

Bericht an den Gemeinsamen Bundesausschuss

Bericht gemäß § 15 Abs. 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses
gemäß § 137 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 135 a SGB V
über Maßnahmen der Qualitätssicherung
für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser
(Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern – QSKH-RL)

Strukturierter Dialog zum Verfahrensjahr 2009

Niedersachsen

Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung
Thielenplatz 3
30159 Hannover

Stand: 15. März 2011

Strukturierter Bericht gemäß § 15 Abs. 1 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern

mit den textlichen Zusammenfassungen gem. § 15 Abs. 3 dieser Richtlinie zur Weitergabe an die Bundesebene / Gemeinsamer Bundesausschuss, Unterausschuss „Qualitätssicherung“.

Die Berichtsform hält sich streng an den mit der Arbeitsgruppe „Externe stationäre Qualitätssicherung“ des Unterausschusses „Qualitätssicherung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses abgestimmten Berichtsentwurf zur Gliederung und inhaltlichen Ausgestaltung der Textform der Berichte zum strukturierten Dialog. Sie umfasst Darstellungen über die Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf aus Sicht der Bundesebene (C-Indikatoren) und über die Qualitätsindikatoren mit Abweichung des Landesergebnisses vom Bundes-Referenzbereich sowie zum Datenvalidierungsverfahren der Bundesebene (Stichprobenprüfung vor Ort), ergänzt um Landesspezifika.

Inhaltsverzeichnis:

1. Zusammenfassung	Seite 3
2. Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf aus Sicht der Bundesebene (C-Indikatoren)	Seite 5
3. Qualitätsindikatoren mit Abweichung des Landesergebnisses vom Bundes-Referenzbereich	Seite 14
4. Datenvalidierungsverfahren der Bundesebene (Stichprobenprüfung vor Ort)	Seite 20
5. Landesspezifika	Seite 21

1. Zusammenfassung

Von den niedersächsischen Arbeitsgruppen wurden im Jahr 2010 die statistischen Ergebnisse von 343.271 Datensätzen der externen Qualitätssicherung aus 184 niedersächsischen Krankenhäusern des Jahres 2009 beurteilt.

Insgesamt zeigten von 18.367 der im strukturierten Dialog betrachteten Einzelergebnisse bei 182 Qualitätsindikatoren rund 2.300 (12,3%) Abweichungen vom festgelegten Referenzbereich (rechnerische Auffälligkeit) in den 16 von der Landesebene betreuten Leistungsbereichen. In ca. 40% dieser Fälle (rund 950) wurden die Krankenhäuser durch Hinweisschreiben um interne Prüfung gebeten, bei ca. 60% (rund 1.350) erfolgte eine Aufforderung der Krankenhäuser zur schriftlichen Stellungnahme des rechnerisch auffälligen Sachverhalts. Zur abschließenden Bewertung sind zu 25 Einzelergebnissen kollegiale Gespräche zwischen der zuständigen Arbeitsgruppe und dem betreffenden Krankenhaus geführt worden, die in 20 Fällen in eine Zielvereinbarung mündeten.

Von den Einzelergebnissen mit Abweichungen vom Referenzbereich wurden 68,5% durch die Arbeitsgruppen als „unauffällig“ bewertet, 24,9% als „Verlaufskontrolle“ und 6,5% als „auffällig“. Auf der Basis aller im strukturierten Dialog betrachteten Einzelergebnisse wurden 96,1% als „unauffällig“ bewertet, 3,1% als „Verlaufskontrolle“ und 0,8% als „auffällig“.

Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf aus Sicht der Bundesebene (C-Indikatoren)

Die Bundesebene hat für das Jahr 2009 insgesamt 21 Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf (sog. C-Indikatoren) identifiziert. Für zwei dieser Qualitätsindikatoren ist kein Bundes-Referenzbereich definiert worden, so dass für diese Qualitätsindikatoren bundesweit kein strukturierter Dialog durchgeführt wurde. Von den restlichen 19 Qualitätsindikatoren traten in Niedersachsen bei sieben Qualitätsindikatoren Abweichungen der Landesergebnisse von den Bundes-Referenzbereichen auf. Davon sind zwei Sentinel-Event-Indikatoren, bei denen jeder Einzelfall geprüft wird. Von den übrigen fünf Qualitätsindikatoren hat sich das Ergebnis im Vergleich zum Jahr 2007 bei drei Qualitätsindikatoren signifikant verbessert, während es bei zwei Qualitätsindikatoren keine signifikante Veränderung gab.

Qualitätsindikatoren mit Abweichung des Landesergebnisses vom Bundes-Referenzbereich

Bei 15 Qualitätsindikatoren zeigten sich in Niedersachsen Abweichungen der Landesergebnisse von den Bundes-Referenzbereichen. Davon sind zehn Sentinel-Event-Indikatoren, bei denen jeder Einzelfall geprüft wird. Von den übrigen fünf Qualitätsindikatoren mit Abweichungen des Landesergebnisses vom Bundes-Referenzbereich haben sich bei zwei Qualitätsindikatoren Das Ergebnis im Vergleich zum Jahr 2007 signifikant verbessert. Bei zwei Qualitätsindikatoren liegt keine signifikante Veränderung vor. Ein Qualitätsindikator wurde für 2009 erstmals ausgewertet, so dass hier keine Aussage zum Verlauf möglich ist.

Datenvalidierungsverfahren der Bundesebene (Stichprobenprüfung Vor Ort)

Im Rahmen des Datenvalidierungsverfahrens der Bundesebene (Stichprobenprüfung Vor Ort) für die beiden Module 15/1 (Operative Gynäkologie) und PNEU (Ambulant erworbene Pneumonie) wurden insgesamt 13 Krankenhäuser von der Projektgeschäftsstelle besucht und an zufällig ausgewählten Fällen die Qualitätssicherungs-Dokumentation mit der Dokumentation in der Patientenakte verglichen. Die festgestellten Abweichungen wurden anschließend unmittelbar vor Ort mit den Verantwortlichen im Krankenhaus besprochen.

Bedeutsame Abweichungen lagen im Modul PNEU vor. Hier ist in zwei Krankenhäusern bei jeweils nur einem von 20 Fällen die Atemfrequenz in der Patientenakte dokumentiert worden. Laut Qualitätssicherungs-Dokumentation wurde die Atemfrequenz jedoch in allen Fällen ermittelt. Mit beiden Krankenhäusern wurde vereinbart, dass im Krankenhaus ein eigener Dokumentationsbogen inklusive Verfahrensanweisung für die ambulant erworbene Pneumonie entwickelt wird, um die Validität der Qualitätssicherungs-Dokumentation zu verbessern.

2. Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf aus Sicht der Bundesebene (C-Indikatoren)

