nochmals kritisch diskutiert werden, inwiefern eine Vereinfachung der Dokumentation zu einer Reduktion solcher Fehler beitragen könnte. Da in allen Indikationsindikatoren nur das Ergebnis eines einzigen Krankenhausstandortes als qualitativ auffällig eingestuft wurde und auch hier die Begründung der LQS Dokumentationsmängel waren, ist zudem perspektivisch eine grundsätzliche Änderung oder Streichung dieser Indikatoren zu diskutieren.

Die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung forderten nicht für jede Abweichung eines Indikatorergebnisses vom Referenzbereich eine Stellungnahme der Krankenhausstandorte an, sondern versandten für 110 rechnerisch auffällige Ergebnisse lediglich Hinweise. Dieses Vorgehen begründeten sie in 43 Fällen damit, dass die rechnerische Auffälligkeit nur durch einen einzigen Fall im Zähler verursacht wurde. In einigen wenigen Fällen wurden zudem Hinweise versandt, um zu vermeiden, dass der Strukturierte Dialog zweimal über den gleichen Sachverhalt geführt wird. Dieses Problem tritt manchmal bei den Indikatoren 11704 („Verhältnis der beobachteten Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch“) und

11724 („Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch“) sowie äquivalent für kathetergestützte Verfahren bei den Indikatoren 51873 und 51865 auf, wenn die Fälle mit den genannten Komplikationen für beide Indikatoren identisch sind oder sehr große Überschneidungen auftreten. Inwiefern es möglich ist, solche Überschneidungen durch eine Anpassung der Indikatoren in der Zukunft zu vermeiden, wird analysiert.

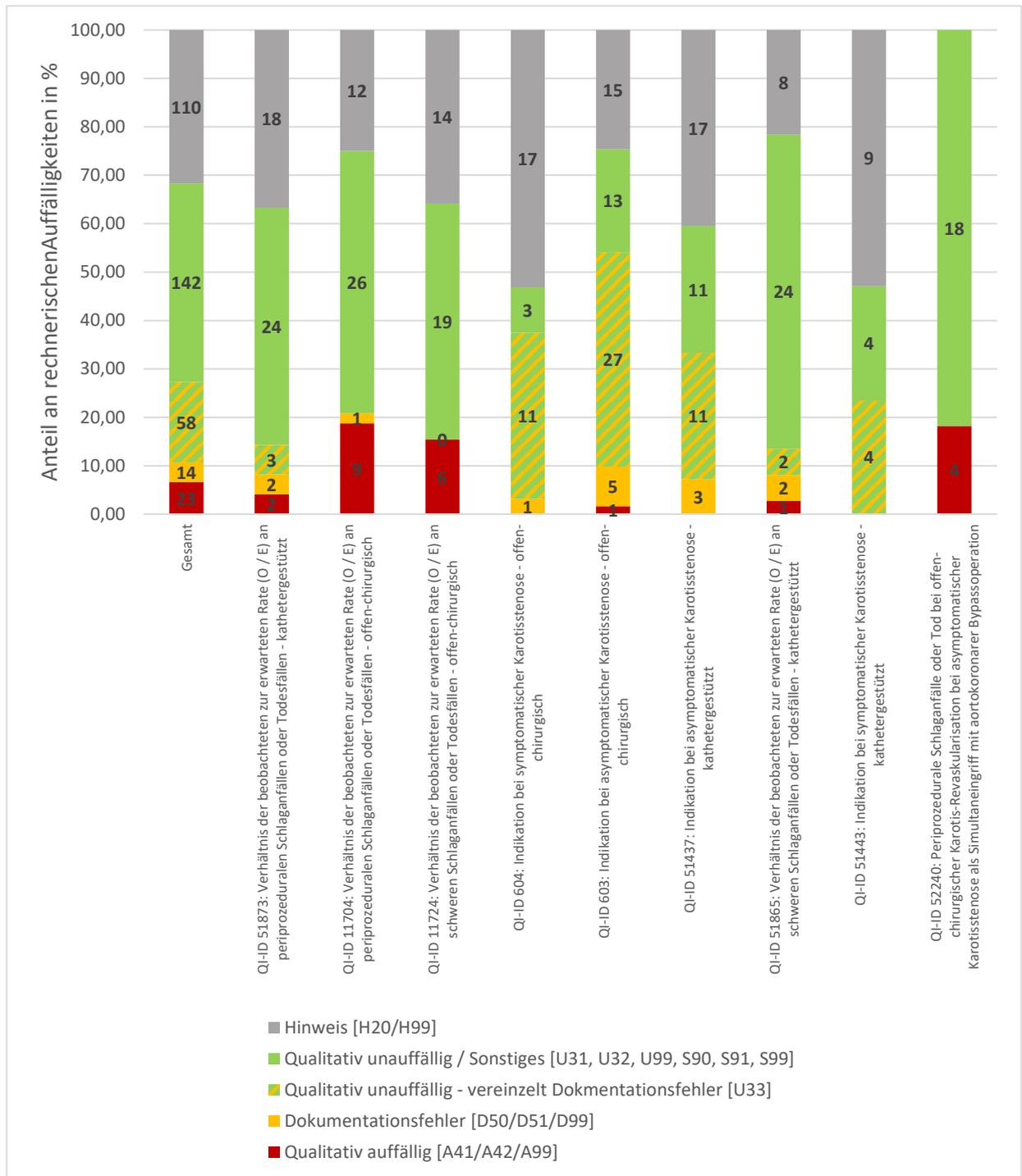


Abbildung 20: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation

4.2.2 Pneumonie

Verfahrensmanagement: Leif Warming, N. N. (Axel Mertens in Vertretung)

- QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie*

Von den insgesamt 309 als „qualitativ auffällig“ bewerteten rechnerischen Auffälligkeiten gehen im EJ 2015 knapp 72 % (n = 222) auf 3 Indikatoren zurück:

- QI-ID 50722: „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ (n = 99)
- QI-ID 2028: „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ (n = 84)
- QI-ID 2009: „Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)“ (n = 39)

Auf die restlichen 6 Indikatoren entfallen entsprechend 87 qualitative Auffälligkeiten:

- QI-ID 2005: „Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme“ (n = 19)
- QI-ID 2012: „Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)“ (n = 11)
- QI-ID 2013: „Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)“ (n = 28)
- QI-ID 2015: „Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme“ (n = 6)
- QI-ID 2036: „Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ (n = 19)
- QI-ID 50778: „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen“ (n = 4)

Bezogen auf die Indikatoren, die auch für das Erfassungsjahr 2016 noch berechnet werden,⁸ reicht der Anteil qualitativer Auffälligkeiten an allen Standorten mit mindestens einem Fall im jeweiligen Indikator in diesem QS-Verfahren von 0,82 % (QI-ID 2012: „Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)“) bis 6,76 % (QI-ID 50722: „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“).

Hinsichtlich dieses Anteils ist nur der Indikator „Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)“ (QI-ID 2009) gegenüber dem EJ 2014 etwas schlechter geworden; von 2,6 % (n = 37) EJ 2014 auf 2,7 % (n = 39) EJ 2015. Alle anderen Indikatoren haben sich verbessert. Besonders stark verbessert haben sich die Indikatoren „Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme“ (QI-ID 2005) von 2,3 % (n = 33) EJ 2014 auf 1,3 % (n = 19) EJ 2015; und „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ (QI-ID 50722) von 11,23 % (n = 163) EJ 2014 auf 6,76 % (n = 99) EJ 2015.

⁸ Nicht mehr berechnet werden QI-ID 2015: „Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme“ und QI-ID 2036: „Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“.

Die 3 oben aufgeführten Indikatoren mit den meisten qualitativen Auffälligkeiten in diesem Verfahren weisen Anteile qualitativer Auffälligkeiten an rechnerischen Auffälligkeiten von 22,94 % (QI-ID 2009), 25,23 % (QI-ID 2028) und 27,81 % (QI-ID 50722) auf.

Damit gehören sie unter allen Indikatoren über alle QS-Verfahren hinweg, in denen mindestens 20 Standorte mindestens eine Patientin oder einen Patienten haben, zu den 10 Qualitätsindikatoren mit den meisten qualitativen Auffälligkeiten. Die entsprechenden Werte der übrigen Indikatoren im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* liegen zwischen 4,5 % und 12,5 %.

In den Länderberichten werden ausschließlich Sachverhalte bezüglich dieser drei gerade beschriebenen Indikatoren dargestellt:

QI-ID 50722: „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“

Qualitätsmängel bestehen in diesem Indikator laut einiger Landesstellen z. B. aufgrund struktureller Defizite, z. B. aufgrund nicht ständig verfügbarer Röntgengeräte, Personalmangel oder Prozessmängel wie fehlender, geeigneter Verfahrensabläufe in der Aufnahme oder Schnittstellenproblemen zwischen zentraler Notaufnahme und den aufnehmenden Stationen. Teilweise werde auch schlecht kodiert, z. B. da es keine QS-verantwortlichen Ärztinnen oder Ärzte gebe.

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

Als Ursachen für die Bewertung als „qualitativ auffällig“ wird berichtet, dass häufig die Messung der Atemfrequenz bis zu Entlassung ein Problem sei. Teilweise komme es aber auch zu falschen Dokumentationen, da der Hinweis „einmal im Verlauf bis zur Entlassung“ nicht berücksichtigt werde. In einem Fall wurde von einem Haus angegeben, dass aufgrund des guten Allgemeinzustands der Patientinnen und Patienten keine Messung mehr erfolgte. Hier hat die entsprechende Landesstelle nochmals auf den Ausfüllhinweis hingewiesen.

QI-ID 2009: „Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)“

Bei einem kollegialen Gespräch zu diesem Indikator durch eine LQS stellten sich Probleme bei der Kodierung heraus, außerdem ein nicht durchgängiger Facharztstandard und keine ständig verfügbare Röntgendiagnostik.

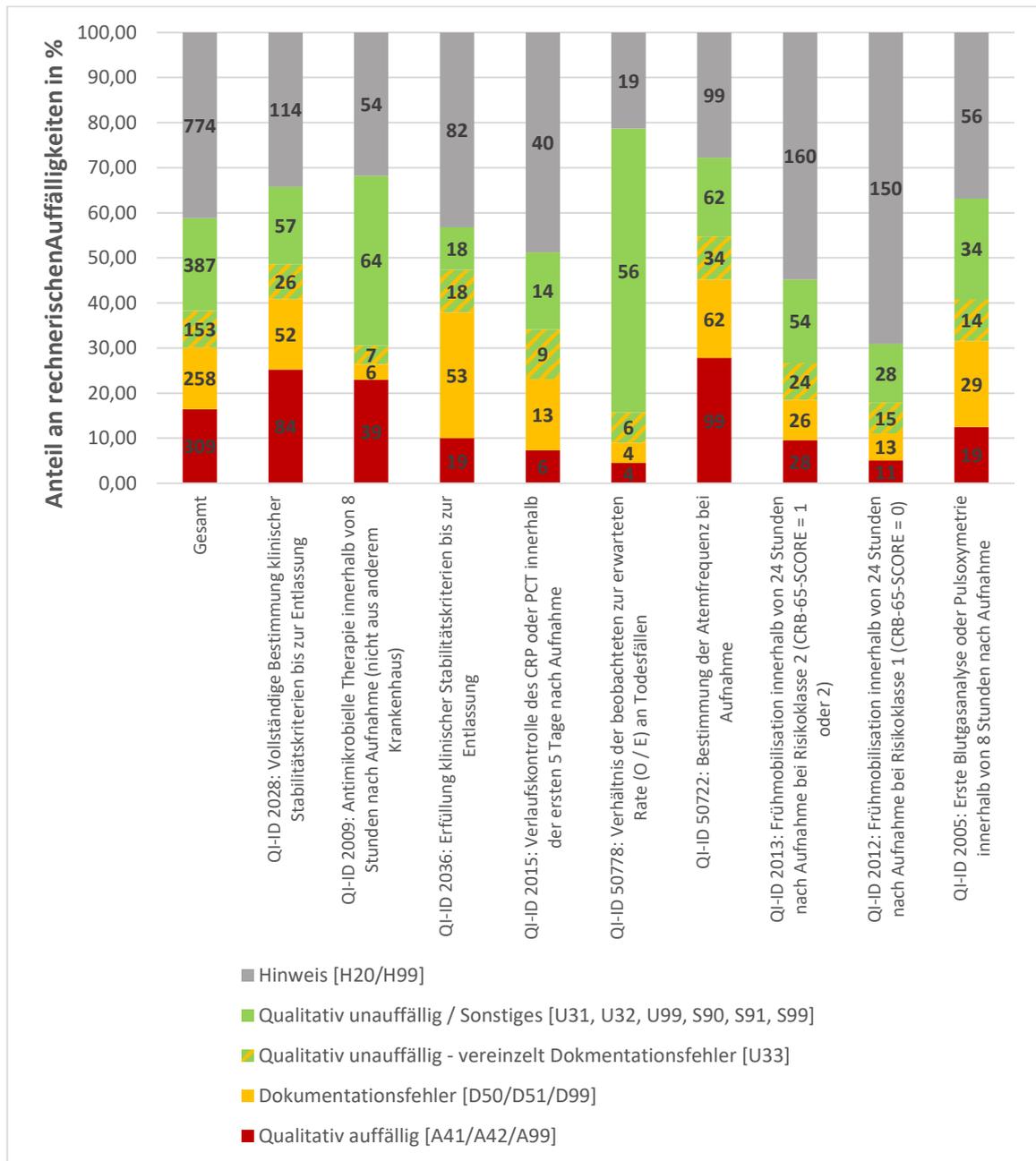


Abbildung 21: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie

4.2.3 Herzschrittmacher und Defibrillatoren

Verfahrensmanagement: Florian Rüppel, Alina Wolfschütz

- QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodule Herzschrittmacher-Implantation, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation)
- QS Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation*

- QS Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel*
- QS Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation*

Vor allem bei den Indikatoren zur Eingriffsdauer nach Aggregatwechseln (QI-IDs 210 und 50025) wurden im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2015 überwiegend Hinweise verschickt. 74 % bzw. 68 % der in diesen Indikatoren rechnerisch auffälligen Einrichtungen wurden nicht um eine Stellungnahme gebeten. Im Gegensatz zur Eingriffsdauer bei Erstimplantationen wird dieser Qualitätsaspekt im Bereich der isolierten Aggregatwechsel somit kaum im Rahmen des Strukturierten Dialogs thematisiert. Möglicherweise würde eine Zusammenlegung dieser Qualitätsindikatoren mit den Qualitätsindikatoren zur Eingriffsdauer bei Implantationen zu einer verstärkten Betrachtung im Rahmen des Strukturierten Dialogs führen. Dies, aber auch eine Streichung der Indikatoren, wird mit der Bundesfachgruppe diskutiert. Auch bei den Indikatoren zur Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre (QI-IDs 480 und 481) erhalten drei Viertel aller rechnerisch auffälligen Standorte ausschließlich einen Hinweis. Diese Indikatoren werden jedoch im kommenden Erfassungsjahr nicht mehr ausgewertet, da sie durch einen Follow-up-Indikator ersetzt werden, der sich ausschließlich auf besonders kurze Aggregatlaufzeiten unter 4 Jahren bezieht. Zu den Qualitätsindikatoren zu prozedurassoziierten Problemen als Indikation zum Folgeeingriff sowie zu perioperativen Sondendislokationen bzw. -dysfunktionen, die den Schwerpunkt des Strukturierten Dialogs bildeten, werden dagegen etwa zwei Drittel aller Einrichtungen mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs zu einer Stellungnahme aufgefordert. Auch bei den Indikatoren zur Krankenhaussterblichkeit werden relativ wenige Hinweise versendet.

Insgesamt wurden im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2015 weniger Hinweise versendet als im Vorjahr – sowohl hinsichtlich der absoluten Anzahl an Hinweisen als auch hinsichtlich des Anteils an allen rechnerischen Auffälligkeiten. Im Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* sank der Anteil an Hinweisen von 50,3 % auf 43,6 %, in den Verfahren zu implantierbaren Defibrillatoren von 48,9 % auf 44,8 %. Allerdings unterscheidet sich der Anteil an versendeten Hinweisen an allen Indikatorergebnissen außerhalb des Referenzbereichs zwischen den Bundesländern teilweise deutlich, wobei die Landesgeschäftsstellen und die verschiedenen Fachausschüsse auf Landesebene auch unterschiedliche Schwerpunkte hinsichtlich der Indikatoren in den Verfahren zur Herzschrittmacher- und Defibrillatorversorgung setzen.

Sehr unterschiedlich wurde der Strukturierte Dialog beispielsweise zu den Indikatoren gehandhabt, die sich auf die Durchführung von intraoperativen Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden bei nicht vom Eingriff betroffenen Sonden (QI-IDs 52307 und 52321) beziehen, welche in den Auswertungsmodulen *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* bzw. *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel* berichtet werden. In einem Bundesland konnte die zuständige Fachgruppe Kardiologie der Argumentation, dass eine intraoperative Überprüfung der Funktionsfähigkeit auch nicht direkt vom Eingriff betroffener Sonden sinnvoll ist, um unnötige Folgeeingriffe zu verhindern, zwar grundsätzlich folgen; ihrer Ansicht nach besteht jedoch noch keine ausreichende Evidenz, dass prä- und postoperative Messungen nicht auch ausreichend sein können. Das IQTIG stellte der zuständigen Landesgeschäftsstelle und der Fachgruppe auf Landesebene in Absprache mit der Bundesfachgruppe Literatur zur Verfügung, die belegt, dass

auch bei nicht direkt vom Schrittmachereingriff betroffenen Sonden (z. B. im Rahmen eines isolierten Aggregatwechsels) ein revisionsbedürftiges Sondenproblem verursacht werden kann. Die Landesfachgruppe sah hierdurch jedoch die Relevanz der Qualitätsindikatoren noch nicht ausreichend belegt, da aus diesen Studien nicht hervorgeht, wie häufig durch eine intraoperative Messung der Sonden Revisionseingriffe vermieden werden können. Mit der Bundesfachgruppe wird die Position der Landesfachgruppe in einer der kommenden Sitzungen noch einmal diskutiert werden. In anderen Bundesländern wurde dagegen ein intensiver Strukturierter Dialog zu diesen Qualitätsindikatoren geführt, der zur Einstufung einer nicht unerheblichen Anzahl an Einrichtungen als „qualitativ auffällig“ führte, da dieser Qualitätsaspekt von den zuständigen Fachgruppen auf Landesebene als relevant im Sinne der Patientensicherheit angesehen wurde.

Eine fehlerhafte Dokumentation, die eine qualitative Beurteilung des Indikatorergebnisses nicht ermöglicht, wird weiterhin häufig bei den Indikatoren zur leitlinienkonformen Indikation und Systemwahl aus dem QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* festgestellt (QI-IDs 50004 und 50005). Für diese Indikatoren müssen relativ viele Datenfelder zur Berechnung verwendet werden, da nur dadurch eine adäquate Abbildung der Leitlinien in den Rechenregeln erreicht werden kann. Bei den entsprechenden Indikatoren des Auswertungsmoduls *Herzschrittmacher-Implantation* stellten Dokumentationsfehler bislang ein deutlich geringeres Problem dar. Allerdings erhöhte sich für den Indikator „Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ (QI-ID 54139) die Anzahl an Einrichtungen mit fehlerhafter Dokumentation in den für die Berechnung dieses Indikators benötigten Datenfeldern deutlich, nachdem dessen Rechenregeln ab der Auswertung zum Erfassungsjahr 2015 an die neuen ESC-Leitlinien (2013) angepasst wurden. Diese Dokumentationsprobleme dürften jedoch zum Teil auf einen Fehler in einer bestimmten QS-Software, in der die Schlüsselwerte eines Datenfeldes nicht korrekt zugeordnet wurden, zurückzuführen sein. Schließlich wurden ebenfalls einige Probleme bei der Dokumentation der Reizschwellen- und Amplitudenmessungen festgestellt.

Da sich die Ergebnisse der Indikatoren zu Hardwareproblemen als Indikation zum Folgeeingriff (QI-IDs 51987 und 52328) im Vergleich zum Erfassungsjahr 2014 aufgrund häufiger Angaben des neu eingeführten Schlüssels „sonstige aggregatbezogene Indikation“ im Datenfeld „Aggregatproblem“ (Spezifikationsmodule 09/3 und 09/6) deutlich verschlechterte, bat das IQTIG und die Bundesfachgruppe die Landesgeschäftsstellen um Hinweise, ob Dokumentationsprobleme hierfür ursächlich sind. Es stellte sich heraus, dass die Angabe „sonstige aggregatbezogene Indikation“ in einigen Fällen angegeben wurde, obwohl eigentlich Sondenprobleme vorlagen. In anderen Fällen nahmen die dokumentierenden Leistungserbringer an, dass das entsprechende Datenfeld in jedem Fall ausgefüllt werden muss, obwohl es sich um ein Kann-Feld handelt. Um solche Missverständnisse zukünftig auszuschließen, wurde die Spezifikation für das Erfassungsjahr 2018 bereits entsprechend angepasst.