Modul-Kennzahl	Bezeichnung	Referenzbereich 2009		Ergebnis 2009		Ergebnis 2007		Tendenz	Kommentierung
09n3-26065	Indikation zur Revision – Sondenprobleme	<= 6%		7,0%	9,3%				Seite 6
12n1-64980	Eingriffspezifische Komplikationen (Okklusion oder Durchtrennung des DHC)	sentinel event		22 von 17.013	20 von 16.189			hier nicht anwendbar	Seite 6
15n1-66595	Indikation bei Ovarieingriffen (Follikel- bzw. Corpus luteum-Zyste oder histologischer Normalbefund als führender histologischer Befund)	<= 20%		18,7%	20,6%				Seite 7
16n1-82913	EE-Zeit bei Notfallkaiserschnitt > 20 Minuten	sentinel event		6 von 746	17 von 848			hier nicht anwendbar	Seite 7
17n1-82914	Präoperative Verweildauer (> 48 Stunden)	<= 15%		11,7%	12,2%				Seite 7
17n2-44413	Postoperative Beweglichkeit (dokumentiert)	>= 95%		82,6%	82,8%				Seite 8
17n2-68817	Indikation	>= 90%		86,2%	81,2%				Seite 8
17n3-46134	Implantatfehllage, Implantatdislokation oder Fraktur	<= 2,0%		3,0%	3,6%				Seite 9
17n5-44534	Indikation	>= 90%		92,1%	88,1%				Seite 10
17n5-65532	Postoperative Beweglichkeit von 0°/0°/90°	>= 80%		80,5%	80,4%				Seite 10
17n5-72761	Postoperative Beweglichkeit (dokumentiert)	>= 80%		92,2%	91,6%				Seite 11
18n1-46231	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation	>=7 bis <= 21 Tage		13 Tage	11 Tage			hier nicht anwendbar	Seite 11
18n1-85888	Indikation zur brusterhaltenden Therapie	>= 67,9% bis <= 95%		82,6%	80,8% **			hier nicht anwendbar	Seite 11
18n1-85893	Meldung an Krebsregister	>= 95%		92,1%	88,2% **				Seite 11
21n3-69882	Indikation zur Koronarangiographie – Therapieempfehlung	>= 21%		38,6%	38,9%				Seite 12
21n3-82078	In-Hospitalität-Patienten mit PCI und Verweildauer > 1 Tag: Dokumentationsqualität	nicht definiert		2,1%	4,5%				Seite 12
21n3-88909	Flächendosisprodukt (Median (cGy*cm²) aller Koronarangiographien (ohne Einzeitig PCI)	nicht definiert		2.584 cGy*cm²	*			*	Seite 12
21n3-88913	Flächendosisprodukt (Median (cGy*cm²) aller Einzeitig-PCI)	<= 9.201 cGy*cm²		4.992 cGy*cm²	*			*	Seite 13
21n3-88914	Flächendosisprodukt (Flächendosisprodukt nicht bekannt)	<= 16,9%		3,8%	*			*	Seite 13
21n3-93529	Flächendosisprodukt (Alle Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) mit Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm²)	<= 29,9%		14,1%	*			*	Seite 13
21n3-93530	Flächendosisprodukt (Alle PCI (ohne Einzeitig-PCI) > 12.000 cGy*cm²)	<= 26,3%		9,3%	*			*	Seite 13
Legende									
	Das Ergebnis liegt innerhalb des Referenzbereiches								
	signifikant verbessert								
	nicht signifikant verändert								
	signifikant verschlechtert								
*									
Indikator in dieser Form im Jahr 2007 nicht existent									
**									
Ergebnisse 2007 auf Grund von (leicht) veränderten Rechenregeln nur bedingt mit Ergebnissen 2009 vergleichbar									

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
09/3	Herzschrittmacher-Revision / -Systemwechsel / -Explantation
09n3-26065	Indikation zur Revision – Sondenprobleme

Für den Qualitätsindikator „Indikation zur Revision (2): Sondenprobleme“ liegt für 2009 eine Rate von 7,0% vor, die sich immer noch außerhalb des Referenzbereiches von $\leq 6\%$ befindet, sich jedoch gegenüber 2007 (9,3%) signifikant verbessert hat.

Für diesen Qualitätsindikator wurden 55 strukturierte Dialoge geführt. Von diesen 55 Krankenhäusern wurden 19 Krankenhäuser als „unauffällig“ eingestuft, 23 Krankenhäuser als „Verlaufskontrolle“ und 13 Krankenhäuser als „auffällig“.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
12/1	Cholezystektomie
12n1-64980	Eingriffsspezifische Komplikationen (Okklusion oder Durchtrennung des DHC)

Bei der Betrachtung dieses Sentinel-Event-Indikators liegt für 2009 eine Rate von 0,1% vor. Diese ist gegenüber 0,1% in 2007 unverändert.