Die als Sentinel Event definierten Todesfälle nach einem isolierten Aggregatwechsel waren, wie bereits in den Vorjahren, alle auf die Grunderkrankungen oder das hohe Alter der Patientinnen und Patienten, nicht jedoch auf den Schrittmacher- bzw. Defibrillatöreingriff zurückzuführen. Das IQTIG wird mit der Bundesfachgruppe deshalb über die Weiterführung dieser Indikatoren (QI-IDs 51398 und 50031) beraten. Auch sind Todesfälle nach Implantationen, Explantation,

Revisionen oder Systemumstellungen relativ selten auf den Schrittmacher- bzw. Defibrillator-eingriff zurückzuführen. Allerdings sollte die Sterblichkeit nach diesen Eingriffen aufgrund der hohen Patientenrelevanz dieses Outcomes im Fokus der Qualitätssicherung verbleiben. Es wird zu klären sein, ob der Strukturierte Dialog zu diesen Indikatoren noch fokussierter erfolgen kann.

Auch bei den Indikatoren zur Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats (Auswertungsmodul *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel*) werden nur relativ wenige rechnerisch auffällige Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als eingriffsbedingt eingestuft. So kamen Angaben einer verkürzten Aggregatlaufzeit teilweise durch Dokumentationsfehler zustande, oder es lagen herstellerbezogene Probleme bzw. spezielle Sonderfälle (z. B. kinderkardiologische Fälle) vor. Die bislang 4 (querschnittlich berechneten) Indikatoren zur Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats werden jedoch ab dem Erfassungsjahr 2016 durch einen Follow-up-Indikator ersetzt. Mit der Bundesfachgruppe wird zudem geprüft, ob dieser Indikator weitergeführt werden soll oder ob für verkürzte Aggregatlaufzeiten in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Herstellerprobleme ursächlich sind.

Schließlich ist in den Verfahren zur Herzschrittmacher- und Defibrillatorversorgung der Anteil der qualitativen Auffälligkeiten an den rechnerischen Auffälligkeiten auch bei den Indikatoren zur Eingriffsdauer und zu peri- bzw. postoperativen Komplikationen in den Auswertungsmodulen *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel*, *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation*, *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel* und *Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation* relativ gering. Durch eine Zusammenlegung dieser Indikatoren mit den entsprechenden Indikatoren aus den Auswertungsmodulen *Herzschrittmacher-Implantation* und *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* kann jedoch die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten reduziert werden, sodass der Strukturierte Dialog hierzu effektiver und zielgerichteter geführt werden kann. Aus diesem Grund hat das IQTIG ein solches Vorgehen im Rahmen einer Umstrukturierung und Zusammenlegung der Auswertungsmodule im Bericht „Empfehlungen zur Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung“ vom 28. April 2017 empfohlen.

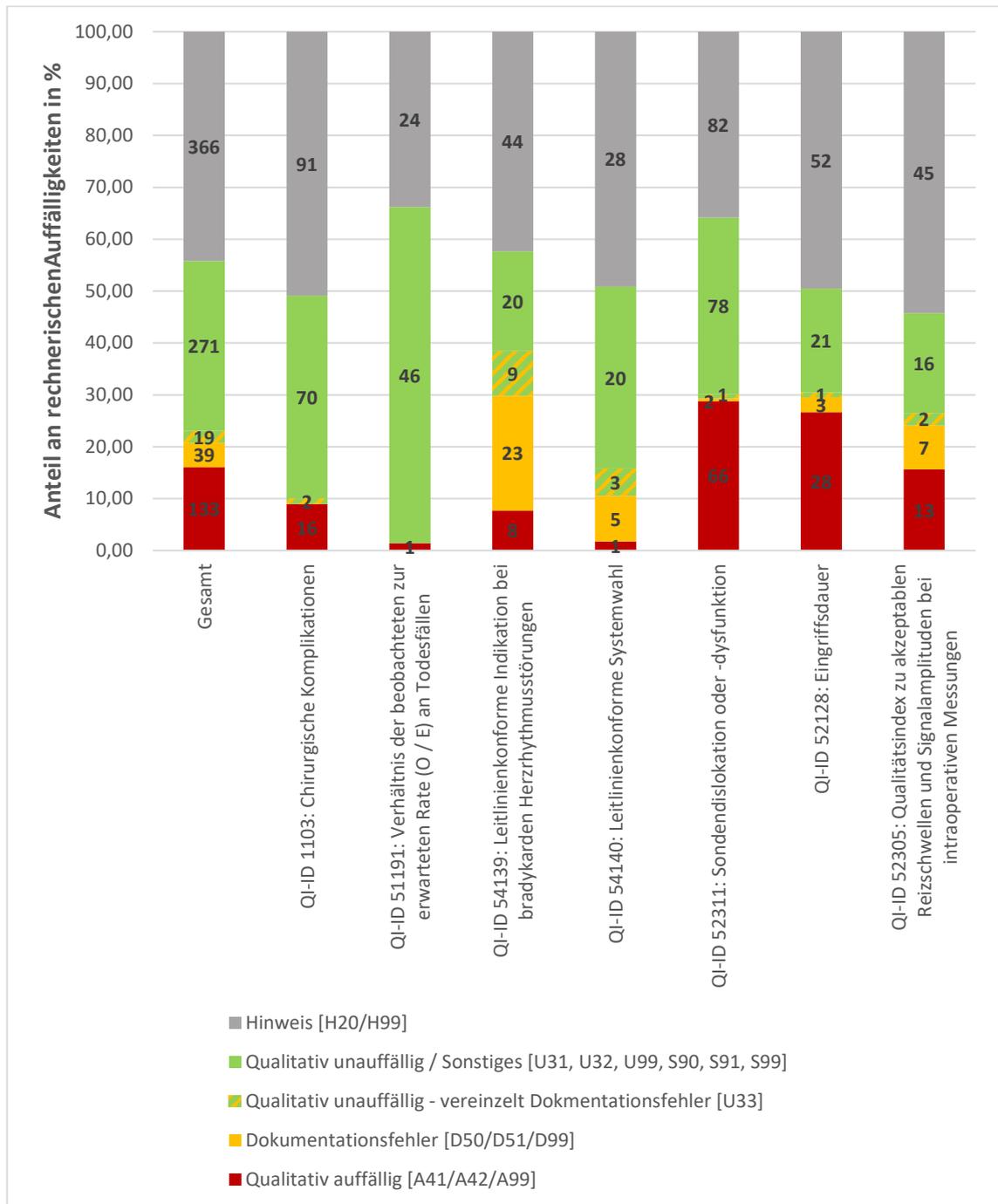


Abbildung 22: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Implantation

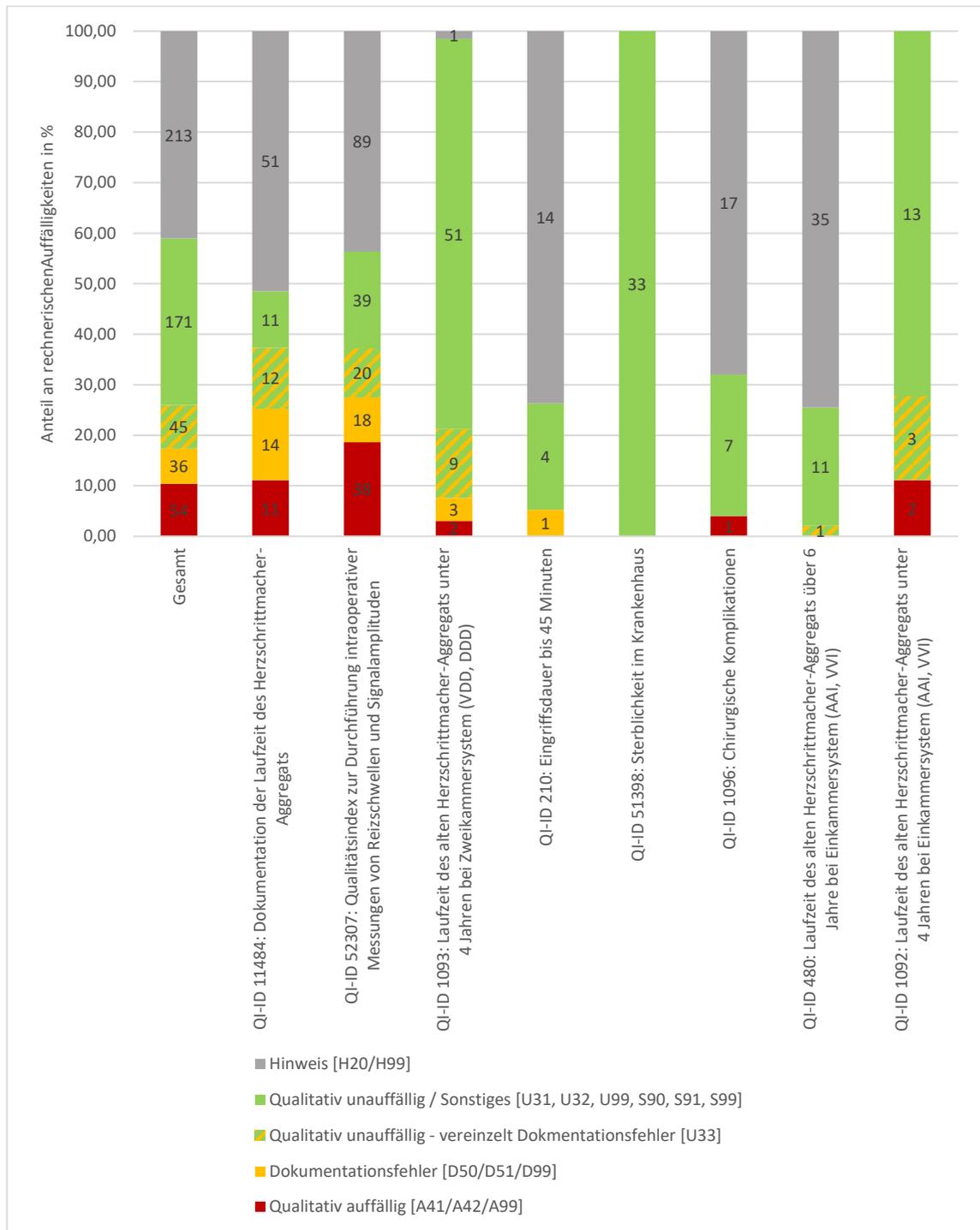


Abbildung 23: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

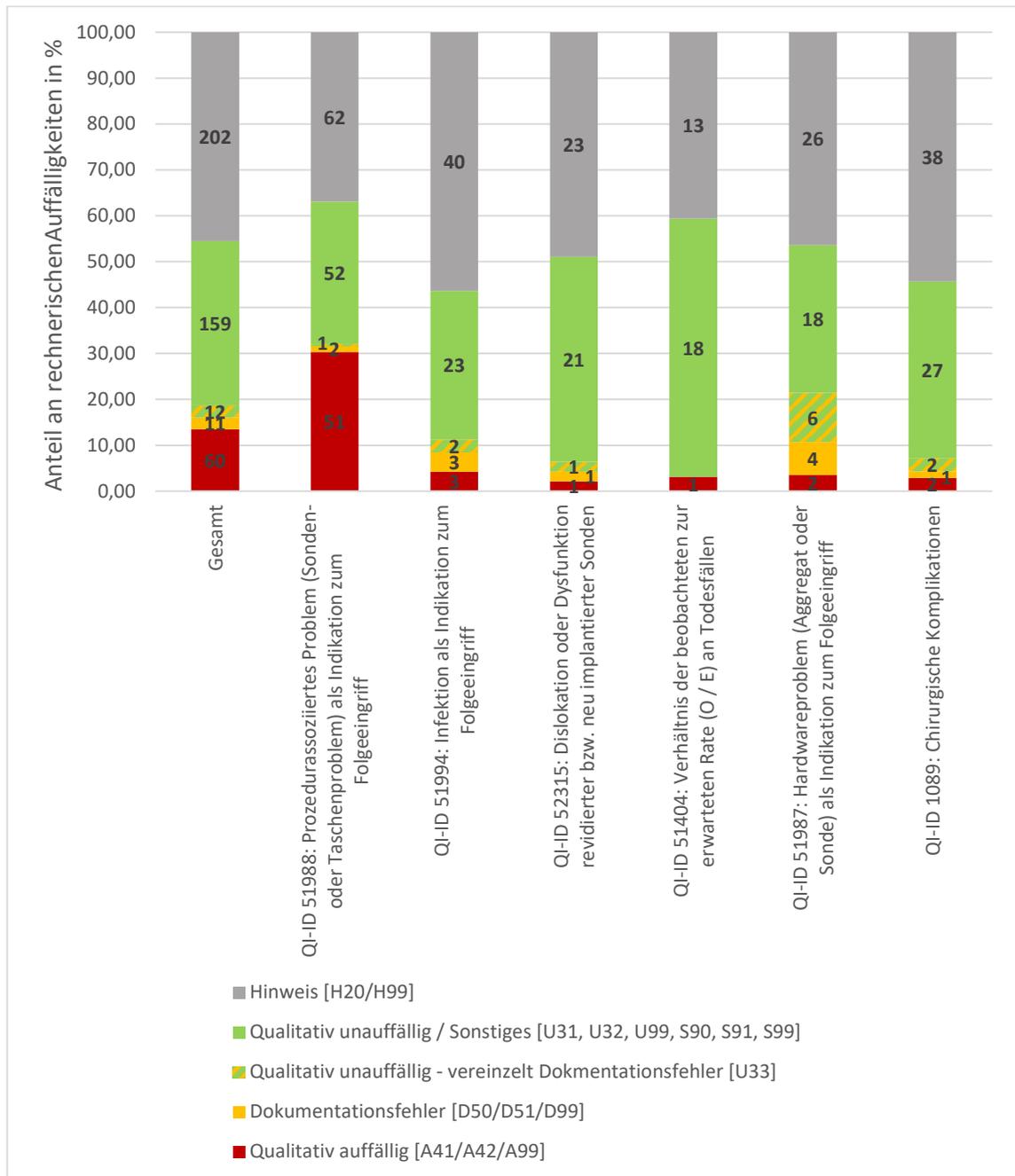


Abbildung 24: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

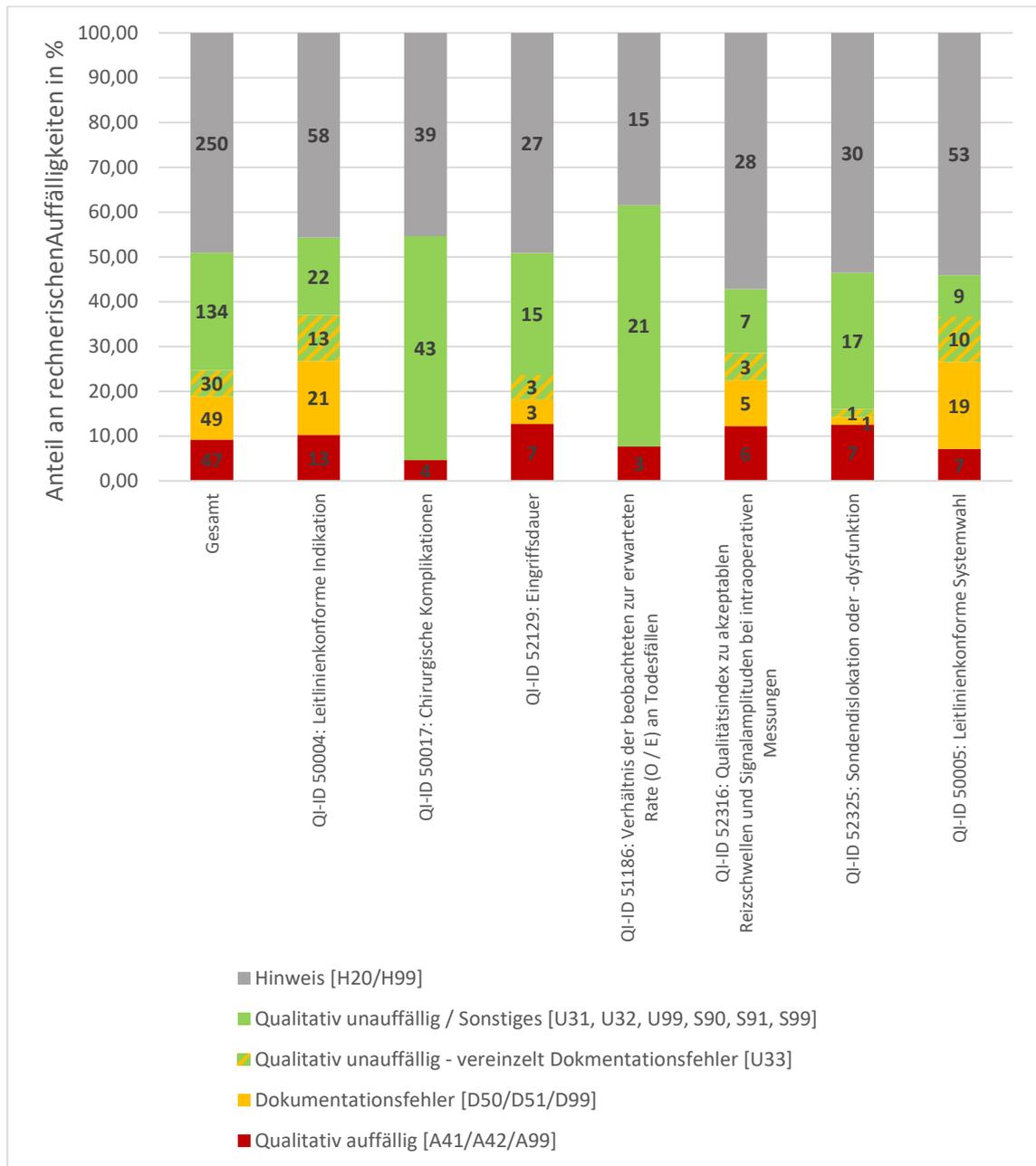


Abbildung 25: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

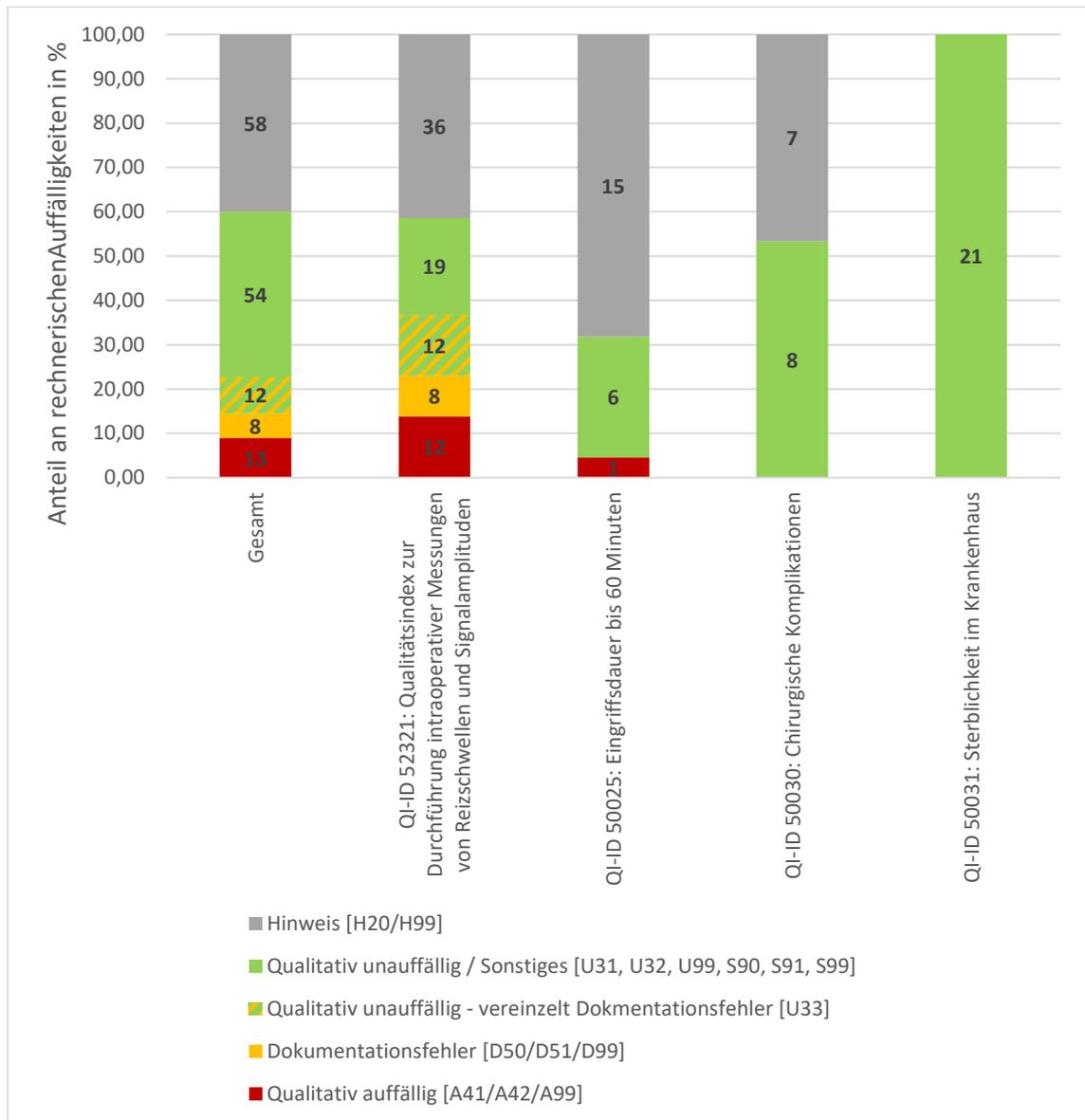


Abbildung 26: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel

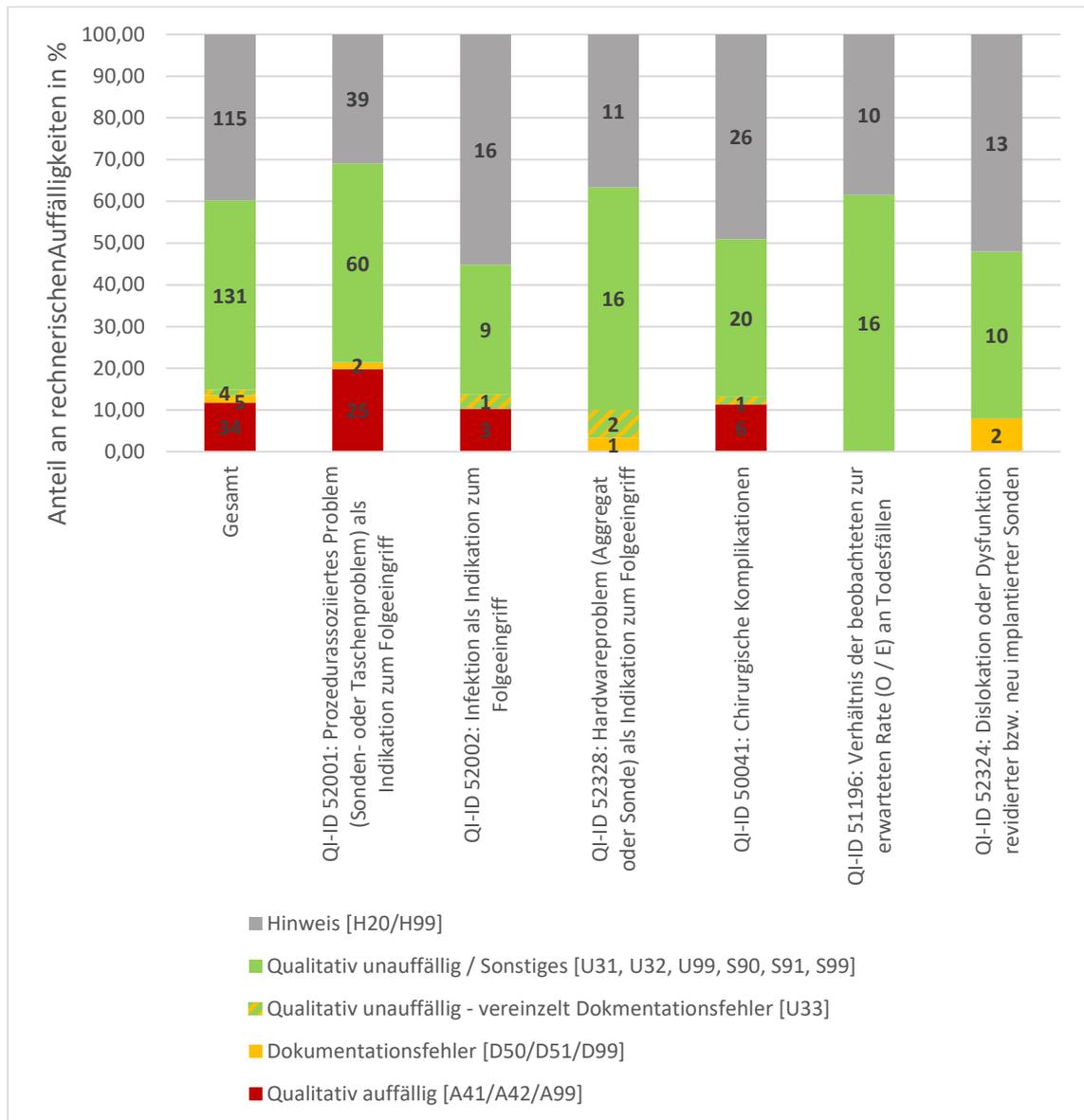


Abbildung 27: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

4.2.4 Kardiologie

Verfahrensmanagement: Alina Wolfschütz, Florian Ruppel

- QS-Verfahren Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)

Von den insgesamt 1.016 rechnerischen Auffälligkeiten wurden in 553 Fällen (54,6 %) Krankenhäuser um Stellungnahmen gebeten, etwas mehr als zum EJ 2014 (53,7 %). Hinweise zu rechnerischen Auffälligkeiten wurden zum EJ 2015 in 462 Fällen (45,5 %) verschickt, was annähernd dem Anteil im Jahr 2014 entsprach. In einem Fall wurde keine Maßnahme eingeleitet, was jedoch nicht begründet wurde.

Von den Fällen, für die Maßnahmen im Rahmen des Strukturierten Dialogs eingeleitet wurden, wurden in insgesamt 50 Fällen (EJ 2014: 72) – verteilt auf lediglich 5 Länder – weiterführende Maßnahmen initiiert. Im Rahmen dieser weiterführenden Maßnahmen fanden 9 kollegiale Gespräche (EJ 2014: 6) statt und 41 Zielvereinbarungen (EJ 2014: 65) wurden geschlossen. Es fanden im Rahmen des Strukturierten Dialogs für das Erfassungsjahr 2015 keine Begehungen (EJ 2014: 1) statt.

Nähere Informationen zum Ablauf des Strukturierten Dialogs, den Herausforderungen, Problemen und auch Rückmeldungen aus den Krankenhäusern sind nur spärlich in den Länderberichten enthalten. Aus insgesamt fünf Bundesländern wurden keine zusätzlichen Informationen zu den obligatorischen Daten an das IQTIG verschickt. Angaben zu Ursachen für Qualitätsdefizite bzw. detaillierte Informationen zur Durchführung des Strukturierten Dialogs fehlen in einigen Länderberichten vollständig. In anderen Länderberichten sind die enthaltenden Informationen zu unspezifisch, als dass relevante Schlüsse gezogen werden könnten. Nur einige Länder lieferten detailliertere Informationen zur Durchführung des Strukturierten Dialogs. Der Erkenntnisgewinn zu den aktuellen Herausforderungen bei der Versorgung in diesem Bereich als auch hinsichtlich der Effektivität des Strukturierten Dialogs bleibt so schwierig. Generell lässt sich aus den Rückmeldungen lesen, dass es Verbesserungen bei der Einhaltung der Vorgaben zum Dosisflächenprodukt und zum Strahlenschutz gibt, d. h., dass die Indikatoren der externen Qualitätssicherung ihre Wirkung positiv auf applizierte Strahlendosis sowie deren Dokumentation entfalten konnten.

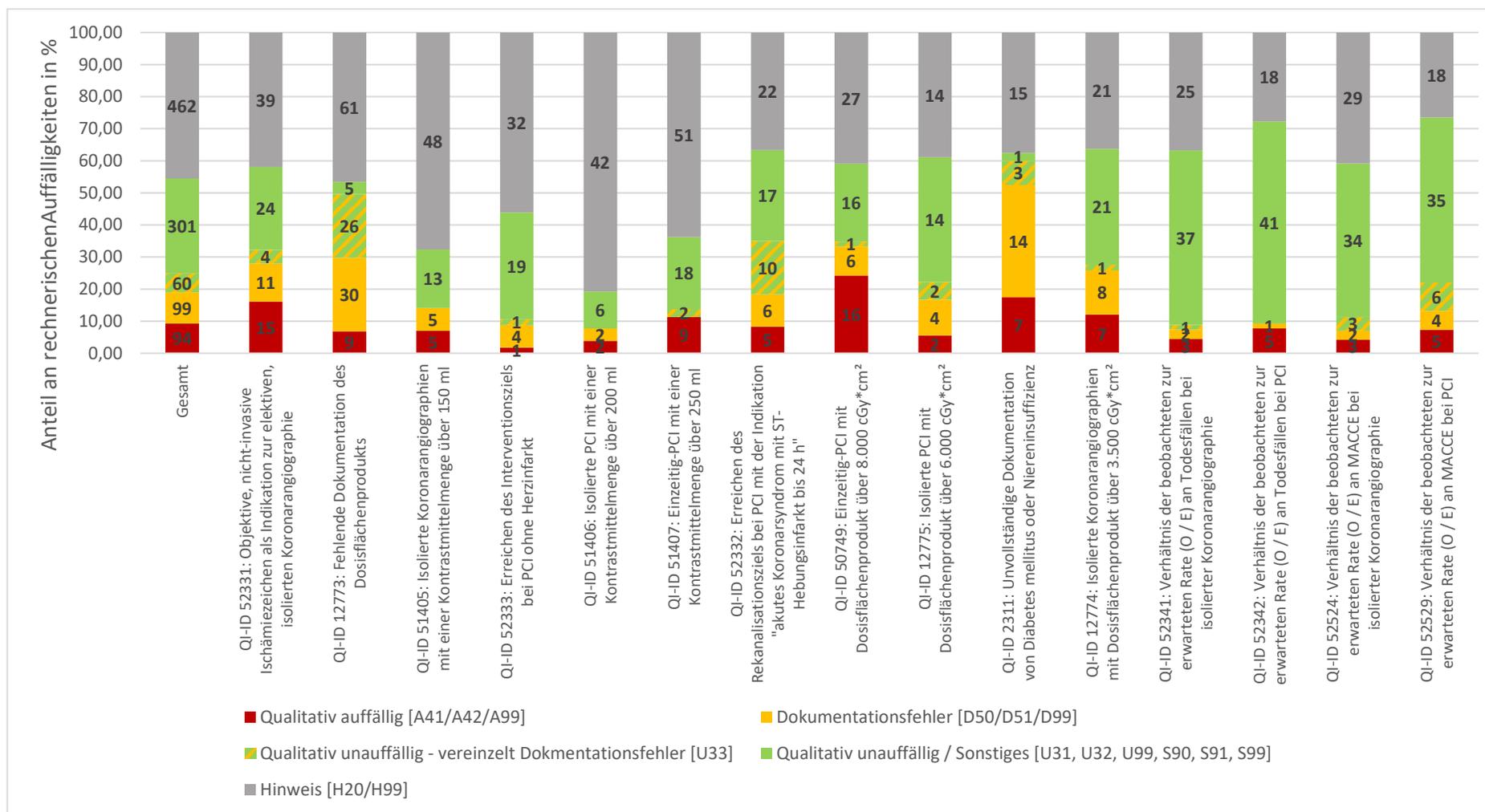


Abbildung 28: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)

4.2.5 Herzchirurgie

Verfahrensmanagement: Dr. Georg Heinze, Martina Dost, Dr. Fenne große Deters

- QS-Verfahren *Koronarchirurgie, isoliert*
- QS-Verfahren *Aortenklappenchirurgie, isoliert*
- QS-Verfahren *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie*

Für das Erfassungsjahr 2015 waren insgesamt 116 entlassende Krankenhausstandorte zur Teilnahme an den herzchirurgischen QS-Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung verpflichtet, von denen 112 Daten zu den qualitätssicherungspflichtigen Leistungen geliefert haben. Bei den 4 säumigen Standorten fand sich in 3 Fällen lediglich ein Behandlungsfall in der Sollstatistik. Gemäß QSKH-RL wurde in diesen Fällen auf die Auslösung eines Strukturierten Dialogs verzichtet.

80 dieser entlassenden Standorte verfügen selbst über eine bettenführende Fachabteilung für Herzchirurgie, 36 hatten entweder Patientinnen und Patienten entlassen, die an einem der 80 Standorte mit herzchirurgischer Abteilung operiert worden waren oder hatten kathetergestützte Eingriffe an der Aortenklappe vorgenommen.

Aufgrund rechnerischer Abweichungen von den jeweiligen bundesweiten Referenzwerten in mindestens einem Qualitätsindikator bzw. Auffälligkeitskriterium wurde der Strukturierte Dialog mit 75 Krankenhausstandorten geführt. Im Vergleich zum Vorjahr (n = 96) ist eine deutliche Abnahme an Krankenhausstandorten mit rechnerischen Auffälligkeiten zu verzeichnen. Allerdings hat auch die Zahl der entlassenden und datenliefernden Krankenhausstandorte (EJ 2014: 121) abgenommen. Die absolute Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten in den eingesetzten Qualitätsindikatoren mit Referenzbereich (EJ 2015 n = 114; EJ 2014 n = 140) hat ebenfalls deutlich abgenommen (19 %). Die Zunahme an rechnerischen Abweichungen im Bereich Auffälligkeitskriterien der Datenvalidierung (EJ 2015 n = 79; EJ 2014 n = 68) ist auf die Neuentwicklung von Prüfkriterien im Rahmen der umfassenden Datenvalidierung im QS-Verfahren *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* zurückzuführen. Einzelheiten hierzu sind dem „Bericht zur Datenvalidierung 2016“ zu entnehmen, der zeitgleich mit diesem Bericht vorgelegt wird.

Vertreter zweier Krankenhausstandorte wurden zum kollegialen Gespräch mit der Bundesfachgruppe eingeladen. Bei einem dieser Standorte wurde im Anschluss eine Begehung vor Ort durchgeführt. Eine weitere Begehung fand an einem anderen Standort statt. Die gefundenen Verbesserungspotenziale wurden in Zielvereinbarungen mit den Krankenhausstandorten präzisiert und verschriftlicht. Weitere 20 Zielvereinbarungen wurden mit Standorten geschlossen, in denen aufgrund der eingereichten Stellungnahmen Hinweise auf Qualitätsmängel festgestellt wurden.

Im Folgenden wird das Verhältnis der Ergebnisbewertung auf Indikatorebene für alle herzchirurgischen Verfahren dargestellt. Auffällig und sicherlich positiv zu werten ist der fehlende Versand von Hinweisen zugunsten von Stellungnahmen.