Dazu wurden in Niedersachsen 19 strukturierte Dialoge geführt. In 14 Krankenhäusern lagen begründete Einzelergebnisse vor, die das Ergebnis hinreichend erklären. In 5 Krankenhäusern lagen Dokumentationsfehler vor. Von diesen 19 Krankenhäusern wurden 18 Krankenhäuser als „unauffällig“ eingestuft, 1 Krankenhaus als „Verlaufskontrolle“.

Die Arbeitsgruppe hat die Krankenhäuser darauf hingewiesen, dass bei Qualitätsmerkmal (4b): „Eingriffsspezifische Komplikationen (Okklusion oder Durchtrennung des DHC)“ lediglich Okklusionen oder Durchtrennungen des Hauptgallenganges gemeint sind. Alle anderen eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Verletzungen (Blutung, sonstige periphere Gallengangsverletzung, Residualstein im Gallengang, Sonstige) gehen in das Qualitätsmerkmal 4a: „Eingriffsspezifische Komplikationen (Fälle mit mindestens einer eingriffsspezifischen, behandlungsbedürftigen Komplikation)“ ein. Im Jahr 2009 gab es 22 schwere Verletzungen der Gallengänge im Rahmen einer Cholezystektomie. Diese Verletzungen können, auch bei korrekter Versorgung, zu schwerwiegenden Folgen für den Patienten führen: Bei biliodigestiven Anastomosen kommt es zu chronischen Cholangitiden, die in der Folge nicht nur zu Stenosierungen der Anastomose, sondern auch zur Leberzirrhose führen können mit daraus resultierender erheblicher Verminderung der Lebensqualität und diversen medizinischen Behandlungsnotwendigkeiten bis hin zur Lebertransplantation.

Außerdem regt die Arbeitsgruppe an, dass abteilungsintern ein Handlungsablauf bei schwierigen Operationen im Bereich der Gallenblase festgelegt wird, z.B.

- Jeder Operateur muss um die große Variationsbreite des Gefäß- und Gallengangbereiches im Calotschen Dreieck wissen.
- Ist der Operateur unsicher, so sollte der Ober- oder Chefarzt hinzugezogen werden.
- Bleibt der Situs unklar, sollte eine intraoperative Cholangiographie (IOC) erfolgen (in allen 22 Fällen erfolgte keine IOC vor den Gallengangsverletzungen).
- Der Einsatz der routinemäßigen IOC sollte erwogen werden.

Literaturauswahl:

Kremer, Kunz, Kümmerle, Nissen, Schreiber; Intra- und postoperative Zwischenfälle, Band II Abdomen, S. 85 – 131. Thieme 1985 – alt aber aktuell

Mischinger et al.; verletzter Gallengang nach minimal invasiver Chirurgie; Chirurgische Praxis 71, S. 233-248 (2009/2010); Hans Marseille Verlag GmbH, München

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
15/1	Operative Gynäkologie
15n1-66595	Indikation bei Ovarieingriffen (Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder histologischer Normalbefund als führender histologischer Befund)

Bei der Betrachtung des Qualitätsindikators „Indikation bei Ovarieingriffen“ liegt für 2009 eine signifikant verbesserte Rate von 18,7% gegenüber 20,6% im Jahr 2007 vor. Damit wurde erstmals der Referenzbereich der Bundesebene von <= 20% erreicht.