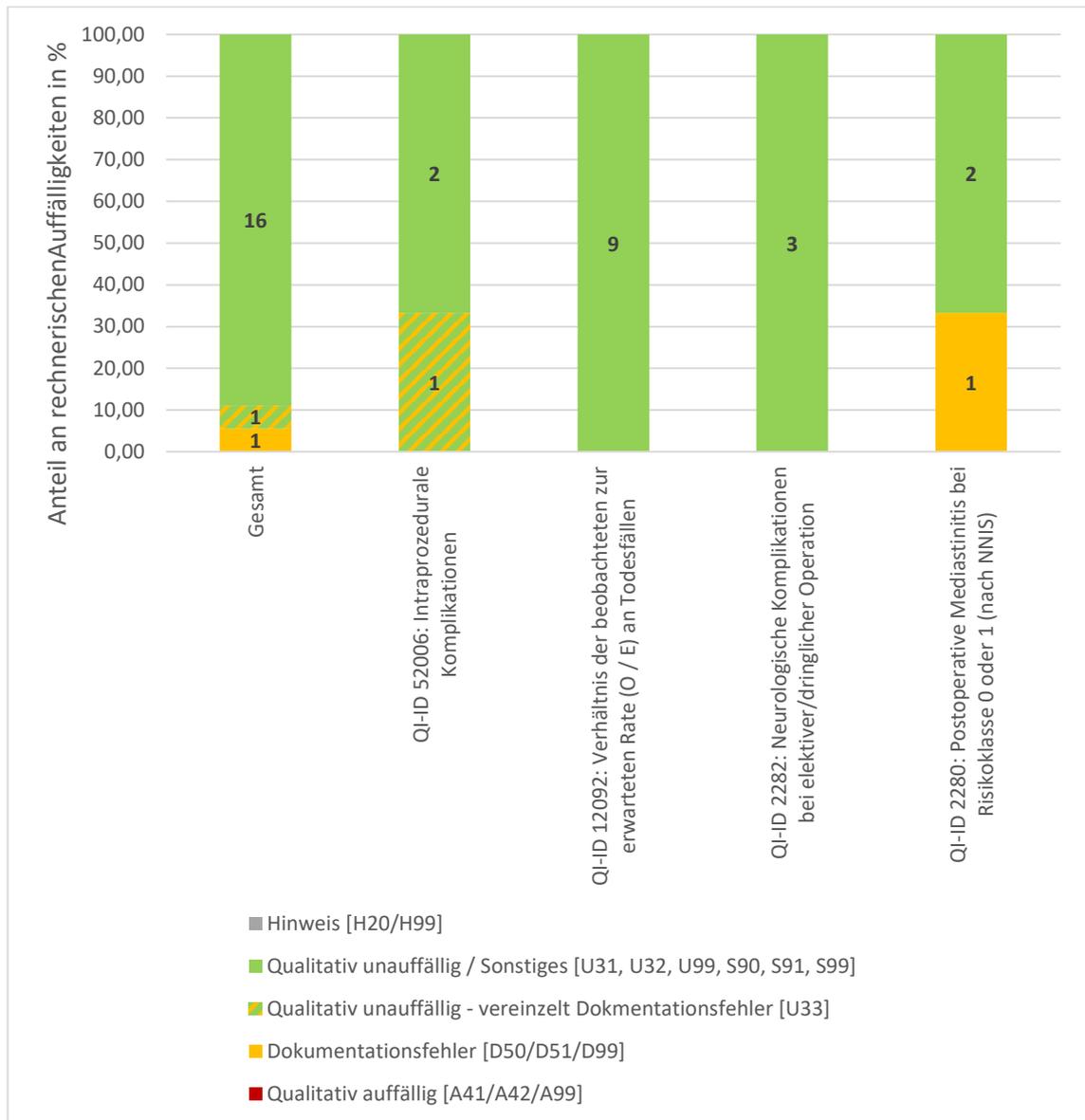


Abbildung 29: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

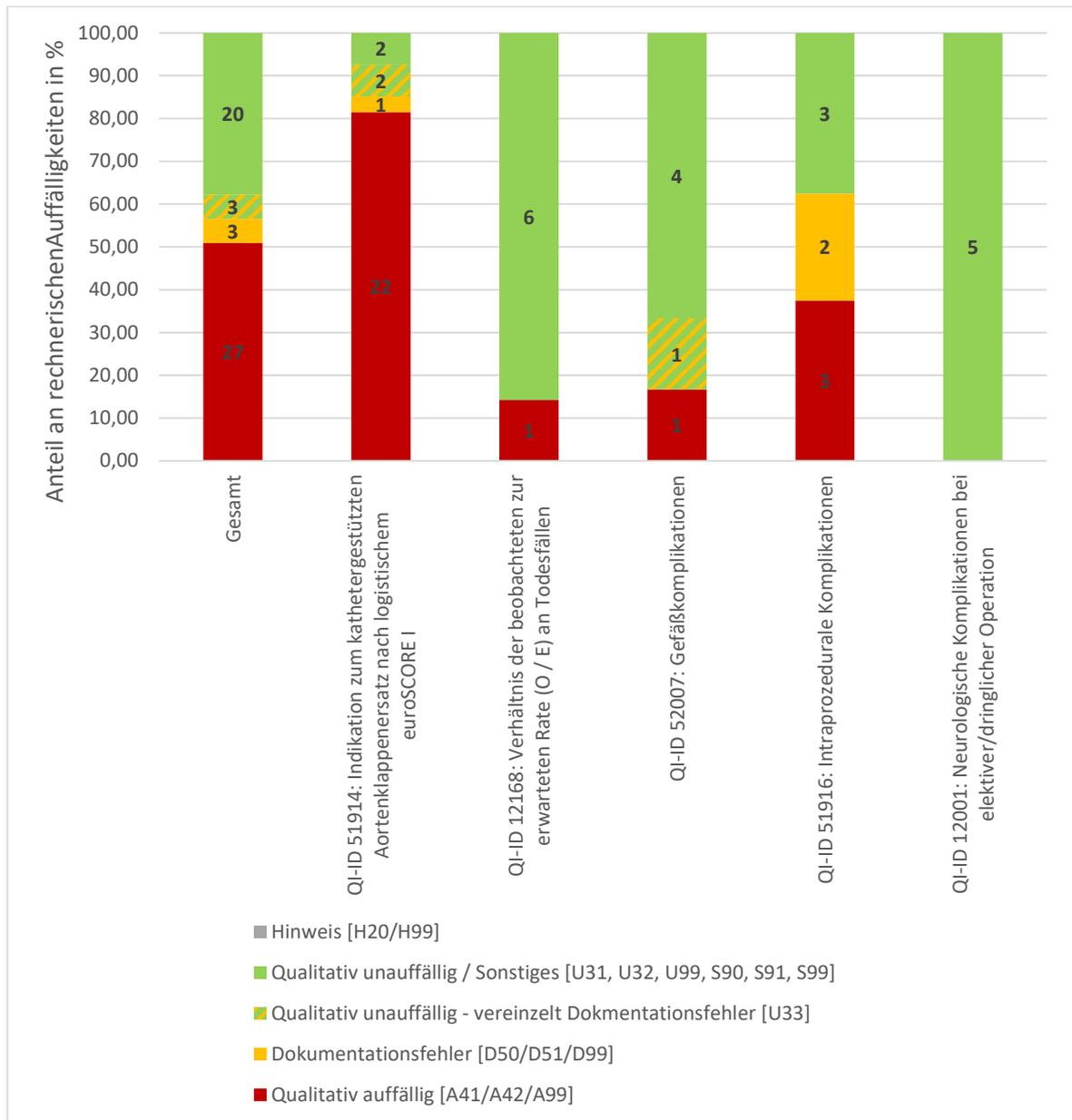


Abbildung 30: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

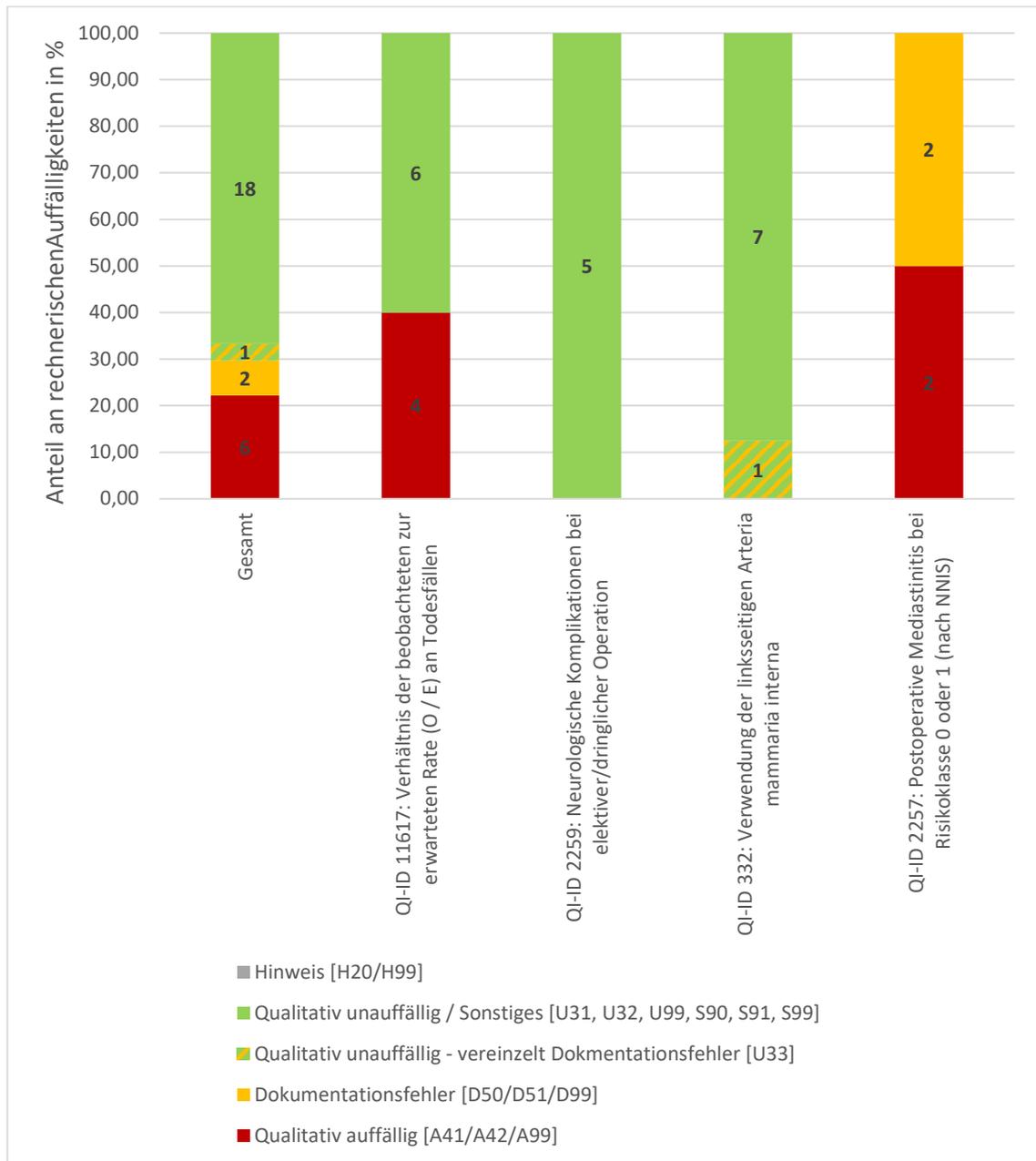


Abbildung 31: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Koronarchirurgie, isoliert

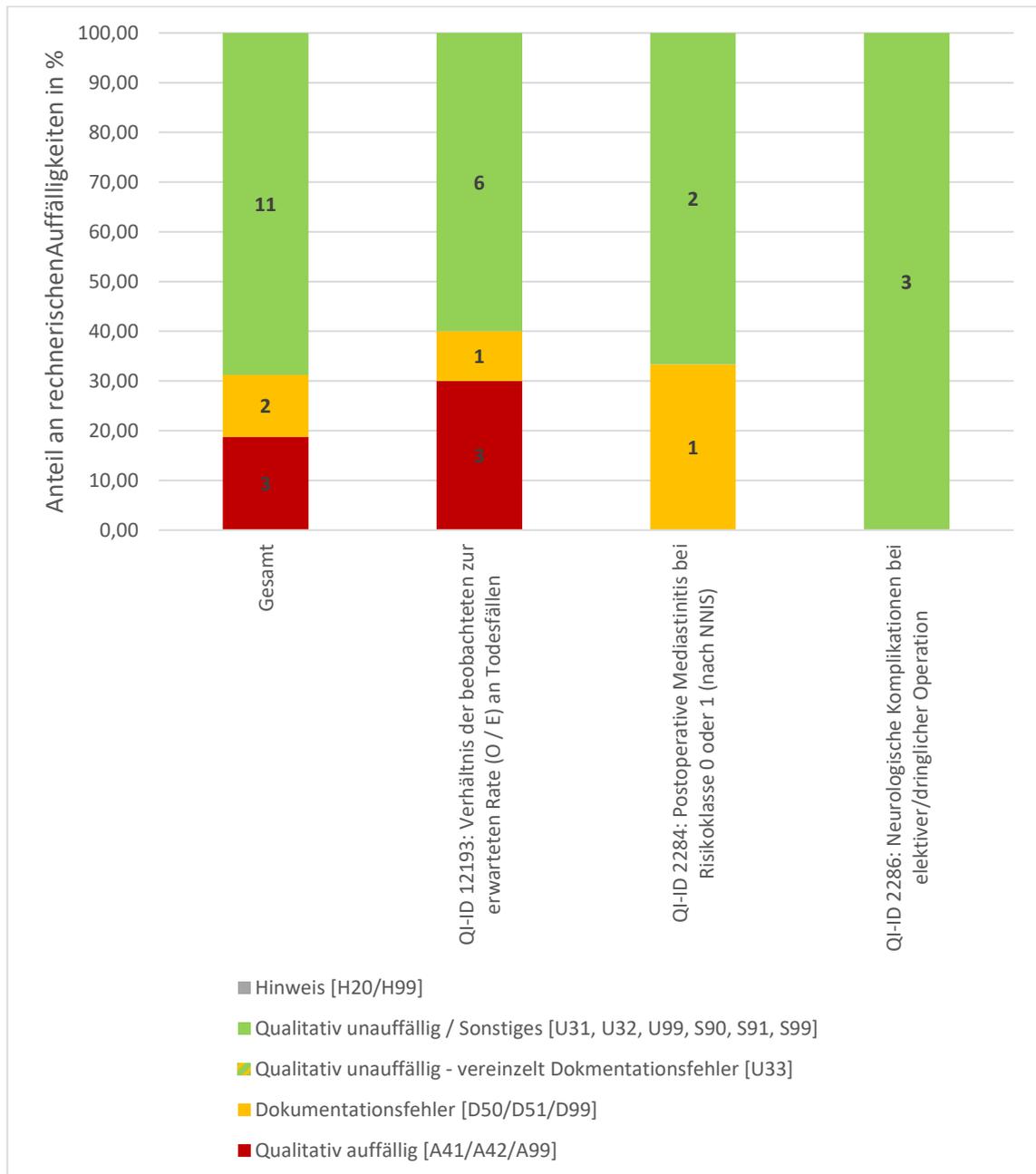


Abbildung 32: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

4.2.6 Transplantationsmedizin

Verfahrensmanagement: Nadja Komm, N. N. (Vertretung: Dr. Anja Dippmann, Dr. Georg Heinze, Axel Mertens)

- QS-Verfahren Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme
- QS-Verfahren Lungen- und Herz-Lungentransplantation
- QS-Verfahren Lebertransplantation
- QS-Verfahren Leberlebendspende

- QS-Verfahren *Nierentransplantation*
- QS-Verfahren *Nierenlebendspende*
- QS-Verfahren *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation*

Die QS-Verfahren der Transplantationsmedizin zeigen Besonderheiten hinsichtlich geringer Fallzahlen und sehr komplexer medizinischer Zusammenhänge auf. Letztere ergeben sich durch die Vielzahl an komplizierenden Begleit- bzw. Vorerkrankungen der Patientinnen und Patienten auf der Warteliste, die aber auch nach der Transplantation und für ihr Outcome eine Rolle spielen. Deshalb liegt der Schwerpunkt der QS-Verfahren auf den Indikatoren zur Sterblichkeit und dem 1-, 2- und 3-Jahres-Überleben.

Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme

Im Auswertungsmodul *Herztransplantation* ist nach Abschluss des Strukturierten Dialogs der Anteil der Bewertungskategorie „Sonstiges“ um mehr als 20 % angestiegen. Dies ist auf die Follow-up-Indikatoren und damit verbunden auf die bereits überprüften Behandlungsfälle der Vorjahre zurückzuführen.

Insgesamt ist die Dokumentationsrate für das QS-Verfahren *Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme* wie in den Vorjahren als sehr gut anzusehen. Dies ist wie in den anderen transplantationsmedizinischen Verfahren vor allem auf die sog. Worst-Case-Indikatoren zurückzuführen (siehe Lebertransplantation).

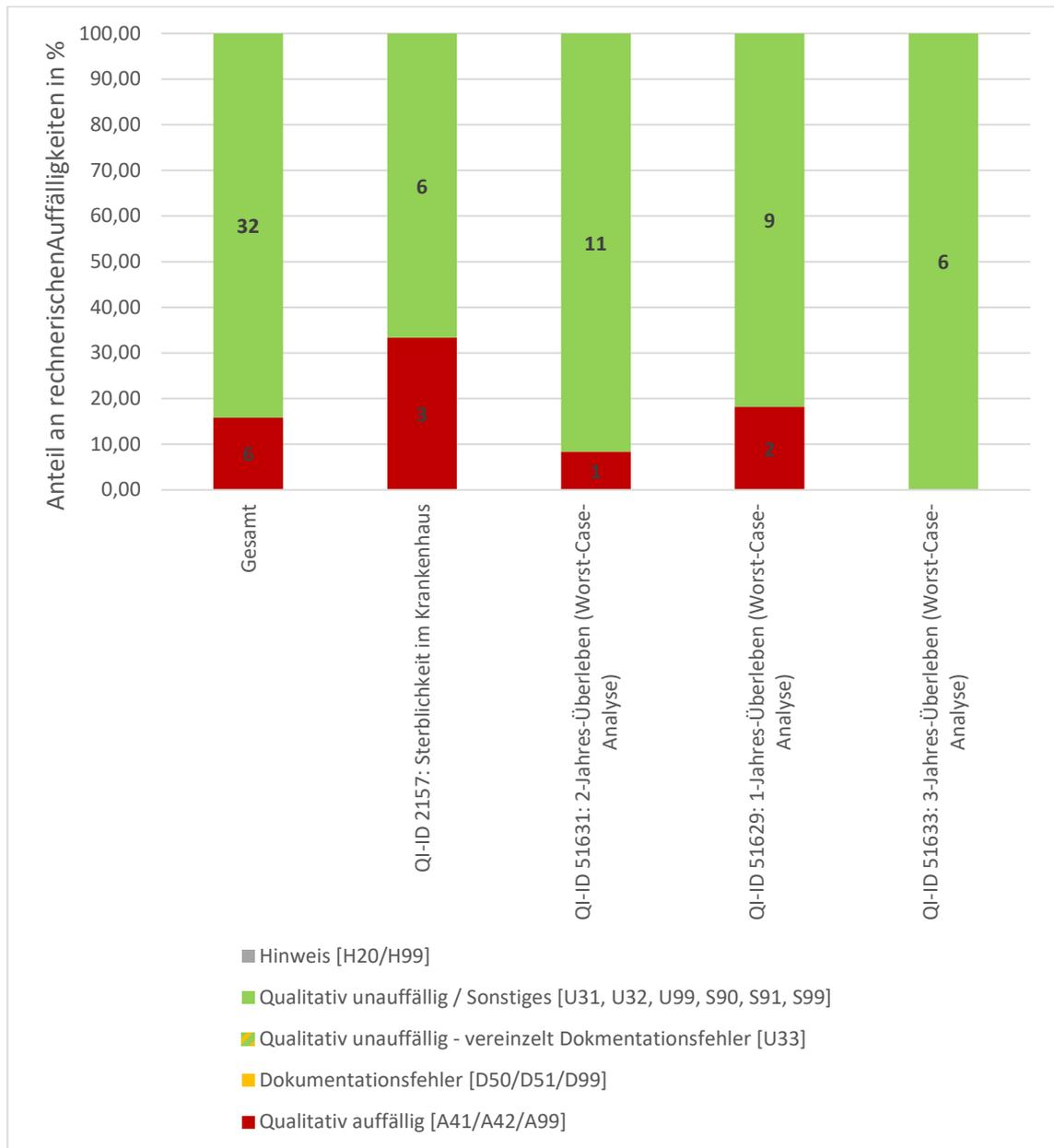


Abbildung 33: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Herztransplantation

Im Erfassungsjahr 2015 wurden für den Bereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen erstmals Daten erhoben. Es wurden von 50 Standorten 880 Datensätze geliefert. Auf der Basis der Daten wurden in Bezug auf die zu prüfenden Qualitätsindikatoren mit definiertem Referenzbereich insgesamt 66 rechnerisch auffällige Ergebnisse bei 4 Indikatoren ermittelt. Die hohe Anzahl an rechnerisch auffälligen Standorten war größtenteils auf die Ergebnisse für den Indikator „Indikation zur Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens“ (QI-ID 52381) zurückzuführen. Dieser Indikator ist ein sogenannter Sentinel-Event-Indikator. Die erwartete Gesamtrate hätte somit Null sein müssen. Tatsächlich fand sich aber im ersten Jahr der Anwendung

eine bundesweite Rate von 42,0 %. Der Strukturierte Dialog wurde folglich mit allen 36 rechnerisch auffälligen Standorten geführt, und die Ergebnisse zeigten, dass zu diesem Indikator noch erhebliche Dokumentationsmissverständnisse bei den Häusern vorlagen.

Es wurde strukturiert Verbesserungspotenzial zum Dokumentationsbogen und zu den Ausfüllhinweisen identifiziert. Dadurch, dass mit fast allen Standorten, die Herzunterstützungssysteme implantieren, der Dialog geführt wurde, ergibt sich als positiver Aspekt, dass viele Fragen direkt geklärt werden konnten, sodass im nächsten Jahr mit einer höheren Datenvalidität zu rechnen ist. Die beschriebenen Dokumentationsmissverständnisse aufseiten der Krankenhausstandorte haben dazu geführt, dass alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse des Indikationsindikators und nahezu alle des Indikators „Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD“ mit S99 = „Sonstiges, der Qualitätsindikator ist erstmalig in der Anwendung“ bewertet wurden.

Positiv hervorzuheben ist, dass bereits im ersten Anwendungsjahr des neuen Teilbereichs *Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen* 100%ige Dokumentationsraten erreicht wurden. Es kam lediglich vereinzelt zu fehlerhaften Zuordnungen zu den einzelnen Zählleistungsbereichen Herztransplantation bzw. Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen.

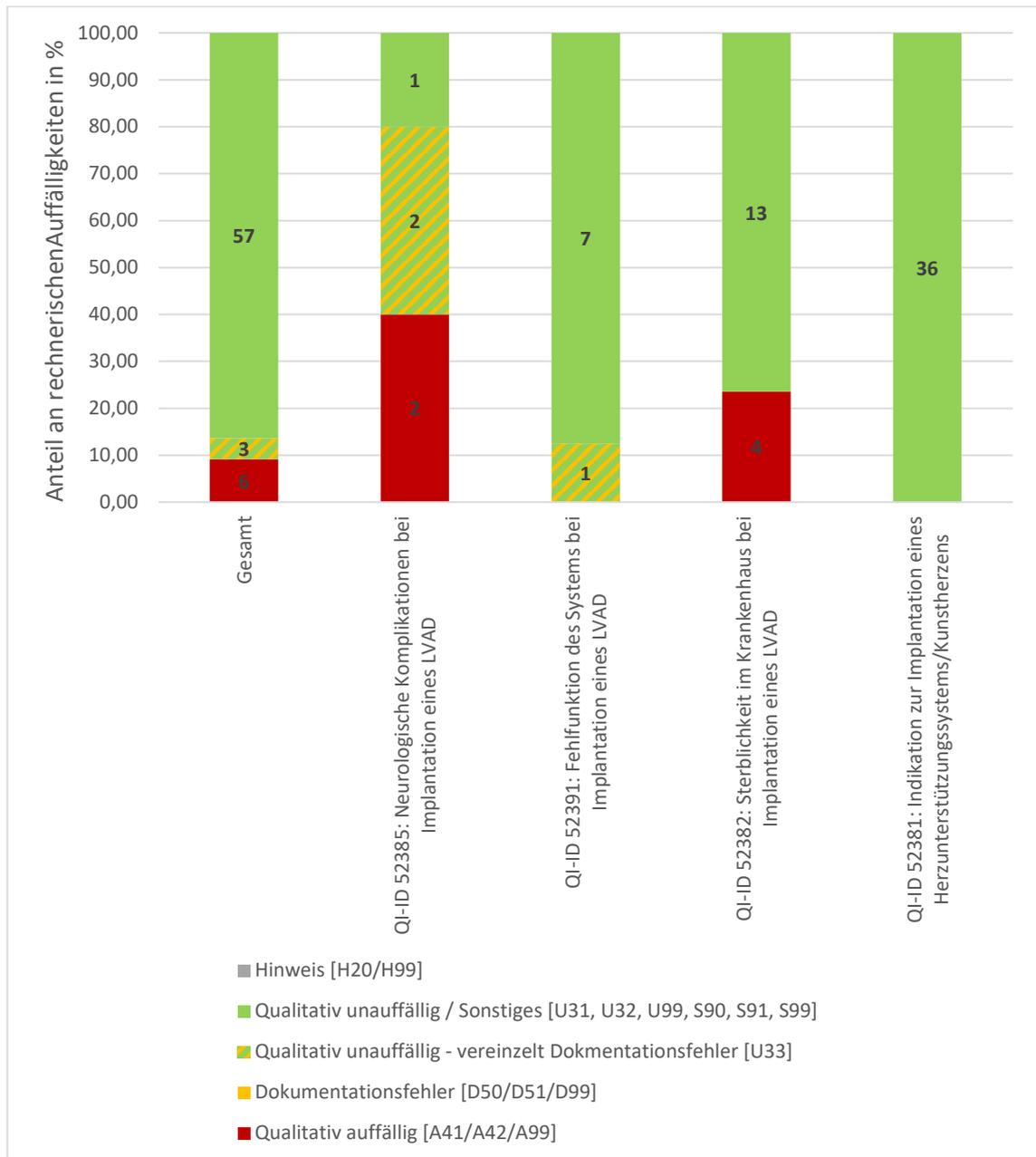


Abbildung 34: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Im QS-Verfahren *Lungen- und Herz-Lungentransplantation* war für das Erfassungsjahr 2015 ein Rückgang an Datensätzen (n = 301) bei gleichzeitiger Zunahme an rechnerischen Auffälligkeiten (EJ 2015 n = 25; EJ 2014 n = 19) zu verzeichnen. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs betrug der Anteil an „qualitativ unauffälligen“ Bewertungen mit 44 % genauso viel wie der Anteil an der Bewertungskategorie „Sonstiges“. Als „qualitativ auffällig“ wurden 12 % (n = 3) der Indikatorergebnisse eingestuft.

Die Dokumentationsrate für das QS-Verfahren *Lungen- und Herz-Lungentransplantation* ist wie in den Vorjahren als sehr gut anzusehen. Dies ist wie in den anderen transplantationsmedizinischen Verfahren vor allem auf die sog. Worst-Case-Indikatoren zurückzuführen (siehe Lebertransplantation).

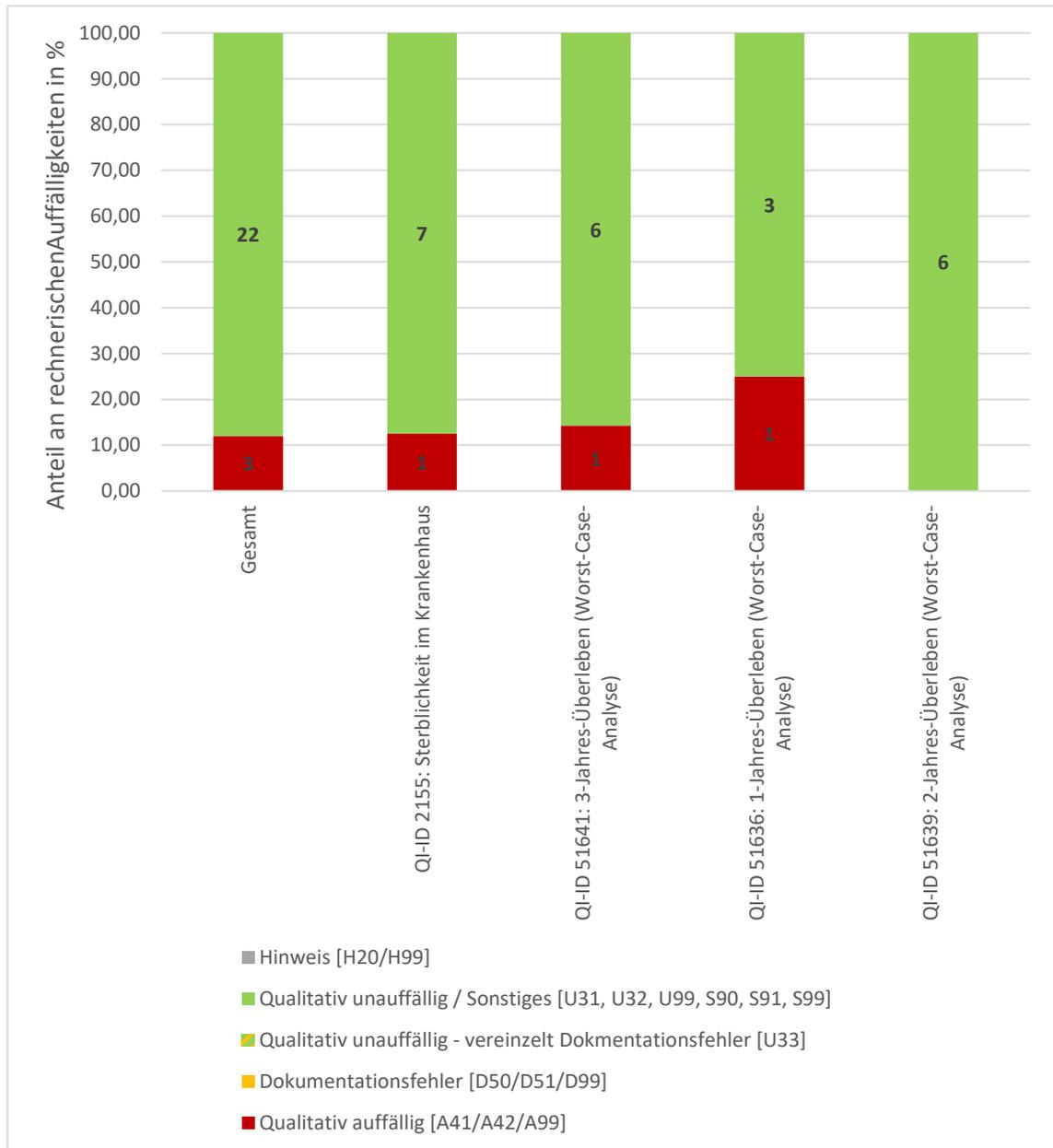


Abbildung 35: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Lebertransplantation

Im QS-Verfahren *Lebertransplantation* ist die ermittelte Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr gleichgeblieben (n = 38). In den Jahren davor war die Anzahl noch wesentlich höher (EJ 2012 n = 60, EJ 2013 n = 46). Der Rückgang an rechnerischen Auffälligkeiten

ist größtenteils auf den Einsatz der Worst-Case-Indikatoren zurückzuführen. Die im Erfassungsjahr 2015 zum vierten Mal angewandte Worst-Case-Analyse zeigt eine deutliche Verbesserung hinsichtlich der Nachsorgedokumentation im 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up.

Die Ergebnisse wurden mehrheitlich durch schriftlichen Stellungnahmen und Präzisierungen der Krankenhausstandorte bewertet.

Dieses QS-Verfahrens zeigt insgesamt eine hohe Spezifität, da die rechnerischen Auffälligkeiten zu einem großen Anteil auch eine qualitative Auffälligkeit nach sich zogen.

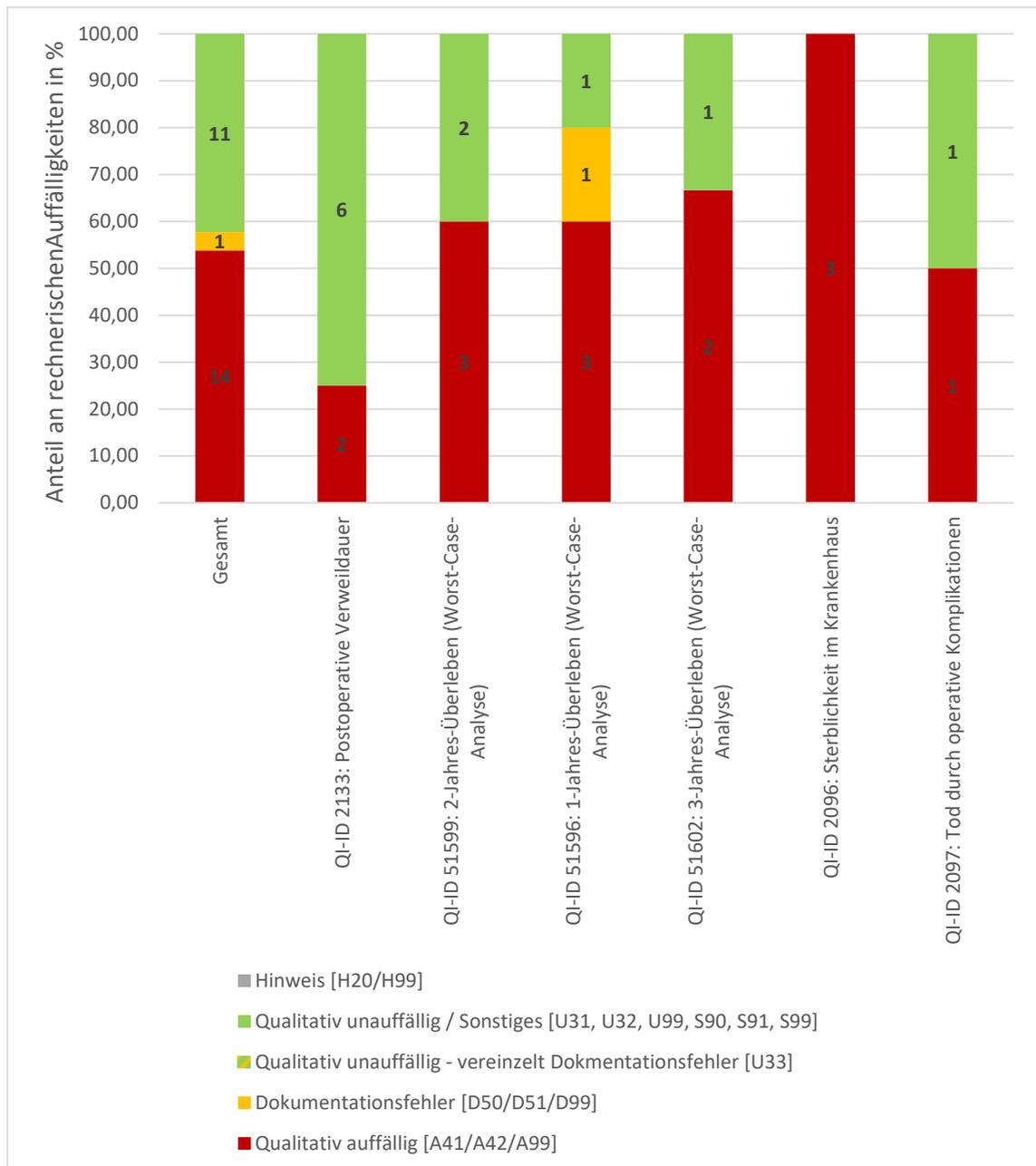


Abbildung 36: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Lebertransplantation

Leberlebenspende

Verbesserungsbedarf wird im QS-Verfahren *Leberlebenspende* gesehen, da es sich hierbei um einen hochsensiblen Bereich handelt, in welchem die Nachsorge und deren Dokumentation einen besonderen Stellenwert einnehmen. Die Ursachen der aufgetretenen Dokumentationsfehler lagen nach Beurteilung im Strukturierten Dialog hauptsächlich bei der nicht fristgerechten und unvollständigen Übermittlung der Daten.

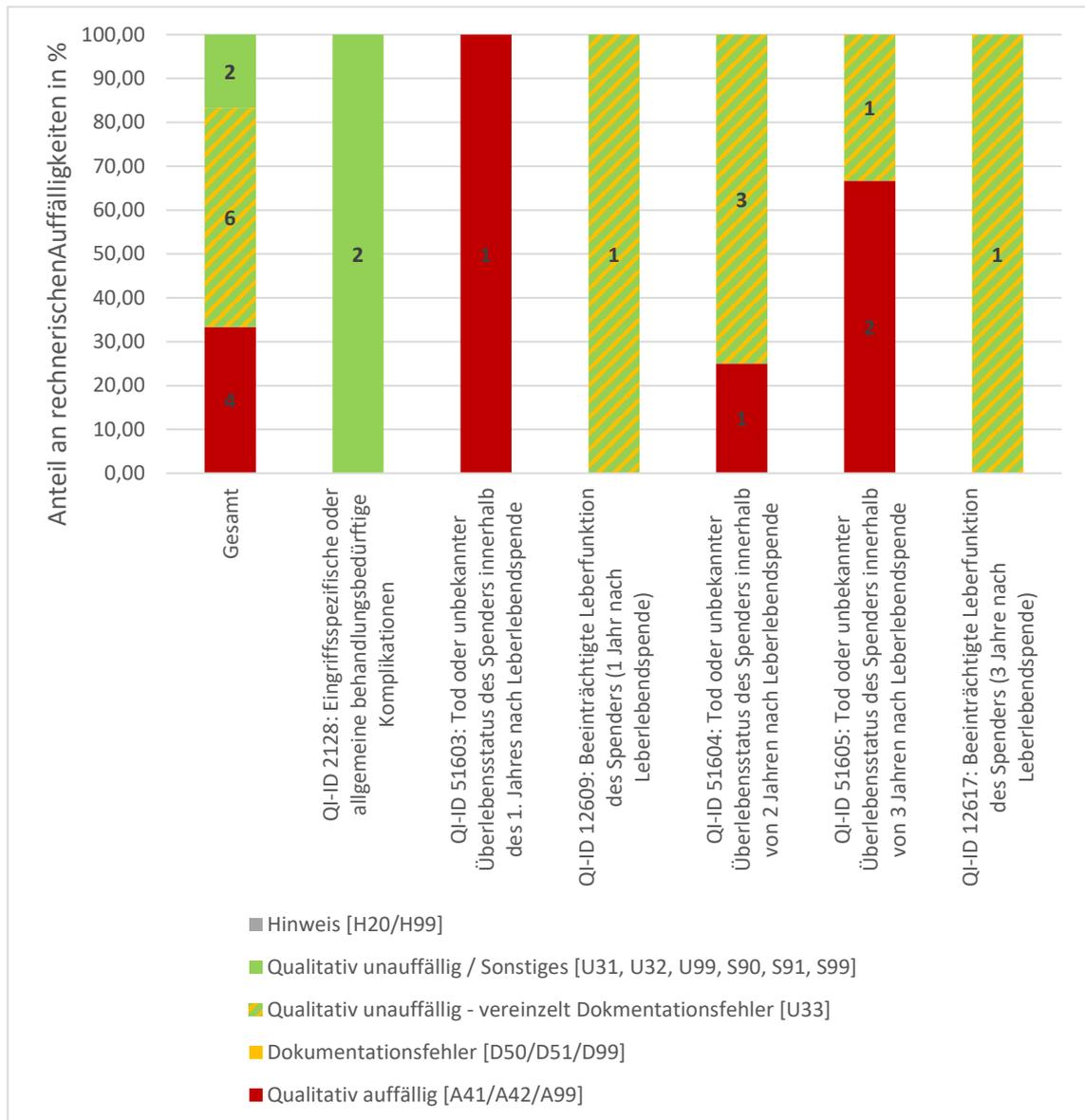


Abbildung 37: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Leberlebenspende

Nierentransplantation

Die Vollständigkeit (Dokumentationsraten zum 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up) hat sich seit der Einführung der Worst-Case-Analyse zum Erfassungsjahr 2012 in QS-Verfahren *Nierentransplantation* kontinuierlich verbessert. Dennoch erhofft sich die Bundesfachgruppe weitere Verbesserungen in der Nachsorgedokumentation. Oftmals handelt es sich um Spender/Empfänger mit einem Wohnort im Ausland, wodurch eine Nachsorge erschwert wird. Dennoch sind aufgrund der gesetzlichen Dokumentationspflicht maximale Bemühungen zur Nachsorge der Spender und Empfänger erforderlich.

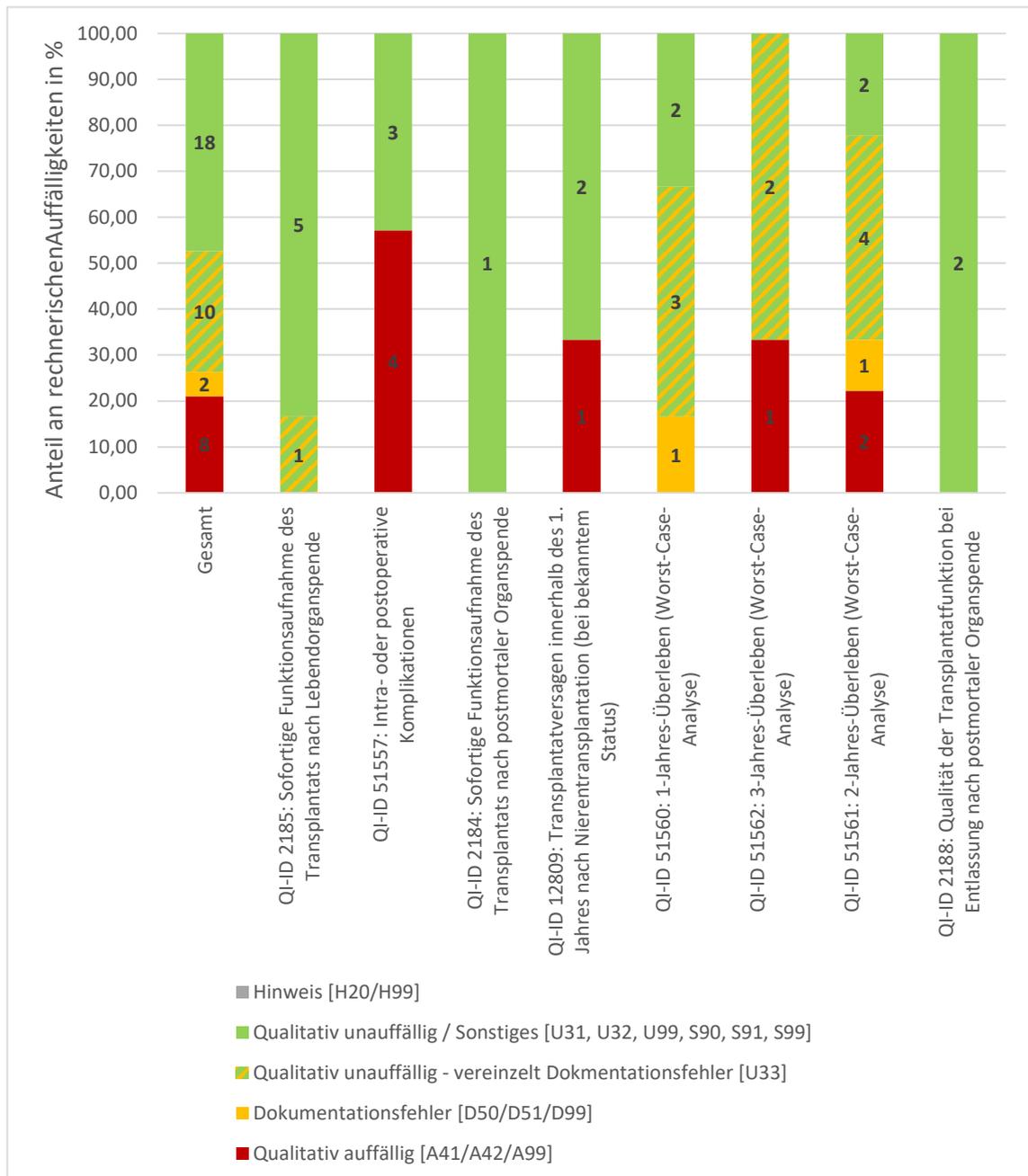


Abbildung 38: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Nierentransplantation

Nierenlebenspende

Im QS-Verfahren *Nierenlebenspende* treffen die Aussagen zur weiteren Verbesserung der Nachsorgedokumentation ebenfalls zu, zumal bei den Lebenspendeverfahren das Auftreten und melden von Sentinel Events eine große Bedeutung haben.



Abbildung 39: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Nierenlebenspende

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Aufgrund der zumeist sehr niedrigen Fallzahlen ist die Aussagekraft von Qualitätsindikatoren auf Basis eines einzelnen Jahres in diesem QS-Verfahren eingeschränkt. Daher wurde auf Empfehlung der Bundesfachgruppe vor einigen Jahren beschlossen, die Ergebnisse jeweils für zwei Erfassungsjahre gemeinsam zu betrachten. Damit der Strukturierte Dialog zum gleichen Erfassungsjahr nicht zweimal geführt werden muss, werden die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2015 erst zusammen mit den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2016 im Rahmen des Strukturierten Dialogs analysiert und bewertet.

Die Vollzähligkeit (Dokumentationsraten zum 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up) hat sich seit der Einführung der Worst-Case-Analyse zum Erfassungsjahr 2012 in beiden QS-Verfahren kontinuierlich verbessert. Dennoch erhofft sich die Bundesfachgruppe weitere Verbesserungen in der Nachsorgedokumentation. Oftmals handelt es sich um Spender/Empfänger mit einem Wohnort im Ausland, wodurch eine Nachsorge erschwert wird. Dennoch sind aufgrund der gesetzlichen Dokumentationspflicht maximale Bemühungen zur Nachsorge der Spender und Empfänger erforderlich. Eine persönliche Wiedervorstellung des Spenders/Empfängers im transplantierenden Krankenhaus ist hierbei nicht zwingend notwendig. Eine Übermittlung von Überlebens- und Laborwerten per Fax oder Telefon durch die Ärztinnen und Ärzte, die den Spender an seinem Wohnort betreuen, ist ausreichend.

4.2.7 Gynäkologie

Verfahrensmanagement: Kathrin Rickert, Dr. Anja Katharina Dippmann

- QS-Verfahren Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Betrachtet man insgesamt die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zum QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)* fällt auf, dass der Anteil qualitativ auffälliger Standorte an rechnerisch auffälligen Standorten – trotz leichtem Anstieg im Vergleich zum Vorjahr – mit 4,5 % gering bleibt. Der Großteil der Standorte wurde entweder als „qualitativ unauffällig“ bewertet oder es wurde lediglich ein Hinweis versendet, sodass keine Beurteilung der Qualität vorgenommen wurde.

Insbesondere bei den Indikatoren „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation“ (QI-ID 51906), „Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation“ (QI-ID 51418) und „Beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen bis 45 Jahre“ (QI-ID 52535) wurde häufig die Bewertung qualitativ unauffällig vergeben. Letzterer Sentinel-Event-Indikator (QI-ID 52535) fällt zudem dadurch auf, dass keiner der rechnerisch auffälligen Standorte im Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum EJ 2015 als qualitativ auffällig bewertet wurde. Die rechnerischen Auffälligkeiten wurden hier überwiegend durch Einzelfälle erklärt, beispielsweise handelte es sich um besonders komplexe Fälle bei mehrfach voroperierten Patientinnen oder um Patientinnen mit langer Krankheitsgeschichte und chronischen/rezidivierenden Problemen. Da dieser Indikator im Strukturierten Dialog zum

EJ 2015 erstmals bewertet wurde, bleibt abzuwarten, ob sich dieses Ergebnis im Folgejahr bestätigt. Sollte dies der Fall sein, so ist die weitere Erhebung dieses Indikators zu diskutieren.

Überwiegend Hinweise wurden an rechnerisch auffällige Standorte in den Indikatoren „Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden“ (QI-ID 52283), „Organerhaltung bei Ovarieingriffen“ (QI-ID 612) sowie „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund“ (QI-ID 51907) versendet. Der hohe Anteil an versendeten Hinweisen für den Indikator 51907 ist ggf. damit zu erklären, dass Standorte zum Teil sowohl in diesem als auch im Indikator „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund“ (QI-ID 10211) auffällig werden. Da es sich hierbei um sehr ähnliche Indikatoren handelt, wird mit dem Versand eines Hinweises vermieden, dass ein Standort aufgrund der gleichen Ursache zwei Mal im Strukturierten Dialog betrachtet wird. Für die Zukunft wird dies jedoch keine Rolle mehr spielen: Der Indikator 51907 wurde für das Erfassungsjahr 2013 mit der Intention, die Datenvalidität zu betrachten, aufgenommen. Es sollten hier diejenigen Standorte betrachtet werden, die häufig keine spezifische Angabe zum histologischen Befund angeben und dadurch ggf. eine Auffälligkeit im Indikator 10211 vermeiden. Da mit diesem Indikator daher nicht die medizinische Qualität, sondern die Datenvalidität verbessert werden soll, wird dieser Qualitätsindikator zukünftig im Rahmen der Datenvalidierung als Auffälligkeitskriterium betrachtet.

Aufgrund der beschriebenen geringen Anzahl an Standorten, die im Ergebnis des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig beurteilt werden, ist für das QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)* insgesamt zu überlegen, ob eine Neuausrichtung der aktuell betrachteten Indikatoren zielführender wäre für eine Förderung der Qualität der Krankenhäuser. Die Art der Neuausrichtung ist derzeit Gegenstand der Diskussion. Dabei wird berücksichtigt, dass es in diesem QS-Verfahren planungsrelevante Qualitätsindikatoren gibt, sodass eine Neuausrichtung gegebenenfalls in enger Abstimmung mit den hierfür zuständigen Gremien erfolgen würde.

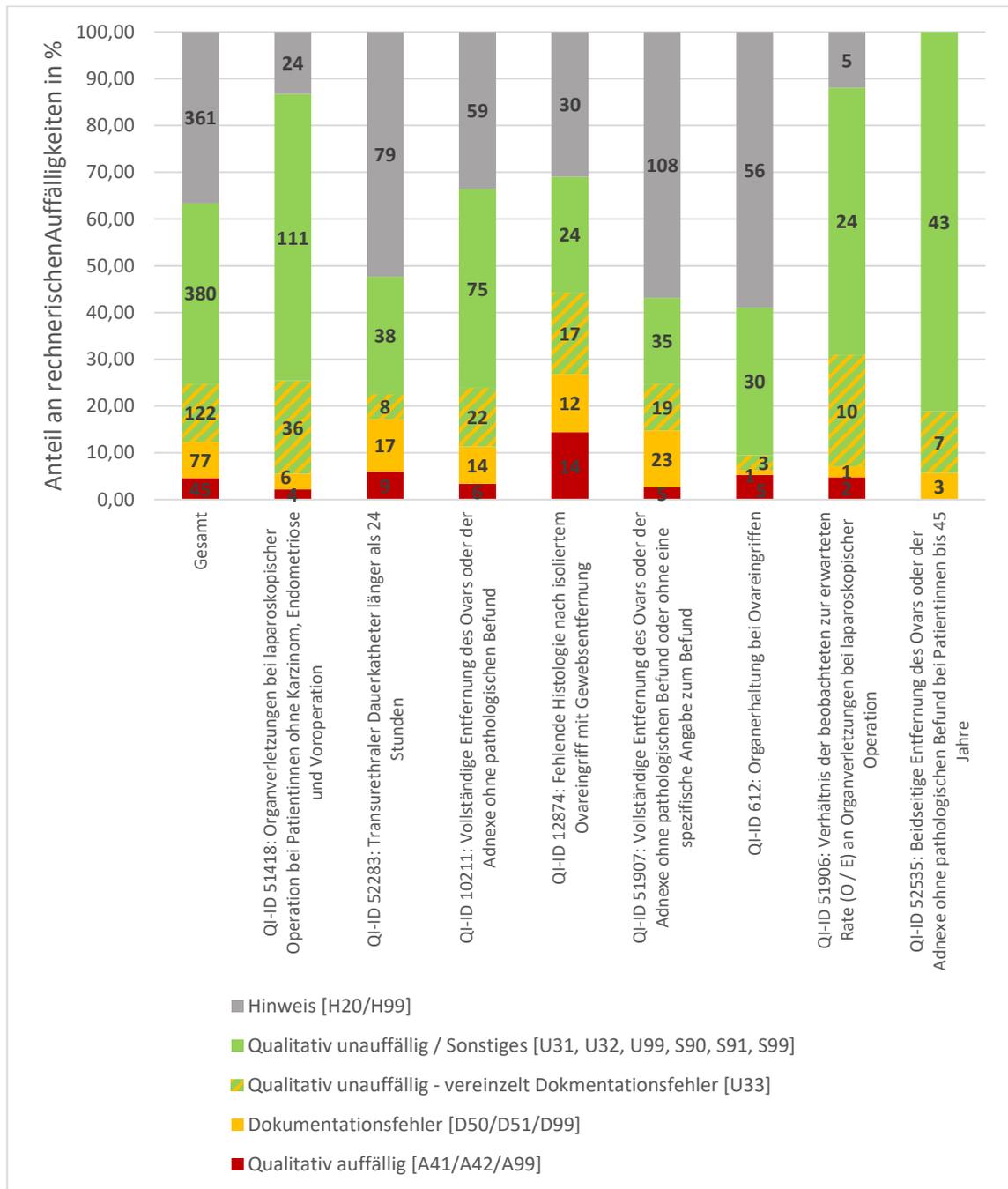


Abbildung 40: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

4.2.8 Mammachirurgie

Verfahrensmanagement: Dr. Anja Katharina Dippmann, Kathrin Rickert, Nicole Strutz

▪ QS-Verfahren *Mammachirurgie*

Insgesamt wurden bei den Krankenhausstandorten, die im QS-Verfahren *Mammachirurgie* Daten geliefert hatten, n = 932 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt, was im Vergleich zum Vorjahr einen Zuwachs um n = 251 bedeutet.

Der Anteil an rechnerischen auffälligen Ergebnissen, die nach dem Strukturierten Dialog als „qualitativ unauffällig“ eingestuft wurden, entspricht in etwa dem des Vorjahres: im Strukturierten Dialog zum EJ 2015 sind 32,94 % (n = 307) als unauffällig eingestuft.

Als „qualitativ auffällig“ wurden im Strukturierten Dialog zum EJ 2015 insgesamt n = 130, also 13,95 %, der rechnerischen auffälligen Ergebnisse eingestuft. Dies sind im Vergleich zum Vorjahr 36 qualitative auffällige Ergebnisse mehr (EJ 2014 n = 94). Betrachtet man die Ergebnisse bezogen auf Anteile an rechnerischen Auffälligkeiten, so lassen sich nahezu identische prozentuale Darstellungen zum Vorjahr (13,8 %) feststellen.

In vielen Krankenhausstandorten besteht Verbesserungspotenzial bezüglich der Prozess- und Strukturqualität. Die „Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ stechen mit n = 95 der qualitativ auffälligen Ergebnisse hervor. Hiervon verteilen sich n = 75 auf folgende Qualitätsindikatoren: knapp 10 % (n = 29) lassen sich dem QI „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“ (QI-ID 52279), 14,2 % (n = 25) dem QI „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ (QI-ID 51847) und 14,6 % (n = 21) dem QI „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ (QI-ID 51846) zuordnen. Im Vorjahr zeigten sich für diese Indikatoren lediglich 49-mal ein „Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel“. Der QI 52279 hat sich vom Vorjahr (EJ 2014), mit 13,9 % qualitativen Auffälligkeiten, nur gering verändert. Der QI 51847 hat sich von 21,6 % um 7 Prozentpunkte im Vergleich zum Vorjahr verbessert. Bereits im Erfassungsjahr 2014 machten diese 3 Qualitätsindikatoren in den Krankenhausstandorten die meisten qualitativen Auffälligkeiten aus.

Von allen rechnerischen Auffälligkeiten unter den 7 Qualitätsindikatoren werden im Strukturierten Dialog max. 17,1 % pro Qualitätsindikator als qualitativ auffällig bewertet. Der Anteil der qualitativen Auffälligkeiten liegt bei den Qualitätsindikatoren „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ (QI-ID 50719) sowie bei „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“ (QI-ID 51370) unter 10 % bezogen auf rechnerische Auffälligkeiten.

Betrachtet man Krankenhausstandorte im Hinblick auf rechnerische Auffälligkeiten und die Bewertung „qualitativ unauffällig“, so zeigt sich unter den Qualitätsindikatoren bezüglich ihrer Spezifität ein heterogenes Bild. So liegt der Anteil der qualitativ unauffällig bewerteten Standorte an allen rechnerisch auffälligen Standorten bei 6 Indikatoren zwischen 20 % und 52 %. Der Sentinel-Event-Indikator „Primäre Axilladisektion bei DCIS“ (QI-ID 2163) wurde im Strukturierten Dialog sogar für jeden Einzelfall als „qualitativ unauffällig“ bewertet. Zur Reduzierung von Doku-

mentationsfehlern sind Änderungen von Datenfeldern geplant sowie im Rahmen der Verfahrenspflege Anpassungen der Indikatoren mit Hinblick auf die aktualisierte Leitlinie und in Bezug auf Referenzbereiche.

Beim Indikator „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“ (QI-ID 51370) ist möglicherweise nicht in jedem Fall die vollständige Beeinflussbarkeit durch den Krankenhausstandort gegeben. Dieser Qualitätsindikator soll ein Zeitfenster zwischen Diagnose und Therapie beleuchten, das Patientinnen und Patienten u. a. ausreichend Zeit für Entscheidungsprozesse und die Partizipation am individuellen Behandlungsgeschehen z. B. durch die Möglichkeit einer ärztliche Zweitmeinung ermöglicht, wie es sich in der S3-Leitlinie „Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ findet. Darunter fallen ggf. auch patientenseitige Wünsche nach z. B. zeitnaher Operation.

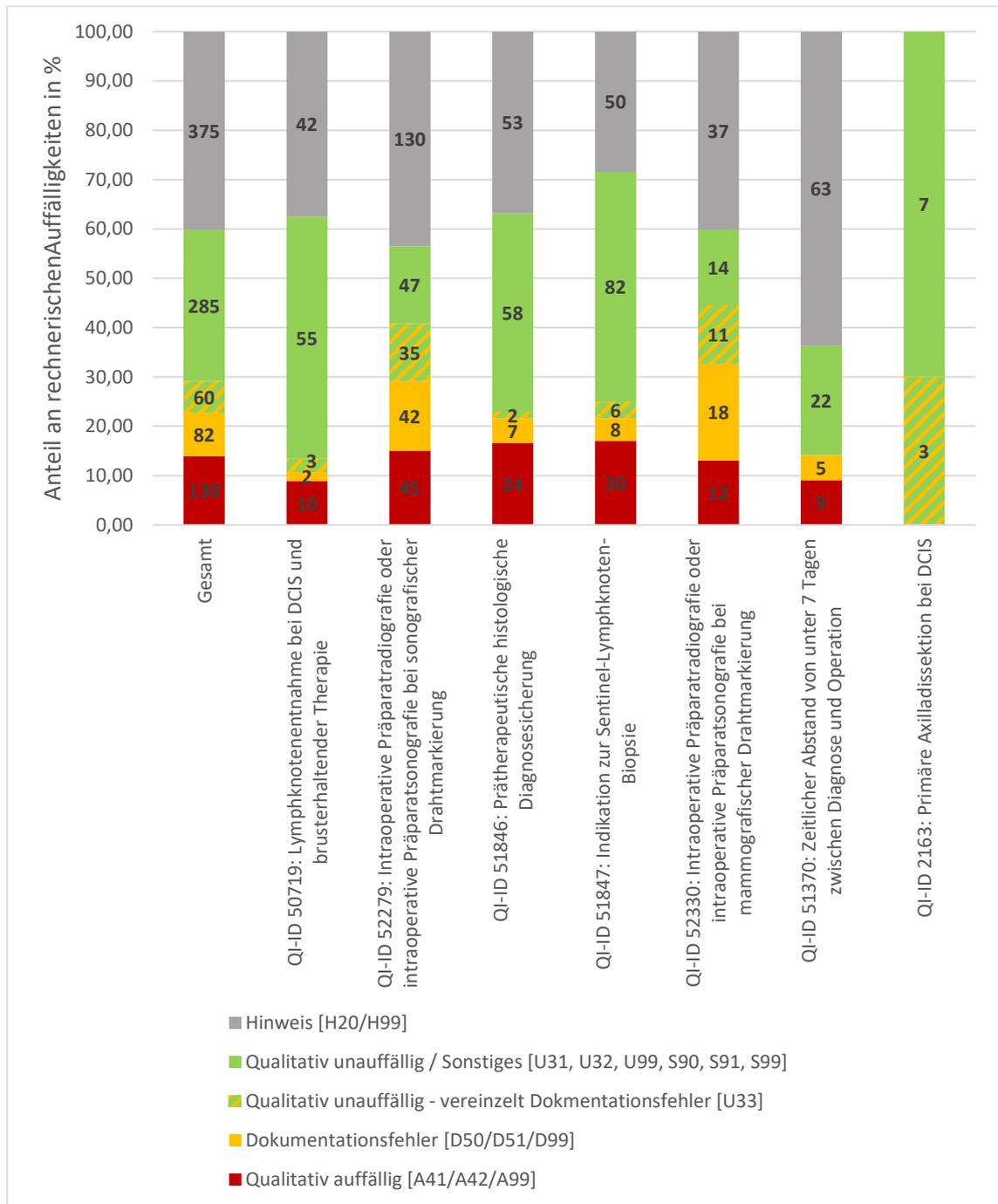


Abbildung 41: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Mammachirurgie

4.2.9 Perinatalmedizin

Verfahrensmanagement: Stefanie Konheiser, Teresa Thomas, Diana Münch, PD Dr. Günther Heller

- QS-Verfahren *Geburtshilfe*
- QS-Verfahren *Neonatalogie*

Geburtshilfe

Die rechnerisch auffälligen Ergebnisse, die aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation nicht bewertet werden konnten, sind gegenüber dem Vorjahr konstant geblieben (EJ 2014 12 %; EJ 2015 12 %). Beim Indikator „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (QI-ID 330) wurden im Zuge des Strukturierten Dialogs bei 59,4 % der rechnerisch auffälligen Ereignisse Dokumentationsfehler festgestellt. Dies trifft ebenso in 57,5 % der Ergebnisse für den Indikator „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (QI-ID 1058) zu. Die hohe Rate an Dokumentationsfehlern beim QI „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (QI-ID 330) kann auf der Grundlage der Länderergebnisse zum Strukturierten Dialog mit einem fehlerhaften Datentransport oder nicht durchgeführter Dokumentation der erfolgten Therapie erklärt werden. Die fehlerhafte Dokumentation beim Indikator „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (QI-ID 1058) bezieht sich nach Einschätzung einiger Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung auf die unscharfe Definition des Indikators und die Vermutung, dass notfällige Sectiones, die nicht in der geforderten 20-Minuten-Frist erfolgen, als sekundäre (nicht-Notfall) Sectio dokumentiert werden. Seitens einiger Bundesländer ist dieser Indikator zudem umstritten bzw. es besteht die Ansicht, dass nicht die E-E-Zeit, sondern die Zeitspanne von der frühestmöglichen Erfassbarkeit der Notfallindikation bis zur Entwicklung des Kindes (E-E-E-Zeit) relevant sei. Bei diesem Indikator gilt zu klären, ob eine erneute Modifikation im Hinblick auf die Ergänzung um den Zeitpunkt des Eintritts bzw. der Erkennung der Notfallsectio erforderlich ist. Diese Diskussion wird aktuell auch in der Bundesfachgruppe geführt.

Beim Indikator „Müttersterblichkeit im Rahmen der Perinatalerhebung“ (QI-ID 331) wurden 85 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Durchführung des Strukturierten Dialogs als „qualitativ unauffällig“ bewertet. In 10 % der rechnerischen Auffälligkeiten waren Dokumentationsfehler ursächlich. Bei den 5 % als „qualitativ auffällig“ bewerteten Ergebnissen handelte es sich vordergründig um Prozessmängel, die jedoch nicht näher beschrieben wurden.

Nach Durchführung des Strukturierten Dialogs wurden beim Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten“ (QI-ID 51181) in 68,6 % der rechnerisch auffällig gewordenen Ereignisse Hinweise verschickt. Bei diesem Indikator besteht grundsätzlich die Problematik der ungenauen Diagnostik und Klassifizierung des Schweregrades. Die Thematik konnte mit der Bundesfachgruppe noch nicht abschließend beraten werden.

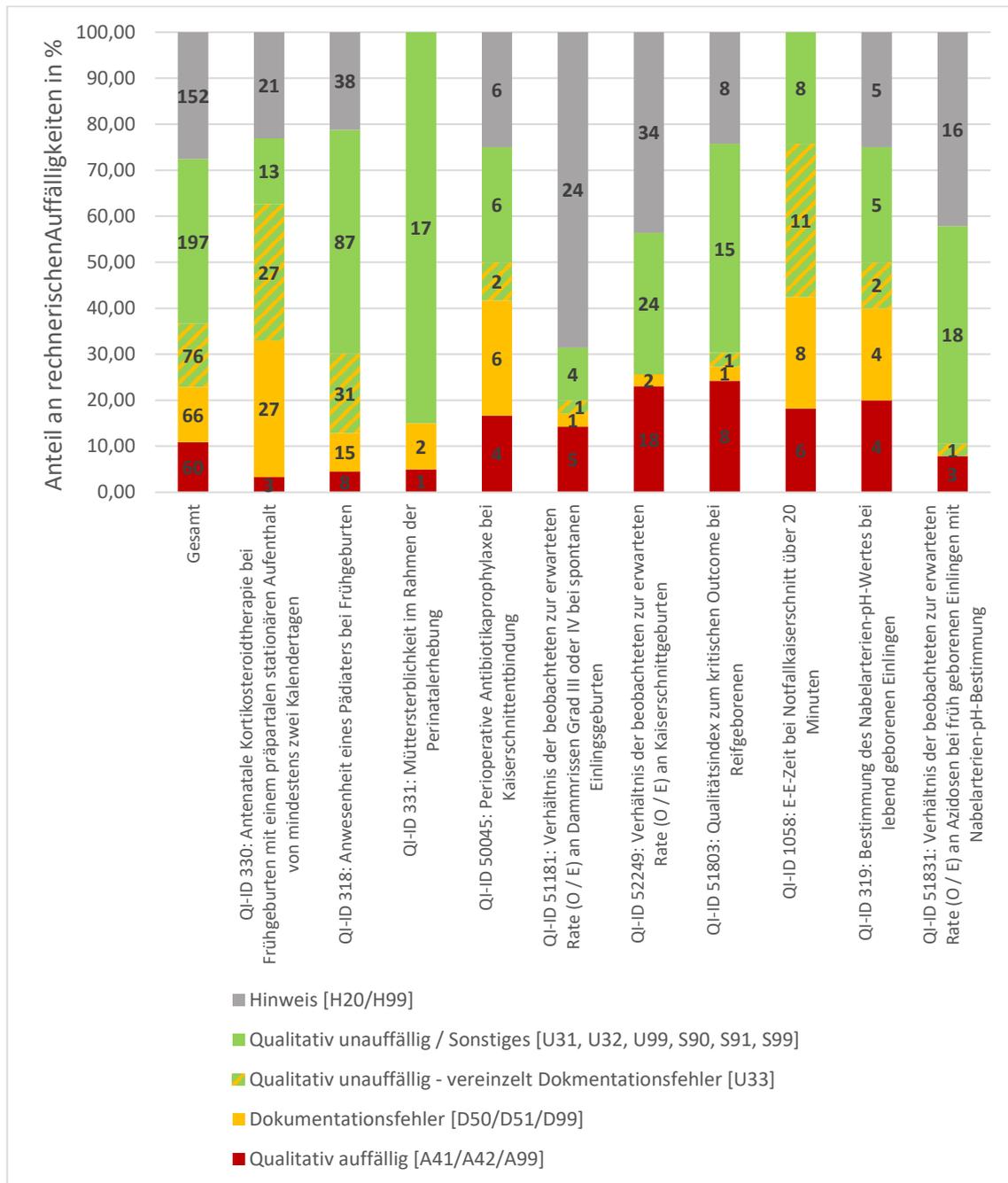


Abbildung 42: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Geburtshilfe

Neonatologie

Die Rate aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse, die als „qualitativ unauffällig“ eingestuft wurden, ist von 39,2 % im EJ 2014 auf 44,1 % im EJ 2015 angestiegen. Bei 33,6 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden im EJ 2015 weniger Hinweise verschickt als noch im Jahr zuvor mit 38,2 %.

Insgesamt konnten 39 rechnerische Auffälligkeiten (11 %) aufgrund fehlerhafter Dokumentation nicht eingestuft werden (EJ 2014: 10,5 %). Beim Indikator „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ (QI-ID 51845) wurden 23,9 % der Krankenhausstandorte aufgrund fehlerhafter Dokumentationen auffällig. Im Vergleich zum EJ 2014 ist die Rate an Fehldokumentationen beim Indikator „Durchführung eines Hörtests“ (QI-ID 50063) von 14,4 % auf 10,6 % gesunken.

Bezüglich des Indikators „Durchführung eines Hörtests“ (QI-ID 50063) wurden in etwa der Hälfte der Ergebnisse (50,6 %) lediglich Hinweise verschickt. Ein Bundesland bemängelt bei diesem Indikator das Fehlen der Antwortmöglichkeit „Hörtest wurde bereits in zuverlegender Klinik durchgeführt“, welches wiederum zu Pseudo-Auffälligkeiten bei Verlegung eines Kindes in der Neonatalperiode zwischen mehreren Krankenhäusern führe. Dieses Datenfeld wurde bereits um eine Antwortmöglichkeit („in einem vorherigen Aufenthalt“) für das EJ 2016 ergänzt. Für das EJ 2016 kann aufgrund dessen eine geringere Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten erwartet werden. Zudem wurden bei diesem Indikator die ungenauen Ausfüllhinweise und daraus resultierende Missverständnisse beklagt. Eine weitere mögliche Begründung, warum für die Hälfte aller rechnerischen Auffälligkeiten keine Stellungnahmen eingefordert wurden, ist, dass diesem Indikator von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung eventuell ein geringerer Stellenwert zugeschrieben wird.

Beim Indikator „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ (QI-ID 51845) ergaben sich nach Abschluss des Strukturierten Dialogs in 42,4 % der Ergebnisse Dokumentationsfehler. Darüber hinaus traten bei diesem Indikator im Vergleich zu den anderen Indikatoren mit 56,4 % die meisten Dokumentationsfehler auf (n = 22).

In den Indikatoren „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)“ (QI-ID 50062) (79,0 %) und „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen pro 1.000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)“ (QI-ID 50060) wurden 79 % respektive 61,9 % der Ergebnisse als „qualitativ unauffällig“ eingestuft. In den Rückmeldungen zum Strukturierten Dialog der betroffenen Bundesländer fanden sich allerdings keinerlei Begründungen für eine Einstufung als „nicht qualitativ auffälliges“ Ereignis.

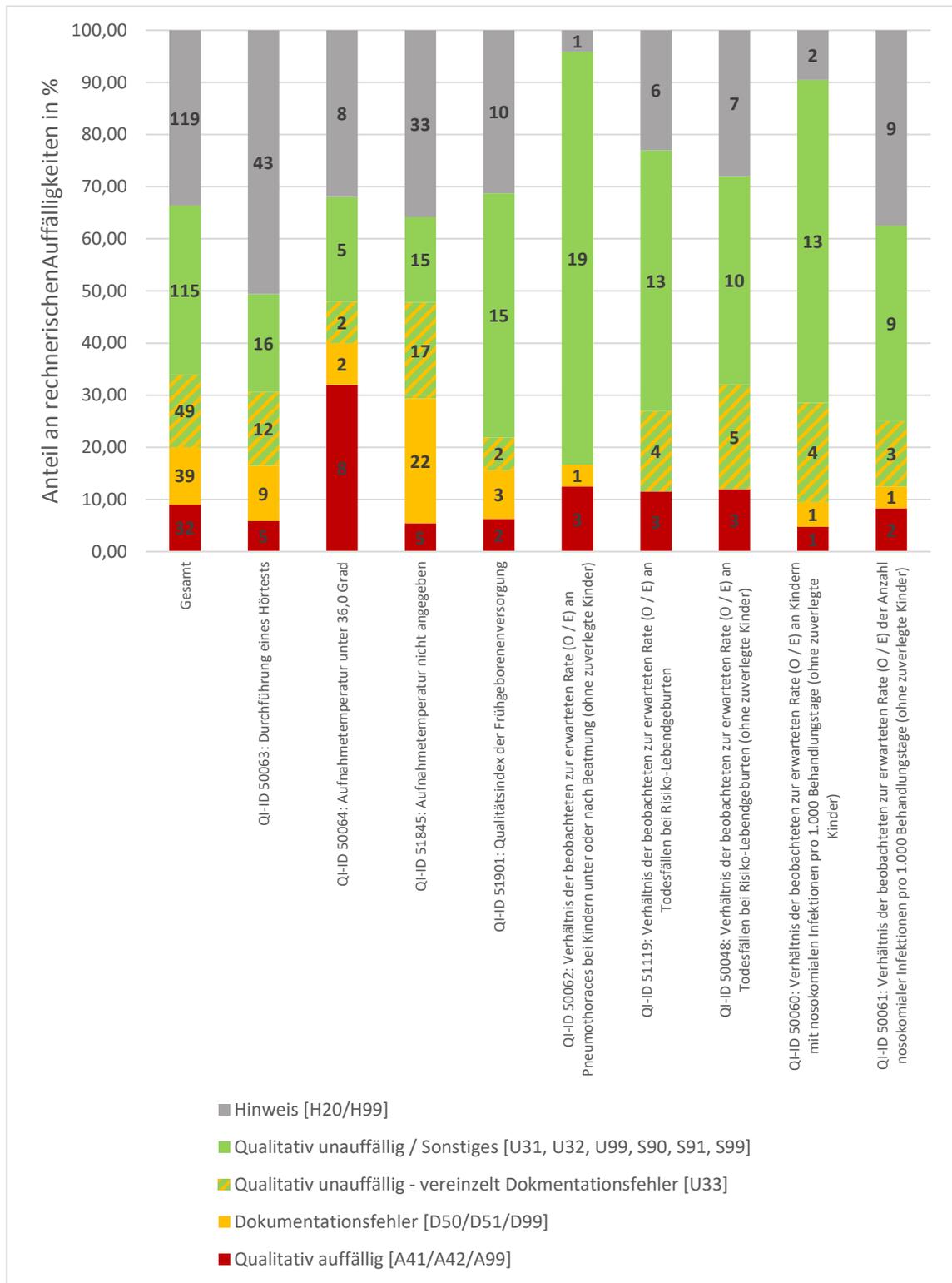


Abbildung 43: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Neonatologie

4.2.10 Orthopädie und Unfallchirurgie

Verfahrensmanagement: Cristina Thole, Miriam Meschede, Theresa Schröder, Dr. Anja Katharina Dippmann

- QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung*
- QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung*
- QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung*

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* ist anhand der gelieferten Daten des Strukturierten Dialogs zu erkennen, dass die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung sehr unterschiedlich mit rechnerischen Auffälligkeiten umgegangen sind. Insgesamt wurden zu 1.468 rechnerischen Auffälligkeiten 1.465 Maßnahmen (Hinweise, Stellungnahmen und Sonstiges) und bei 3 keine Maßnahmen eingeleitet, letzteres, da die Fachabteilungen geschlossen (Bewertung „S90“) wurden. Bei 549 der 1.465 eingeleiteten Maßnahmen handelte es sich um Hinweise (37,5 %) und bei 916 (62,6 %) um Stellungnahmen. Sonstige Maßnahmen wurden nicht eingeleitet.

5 LQS versandten keine Hinweise, sondern forderten zu allen rechnerischen Auffälligkeiten von den Krankenhäusern Stellungnahmen an. Eine LQS macht dies auch in ihrem Bericht deutlich. Fünf andere LQS hingegen verschickten in 53,3 % bis 87,7 % der Fälle (Bundesdurchschnitt = 37,5 %) Hinweise, zum Beispiel, wenn Kliniken beim QI 54030 „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ in diesem QS-Verfahren auch nach der alten Regel (> 48 Stunden) nicht auffällig waren oder die Rate der Kliniken unterhalb des Landeswertes, aber oberhalb des Bundeswertes lag. Eine LQS verschickte beim QI 54030 schriftliche Hinweise, wenn Krankenhäuser einen von der LQS individuell festgelegten Referenzwert von 40 % nicht überschritten haben und keine spezielle Vorgeschichte vorlag.

Es fanden 130 weiterführende Maßnahmen (kollegiale Gespräche, Begehungen, Zielvereinbarungen) in 5 Bundesländern (= 9 % der rechnerischen Auffälligkeiten) statt. 5 LQS führten insgesamt 38 kollegiale Gespräche durch. Begehungen erfolgten in keinem Bundesland. 4 LQS haben mit auffälligen Krankenhausstandorten insgesamt 92 Zielvereinbarungen getroffen, die meisten davon in einem Land (55).

Die Bewertung „qualitativ unauffällig“ erfolgte bundesweit bei 45,8 % der rechnerischen Auffälligkeiten, vor allem aufgrund der Einstufung „Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle“ (U32, n = 542, 36,9 %). 3 Bundesländer (95,7 %, 79,2 % und 72,9 %) nahmen diese Einstufung innerhalb ihrer Strukturierten Dialoge am häufigsten vor.

Als „qualitativ auffällig“ wurden 152 (10,3 %) rechnerische auffällige Ergebnisse bewertet. In 115 Fällen (7,8 %), verteilt über 11 Bundesländer, gab es Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel (A41). Eine LQS nahm diese Einstufung bei 45 Krankenhausergebnissen (12,7 %) vor, eine bei 26 (32,9 %) und eine bei 9 (18,8 %). Zu bundesweit 25 Ergebnissen (1,7 %) nannten die Krankenhäuser keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten (A42) und bei 12 (0,8 %) lagen sonstige Gründe vor. Eine fehlerhafte Dokumentation (D50, D51, D99) zeigte

sich bei 32 von 1.468 rechnerisch auffälligen Ergebnissen (2,2 %). Die Kategorie Sonstiges (S90, S91, S99) wurde in 63 Fällen (4,3 %) ausgewählt.

Da zu allen Indikatoren in diesem QS-Verfahren relativ viele Hinweise verschickt wurden, muss das bei der Auswertung der SD-Ergebnisse (siehe Abbildung 44) beachtet werden. Der Versand von Hinweisen ist nach § 11 der QSKH-RL Bestandteil der Maßnahmen des Strukturierten Dialogs. Er birgt aber die Schwierigkeit, dass in Bezug auf die jeweiligen Indikatoregebnisse keine Qualitätsbeurteilung stattfindet. Ob bei den rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorten, die zu keiner Stellungnahme aufgefordert wurden, tatsächlich Qualitätsprobleme vorlagen oder nicht, ist daher unbekannt.

Die Auswertung der Daten macht deutlich, dass vor allem beim Indikator „Präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus“ (QI-ID 54030) viele Standorte als „qualitativ auffällig“ bewertet wurden. Die LQS äußern sich in ihren Berichten vereinzelt zu den durchgeführten Maßnahmen, beziehungsweise zu den geschlossenen Zielvereinbarungen mit den als „qualitativ auffällig“ bewerteten Krankenhäusern beim QI 54030. Eine LQS vereinbarte unter anderem mit einer Klinik (Belegabteilung), dass eine Frakturversorgung grundsätzlich nicht mehr stattfinden soll, und führt für Einzelfälle quartalsweise quasi einen „Sentinel-Event-Dialog“. 2 LQS wiesen in diesem Indikator auffällige Standorte z. B. darauf hin, Patientinnen und Patienten nicht mehr anzunehmen oder weiterzuverlegen, falls diese nicht zeitnah operiert werden können und eine LQS hat Kliniken mit Dokumentationsfehlern nochmals auf die valide Dokumentation – vor allem bezüglich der ASA-Einstufung – aufmerksam gemacht.

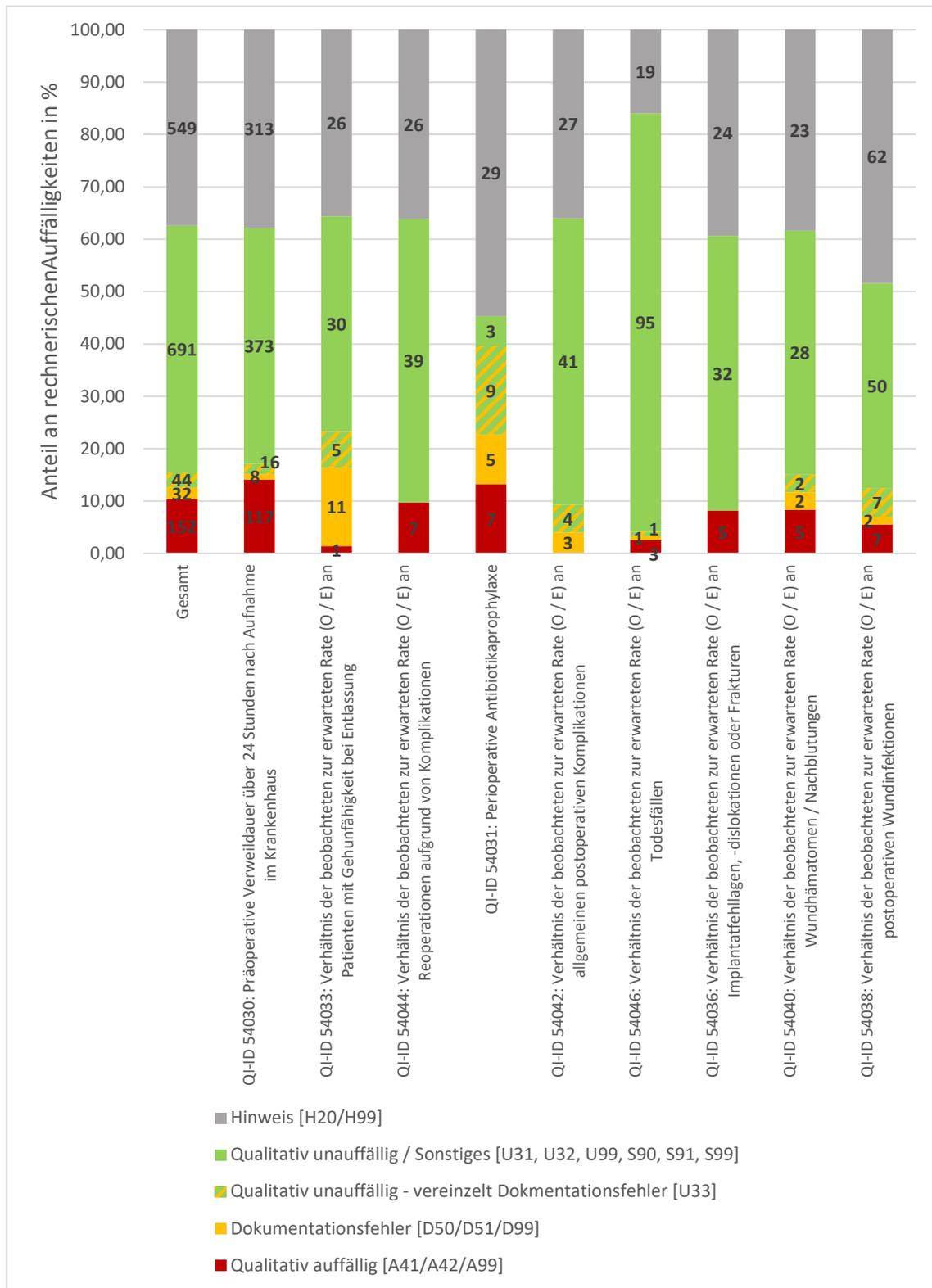


Abbildung 44: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Hüftendoprothesenversorgung

Im QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* ist anhand der gelieferten Daten des Strukturierten Dialogs zu erkennen, dass die LQS ebenfalls sehr unterschiedlich mit rechnerischen Auffälligkeiten umgegangen sind. Insgesamt wurden zu 3.114 rechnerischen Auffälligkeiten in allen Bundesländern 3.088 Maßnahmen (Hinweise, Stellungnahmen und Sonstiges) eingeleitet. Bei 26 Ergebnissen fanden keine Maßnahmen statt, weil die auffällige Abteilung geschlossen wurde (21 Indikatorergebnisse „S90“) oder es sich um Einzelfälle handelte (5 Indikatorergebnisse „S90“). Zu 1.105 der 3.088 eingeleiteten Maßnahmen wurden Hinweise (35,5 %) verschickt und bei 1.982 (63,5 %) um Stellungnahmen gebeten. Sonstige Maßnahmen wurden nicht eingeleitet.

Weiterführende Maßnahmen (kollegiale Gespräche, Begehungen, Zielvereinbarungen) führten 7 LQS zu 360 rechnerischen Auffälligkeiten (11,8 % der rechnerischen Auffälligkeiten) durch. Die meisten der 53 kollegialen Gespräche fanden in Niedersachsen (21) und Berlin (12) statt. Begehungen erfolgten in keinem Bundesland. 5 Bundesländer haben mit auffälligen Krankenhausstandorten insgesamt 307 Zielvereinbarungen getroffen, die meisten davon in 2 Ländern (186 und 79).

Obwohl in einem Land die meisten rechnerisch auffälligen Ergebnisse verzeichnet wurden (n = 713), hat eine andere LQS (n = 519) anteilig die meisten Hinweise verschickt. Zu 80,7 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse (Bundesdurchschnitt = 35,5 %) erhielten bayerische Kliniken Hinweise, vor allem bezüglich der Indikatoren „Sturzprophylaxe“ (QI-ID 54004) und „Präoperative Verweildauer über 48 Stunden“ (QI-ID 54003). Laut des bayerischen Berichts beschloss die LQS, nur Hinweise zum QI 54004 zu verschicken, da der Indikator zum EJ 2015 neu eingeführt wurde.

Die Bewertung „qualitativ unauffällig“ erfolgte bundesweit in 38,9 % der rechnerischen auffälligen Ergebnisse, vor allem aufgrund der Einstufung „Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle“ (U32, n = 937, 30,1 %). 4 Bundesländer (66,7 %, 65,2 %, 58,7 % und 58,3 %) nahmen diese Einstufung innerhalb ihrer Strukturierten Dialoge am häufigsten vor.

Als „qualitativ auffällig“ wurden 273 (8,8 %) rechnerisch auffällige Krankenhausergebnisse bewertet. In 205 Fällen, verteilt über 14 Bundesländer, (6,6 %) gab es Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel (A41). Eine LQS nahm diese Einstufung bei 50 Krankenhausergebnissen (7 %) vor, eine bei 25 (10,9 %), eine bei 37 (12,3 %) und eine weitere bei 26 (16,9 %). Zu bundesweit 39 Ergebnissen (1,3 %) nannten die Krankenhäuser keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten (A42) und bei 29 (0,9 %) wurden sonstige Gründe (A99) angegeben.

Eine fehlerhafte Dokumentation (D50, D51, D99) lag bei 422 von 3.114 rechnerisch auffälligen Ergebnissen (13,6 %) vor. Die Kategorie Sonstiges (S90, S91, S99) wurde 102 Mal (3,4 %) ausgewählt.

Genauere Angaben zu den Gründen der rechnerischen Auffälligkeiten, warum die Bewertung „qualitativ auffällig“ vorgenommen wurde und was die weiterführenden Maßnahmen beinhalten, kann nur teilweise den Länderberichten entnommen werden. Einige LQS äußerten sich jedoch in ihren Berichten zu den Ursachen der rechnerischen Auffälligkeiten, beispielsweise im QI

54003 „Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“. Die Kliniken begründeten ihre rechnerische Auffälligkeit – ähnlich wie beim äquivalenten Indikator im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* – beispielsweise mit der präoperativen Einnahme eines Medikaments zur Hemmung der Blutgerinnung, dem Fehlen von OP-Teams am Wochenende oder fehlender OP-Kapazitäten wegen anderer Notfälle.

Außerdem traten auch Dokumentationsprobleme bzw. -fehler auf. Zielvereinbarungen umfassten beispielsweise die Verbesserung von notwendigen Strukturen oder das Verlegen von Patientinnen und Patienten in andere Kliniken, falls eine zeitnahe Operation nicht möglich ist. Eine LQS verwies die auffälligen Krankenhausstandorte nochmals auf die vom IQTIG bereitgestellte Literatur zum Umgang mit Antikoagulantien und auf die S2e-Leitlinie „Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen“.

Der Qualitätsindikator „Sturzprophylaxe“ (QI-ID 54004) wurde in den Länderberichten ebenfalls etwas ausführlicher dargestellt. Die häufigste Ursache für rechnerische Auffälligkeiten stellten Dokumentationsprobleme dar, da die Maßnahmen zur Sturzprophylaxe zwar durchgeführt, jedoch nicht im QS-Bogen dokumentiert wurden. Als „qualitativ auffällig“ bewertet wurden unter anderem Kliniken, die die Sturzprophylaxe nicht anhand von Expertenstandards, beziehungsweise tatsächlich nicht adäquat durchgeführt haben oder Kliniken, bei denen Struktur- und Prozessmängel festgestellt wurden. Bei den meisten rechnerisch auffälligen Kliniken lagen jedoch keine „qualitativen Auffälligkeiten“ vor. Darüber hinaus hat eine LQS darauf aufmerksam gemacht, dass sie nur Hinweise an rechnerisch auffällige Krankenhäuser verschickt und keine Stellungnahmen angefordert hat, da dieser Indikator im EJ 2015 zum ersten Mal erhoben wurde.

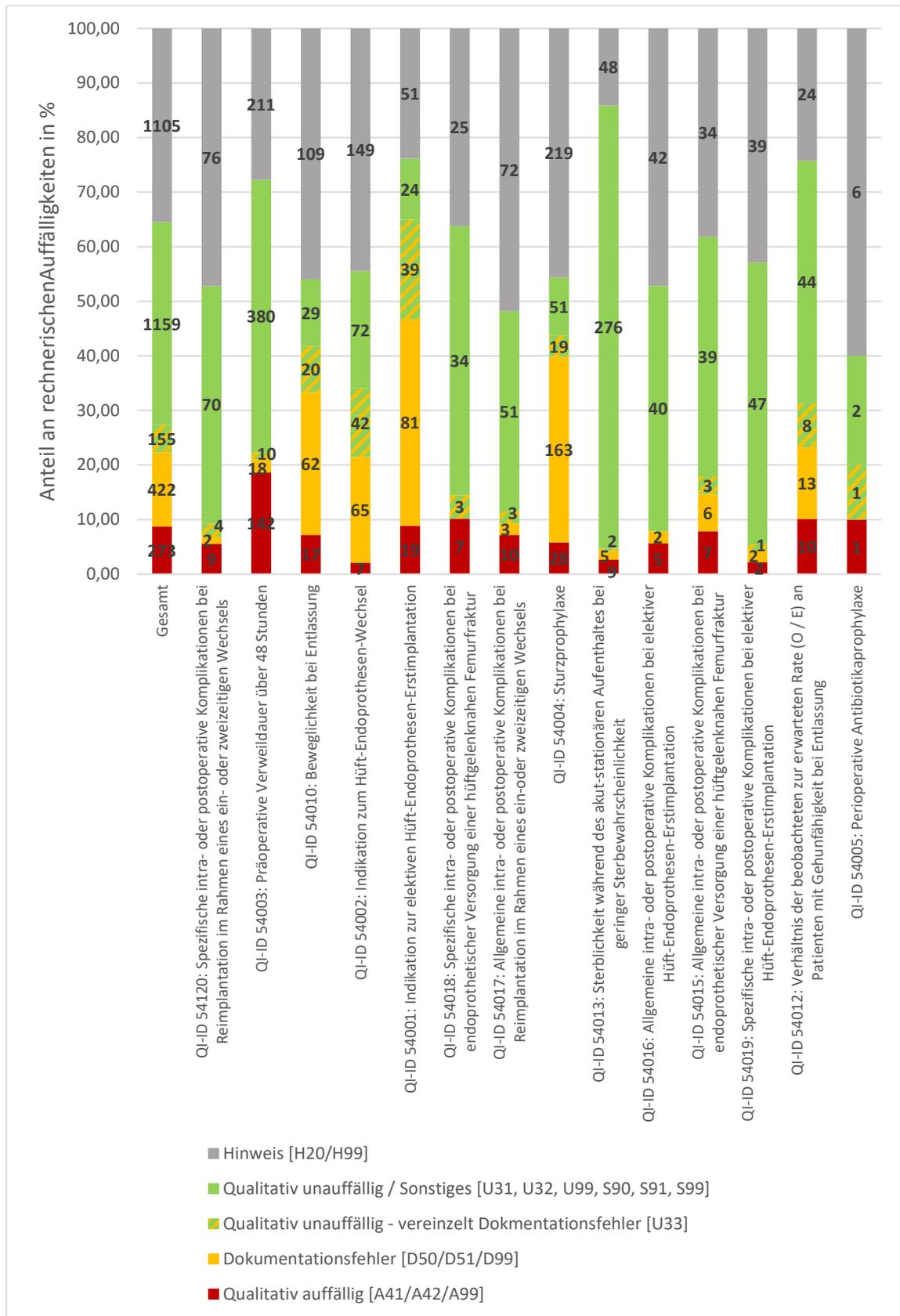


Abbildung 45: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftendoprothesenversorgung

Knieendoprothesenversorgung

Im QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung* ist anhand der gelieferten Daten des Strukturierten Dialogs ebenfalls ein sehr heterogener Umgang der Landesgeschäftsstellen mit rechnerischen Auffälligkeiten zu erkennen.

Insgesamt wurden zu 1.397 rechnerischen Auffälligkeiten in allen Bundesländern 1.379 Maßnahmen (Hinweise, Stellungnahmen und Sonstiges) (98,6 %) eingeleitet. Zu 18 Ergebnissen (1,2 %) sind keine Maßnahmen eingeleitet worden, da die auffällige Abteilung geschlossen wurde (9 Indikatorergebnisse) oder es sich um Einzelfälle handelte (9 Indikatorergebnisse). Von den 1.379 eingeleiteten Maßnahmen waren 635 Hinweise (45,5 %) und 744 (53,1 %) Stellungnahmen. Sonstige Maßnahmen fanden nicht statt.

Weiterführende Maßnahmen (kollegiale Gespräche, Begehungen, Zielvereinbarungen) wurden von 4 LQS zu 149 rechnerischen Auffälligkeiten (10,1 % der rechnerischen Auffälligkeiten) eingeleitet. Die 10 kollegialen Gespräche fanden in 3 Bundesländern statt. Keine LQS führte Begehungen durch. 4 Bundesländer haben mit auffälligen Krankenhausstandorten insgesamt 139 Zielvereinbarungen getroffen.

Die Bewertung „qualitativ unauffällig“ erfolgte bundesweit in 382 Fällen (27,4 %) der rechnerischen Auffälligkeiten, vor allem aufgrund der Einstufung „Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle“ (U32, n = 212, 15,2 %). 3 Bundesländer (56,5 %, 42,1 % und 40,7 %) nahmen diese Einstufung innerhalb ihrer Strukturierten Dialoge am häufigsten vor.

Als „qualitativ auffällig“ wurden 84 (5,9 %) rechnerisch auffällige Krankenhausergebnisse bewertet. In 45 Fällen (3,2 %), verteilt auf neun Bundesländer, gab es Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel (A41). Zu bundesweit 23 Ergebnissen (1,6 %) nannten die Krankenhäuser keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten (A42) und bei 16 (1,1 %) wurden sonstige Gründe angegeben.

Eine fehlerhafte Dokumentation (D50, D51, D99) lag bei 271 von 1.397 rechnerisch auffälligen Ergebnissen (19,5 %) vor. Die Kategorie Sonstiges (S90, S91, S99) wurde 27-mal (2,0 %) ausgewählt.

Genauere Angaben zu den Gründen der rechnerischen Auffälligkeiten, warum die Bewertung „qualitativ auffällig“ vorgenommen wurde und was die weiterführenden Maßnahmen beinhalten, kann nur teilweise den SD-Berichten entnommen werden.

Allgemein gaben die meisten LQS in ihren Berichten jedoch die Rückmeldung, dass in diesem QS-Verfahren anteilig mehr Dokumentationsprobleme auftraten, als in den QS-Verfahren *Hüftendoprothesenwechsel* oder *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung*. Betroffen waren vor allem die Indikatoren „Indikation zum Knie-Endoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ (QI-ID 54022, n = 122), „Indikation zur Schlittenprothese“ (QI-ID 54021, n = 60) und „Indikation zur Knie-Totalendoprothese“ (QI-ID: 54020, n = 44).

Rechnerische Auffälligkeiten beim QI 54022 traten in zwei Bundesländern auf, wenn bei zweizeitigen Wechseln nicht die Indikation der Explantation –meist eine Infektion– dokumentiert wurde, sondern fälschlicherweise die Indikationskriterien der Re-Implantation. Das führt dazu,

dass die primäre Ursache zum Wechsel – hier die Infektion – nicht dokumentiert wird und der Standort möglicherweise auffällig wird. Allerdings wird im Datenfeld bereits mit dem Zusatz „... vor Prothesenexplantation“ auf die korrekte Dokumentation hingewiesen.

Rechnerische Auffälligkeiten bei der Indikation zur Schlittenprothese (QI-ID 54021) entstanden beispielsweise, wenn verantwortliche Mitarbeiter der Kliniken Operationen mit bikondylären Prothesen als Schlittenprothese dokumentierten, obwohl im entsprechendem Spezifikationsfeld nur unikondyläre Schlittenprothesen hätten dokumentiert werden sollen. Das Datenfeld wurde bereits für die Spezifikation 2016 konkretisiert, sodass hier zukünftig weniger Dokumentationsfehler erwartet werden. Falsche Angaben zum Kellgren-Lawrence-Score verursachten in einem Bundesland rechnerische Auffälligkeiten bei der Indikation zur Knie-Totalendoprothese (QI-ID 54020).

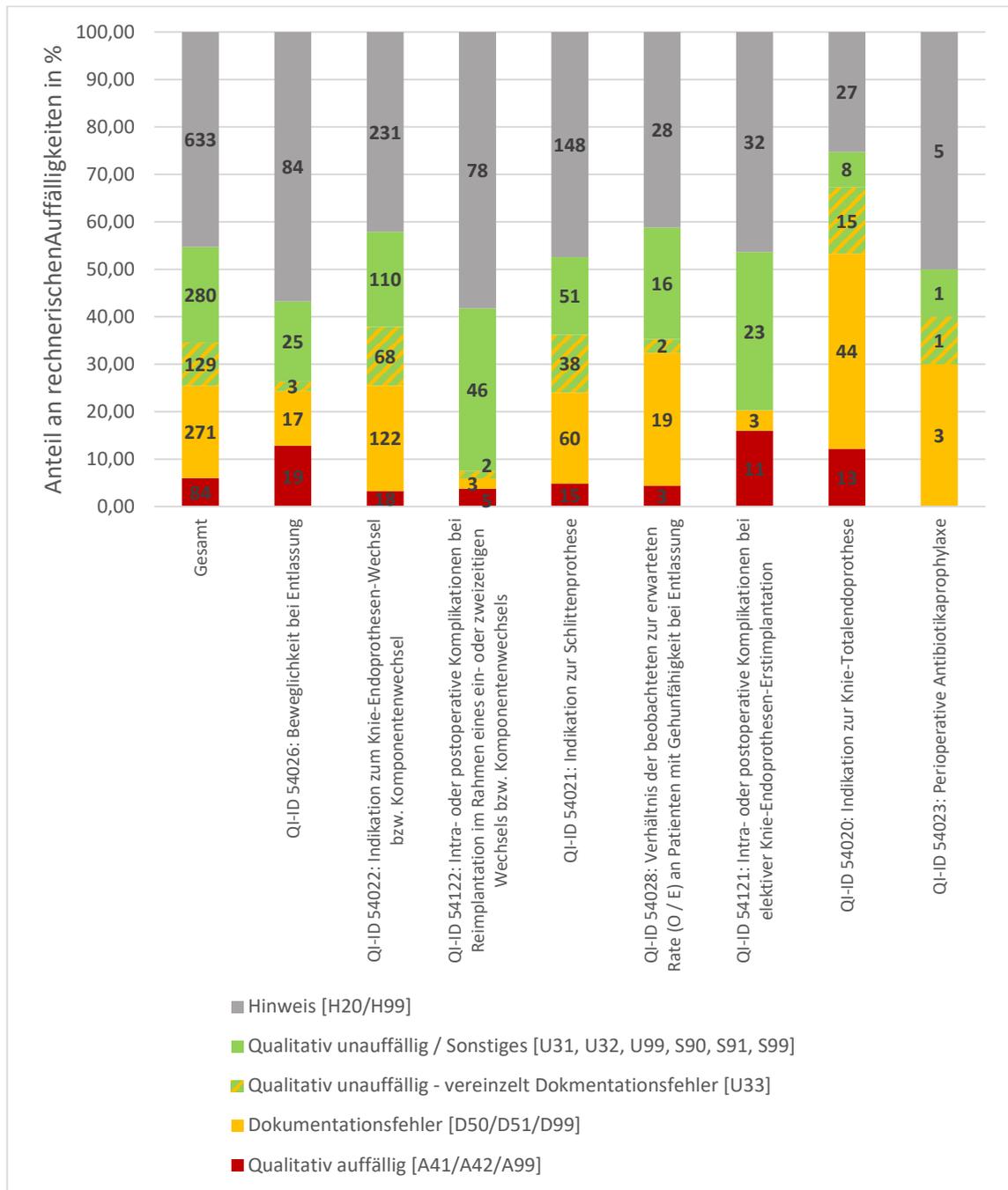


Abbildung 46: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Knieendoprothesenversorgung

4.2.11 Pflege

Verfahrensmanagement: Kathrin Rickert, Cristina Thole

- QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe*

Über alle Ergebnisse des Strukturierten Dialogs für das QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* hinweg fällt auf, dass die durchgeführten Maßnahmen und die Bewertung der Ergebnisse zwischen den einzelnen Bundesländern stark variieren. So wurden beispielsweise an insgesamt 95 Krankenhausstandorte Hinweise versendet, wovon 92 Hinweise in zwei Bundesländern versendet wurden. Dieses unterschiedliche Vorgehen auf Landesebene muss bei der Interpretation der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs berücksichtigt werden.

Zudem fällt für dieses Verfahren der hohe Anteil an Dokumentationsfehlern auf. Hier gilt es Maßnahmen zur Verbesserung durchzuführen. Wie oben bereits erwähnt, wurde den betroffenen Standorten bereits im Rahmen des Strukturierten Dialogs die Durchführung von Schulungsmaßnahmen empfohlen.

QI-ID 52010: „Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4“

Für diesen Indikator wurde 209-mal häufiger die Bewertung qualitativ unauffällig (U31, U32, U99) vergeben. Die Entstehung des hier betrachteten Dekubitus Grad/Kategorie 4 wird demnach oft nicht in der Verantwortung des jeweiligen Standorts gesehen. Weitere Ausführungen, weshalb hier die Bewertung qualitativ unauffällig vergeben wurde, sind den Berichten der Länder nicht zu entnehmen. Da es sich bei einem Dekubitus Grad/Kategorie 4 allerdings um ein sehr kritisches Ereignis handelt, sollte auch weiterhin jeder aufgetretene Fall betrachtet werden.

Zudem fällt auf, dass eine hohe Anzahl an Hinweisen versendet wurde (n = 91 von 612 rechnerischen Auffälligkeiten). Hier stellt sich die Frage nach der Begründung, da die QSKH-RL vorgibt, dass bei Sentinel-Event-Indikatoren jeder Standort mit einem Ereignis eine Stellungnahme abgeben sollte.

QI-ID 52009: „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“

Dieser Indikator weist eine verhältnismäßig hohe Spezifität auf: 41,9 % (n = 39) der Standorte, die als rechnerisch auffällig identifiziert wurden, wurden im Ergebnis des Strukturierten Dialogs auch als qualitativ auffällig beurteilt.

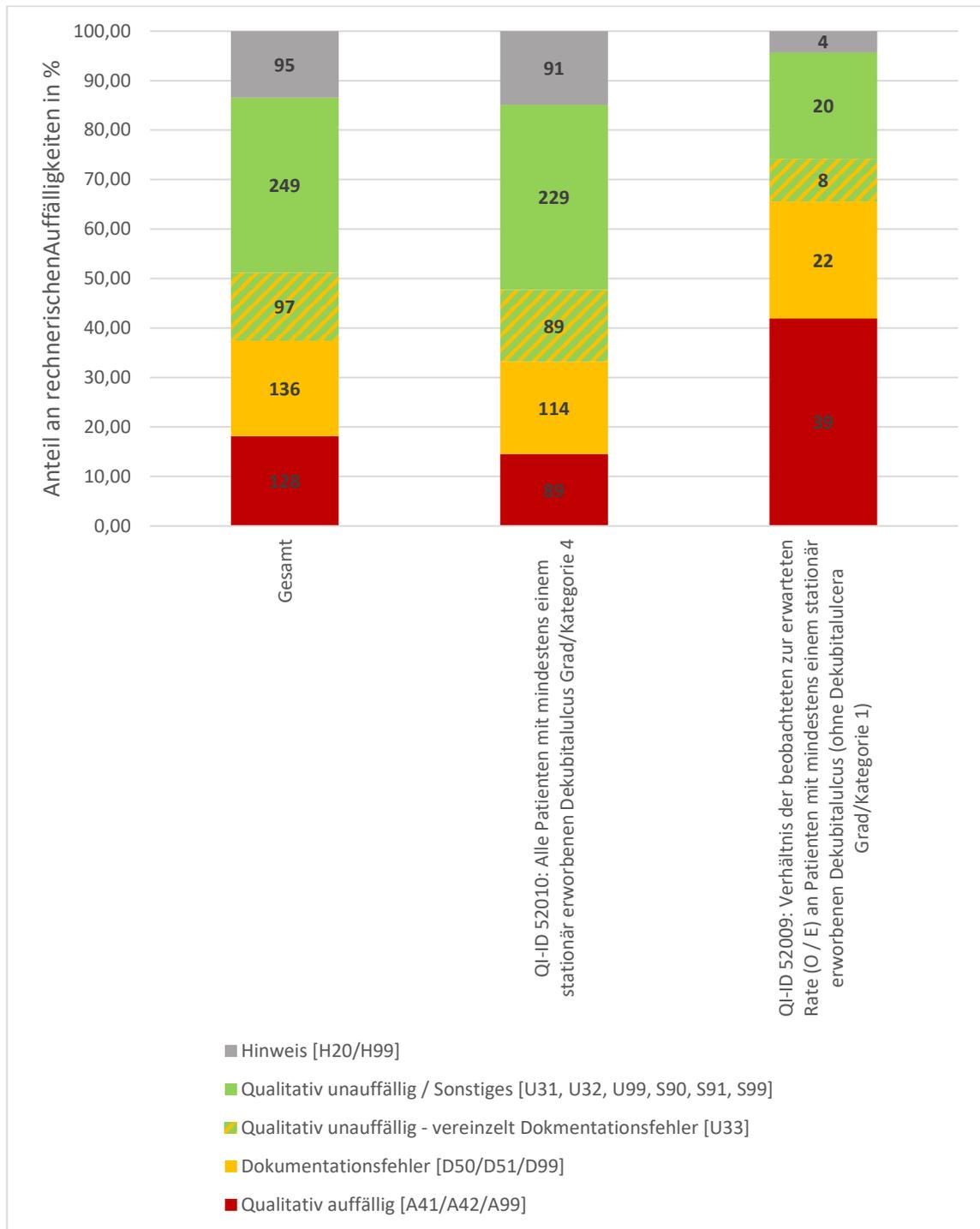


Abbildung 47: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Pflege: Dekubitusprophylaxe

5 Fazit

Der Strukturierte Dialog zum Erfassungsjahr 2015 wurde im letzten Jahr unverändert nach der bestehenden Methodik nach der QSKH-RL des G-BA geführt. Unterdessen ist das IQTIG dabei, den Strukturierten Dialog weiterzuentwickeln, um beispielsweise eine einheitlichere Herangehensweise insbesondere an die Bewertungen im Strukturierten Dialog zu ermöglichen.

Die Mitarbeit vonseiten der beteiligten Krankenhausstandorte, wie auch die Arbeit der Fachexpertinnen und -experten auf Landes- und Bundesebene und der Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung sind positiv hervorzuheben. Dank guter Kooperation aller Beteiligten konnte der Prozess bundesweit fristgerecht abgeschlossen werden.

Erneut bestätigte sich auch für dieses Erfassungsjahr, dass der direkte Kontakt zu den Krankenhäusern im kollegialen Gespräch oder während einer Begehung die effektivste, allerdings auch die ressourcenintensivste Maßnahme im Strukturierten Dialog ist.

Der fachliche Austausch zwischen den Krankenhäusern und den Fachexpertinnen und -experten der verschiedenen Gremien auf Landes- und Bundesebene bei unterschiedlichen Veranstaltungen wird sehr begrüßt. Dieser findet auch bereits vermehrt im Rahmen verschiedener wissenschaftlicher Veranstaltungen statt und das IQTIG selbst ist an diesem Dialog und dieser Kooperation sehr interessiert. Nur so kann es mit seinen Bundesfachgruppen die QS-Verfahren praxisnah und sinnvoll weiterentwickeln.

Auf eine bundesweite Darstellung der Zahlen im Sinne von Zu- und Abnahmen rechnerischer und qualitativer Auffälligkeiten insgesamt wird in diesem Bericht bewusst verzichtet, da sowohl die einzelnen QS-Verfahren als auch die Prozessstruktur der für die Durchführung verantwortlichen Stellen erhebliche Unterschiede aufweisen, die das IQTIG zu der Annahme bewegen, dass eine simple Addition dieser Vorgänge wenig sinnvoll erscheint. Dennoch soll auch dieser Bericht weiterentwickelt werden, insbesondere im Hinblick auf geeignete grafische Darstellungen und informative Übersichtlichkeit.