Mit 40 Krankenhäusern wurde zu diesem Qualitätsmerkmal ein strukturierter Dialog geführt. Von diesen 40 Krankenhäusern wurden 5 Krankenhäuser als „unauffällig“ eingestuft, 31 Krankenhäuser als „Verlaufskontrolle“ und 4 Krankenhäuser als „auffällig“.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
16/1	Geburtshilfe
16n1-82913	EE-Zeit bei Notfallkaiserschnitt > 20 Minuten

Zu diesem Sentinel-Event-Indikator wurde mit 5 Krankenhäusern ein strukturierter Dialog geführt. Dabei handelte es sich in einem Krankenhaus um eine Fehldokumentation (fälschlicherweise „Notsectio“ statt „eilige Sectio“ angegeben). Ein Krankenhaus schilderte einen begründeten Einzelfall und 3 Krankenhäuser nannten Probleme der Struktur- und Prozessqualität, die das auffällige Ergebnis erzeugt haben (könnten). 2 Krankenhäuser wurden abschließend als „unauffällig“ eingestuft und 3 Krankenhäuser als „Verlaufskontrolle“.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur
17n1-82914	Präoperative Verweildauer (> 48 Stunden)

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2009 eine nicht signifikant veränderte Rate von 11,7% gegenüber 12,2% im Jahr 2007 bei einem Bundes-Referenzbereich von <= 15% vor. Im Rahmen des strukturierten Dialoges wurden 36 Hinweise versandt.

Seit 2008 wird in Niedersachsen das Hauptaugenmerk auf den landesspezifischen Qualitätsindikator 1a „Präoperative Verweildauer nach Aufnahme am Freitag“ gelegt, das mit dem Wochentag der Aufnahme sinnvoll verknüpft ist, um auf die besonderen Organisationsstrukturen in den Krankenhäusern am Wochenende zu fokussieren. Beim landesspezifischen Qualitätsindikator 1a wurden für das Jahr 2009 34 Hinweise mit einer Empfehlung der Arbeitsgruppe „Orthopädie / Unfallchirurgie“ versandt:

„Der bisherige strukturierte Dialog zu diesem Merkmal hat gezeigt, dass größtenteils medizinische Gründe, wie die Markumarisierung der Patienten, aktive Pneumonien oder Herzinsuffizienzen der Grund für die verzögerte Versorgung nach einem Wochenende war.

Es waren aber auch Krankenhäuser auffällig, deren zu geringe Personaldecke eine zeitnahe Versorgung von proximalen Femurfrakturen im Dienst am Wochenende nicht zuließ. Diese

Zustände sollten durch Personalaufstockung oder Kooperationen mit anderen Krankenhäusern abgestellt werden. Dieser Hinweis soll die chirurgisch verantwortlichen Ärzte bei entsprechenden Forderungen gegenüber ihren Geschäftsführungen unterstützen.“

Beim landesspezifischen Qualitätsindikator 1a „Präoperative Verweildauer nach Aufnahme am Freitag“ Qualitätsindikator liegt für 2009 eine nicht signifikant veränderte Rate von 17,5% gegenüber 17,7% im Jahr 2008 bei einem Referenzbereich der Landesebene von <= 25% vor. Ein Vergleich mit den Ergebnissen des Jahres 2007 ist nicht möglich, da es diesen Qualitätsindikator 2007 in der Form nicht gegeben hat.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17/2	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
17n2-44413	Postoperative Beweglichkeit (dokumentiert)

Bei der Betrachtung des Qualitätsindikators „Postoperative Beweglichkeit (dokumentiert)“ hat sich die Raten nicht signifikant verändert (2009: 82,6%; 2007: 82,8%). Der Referenzbereich der Bundesebene von >= 95% wurde noch nicht erreicht.

Auf Beschluss der niedersächsischen Arbeitsgruppe „Orthopädie und Unfallchirurgie“ ist dieser Qualitätsindikator bis 2008 aufgrund mangelhafter Aussagekraft nicht für den strukturierten Dialog berücksichtigt worden. Aus Sicht der Arbeitsgruppe hängt der Qualitätsindikator von verschiedenen Kriterien wie vom postoperativen Zustand des Patienten sowie vom Stand der Technik der Prothese ab. Des Weiteren wären folgende Abfragekriterien für diesen Qualitätsindikator wichtig:

- Es muss einen Zusammenhang mit dem Alter des Patienten geben.
- Streckdefizite dürfen nach der Rehabilitation, d.h. 6 Wochen nach OP, nicht auftreten.
- mindestens 90 Grad Beugung

Deshalb hat die Arbeitsgruppe im Rahmen des strukturierten Dialoges 2009 auf Stellungnahmen verzichtet. Es wurden stattdessen 50 Hinweise an die betroffenen Krankenhäuser versandt.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17/2	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
17n2-68817	Indikation

Bei der Betrachtung des Qualitätsindikators „Indikation“ liegt für 2009 eine signifikant verbesserte Rate von 86,2% gegenüber 81,2% für 2007 vor. Der Bundes-Referenzbereich von >= 90% wurde noch nicht erreicht. Aus Sicht der niedersächsischen Arbeitsgruppe „Orthopädie und Unfallchirurgie“ haben sich die statistischen Werte verbessert, weil die Dokumentation der Indikation verbessert wurde. Eine weitere Veränderung in der Dokumentationsqualität ist bei den Röntgenkriterien ab 2010 zu erwarten, weil erstmalig die Ausfüllhinweise Beispiele von Röntgenbildern enthalten.

Der Qualitätsindikator wurde im Jahr 2009 erstmals in den strukturierten Dialog einbezogen. Im Rahmen des strukturierten Dialoges wurden 51 Hinweise mit einer Empfehlung der Arbeitsgruppe versandt, die Ausfüllhinweise des Qualitätsindikators „Indikation“ genau zu berücksichtigen (einschl. der ab 2010 in den Ausfüllhinweisen aufgeführten Röntgenbeispiele).

Der Qualitätsindikator „Indikation“ wurde auf Beschluss der Arbeitsgruppe „Orthopädie und

Unfallchirurgie“ bis 2008 nicht in den strukturierten Dialog einbezogen, weil die Durchschnittswerte auf Bundes- und auf Landesebene bis 2008 von der Arbeitsgruppe aufgrund der fehlenden Dokumentationsmöglichkeit aller möglichen Indikationen (s.u.) als zu niedrig eingeschätzt wurden. Die Arbeitsgruppe vermutet, dass hier ein systematischer Fehler bei den Röntgenkriterien vorliegt. Die Ursache für den Fehler liegt aus Sicht der Arbeitsgruppe an der vorgegebenen Verknüpfung zwischen den Schmerz- und den Röntgenkriterien. Es werden nicht alle Patienten mit eindeutiger OP-Indikation durch diesen Qualitätsindikator erfasst. Zu einem fehlen die Einzelfälle, bei denen das Röntgenbild auffällig ist, aber keine Schmerzen vorliegen. Zum anderen können in vielen Fällen starke Schmerzen vorliegen, aber es gibt keine ausreichenden röntgenologischen Kriterien. Diese Fälle würden mit dem Qualitätsindikator ebenfalls nicht erfasst.

Die Arbeitsgruppe hält einen Qualitätsindikator zur Messung der Indikationsstellung bei einer Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation für notwendig. Aus ihrer Sicht werden allerdings die Röntgenkriterien überbewertet, die im derzeit definierten Qualitätsindikator „Indikation“ verwendet werden. Der Bundesebene ist daher empfohlen worden, die klinischen Aspekte im Qualitätsindikator im Sinne der Patientenbedürfnisse stärker zu berücksichtigen.

Dem Qualitätsindikator „Indikation“ wird sowohl seitens des Gemeinsamen Bundesausschusses als auch seitens der Öffentlichkeit eine besondere Bedeutung beigemessen. Dies ist aus Sicht der Arbeitsgruppe sicherlich sinnvoll. Die im Dokumentationsbogen abgefragten Parameter sind jedoch immer noch nicht ausreichend, um alle möglichen Indikationen zur elektiven Hüft-Endoprothese abzudecken. Insbesondere Hüftkopfnnekrosen oder schwere Dysplasien ohne ausgeprägten Arthrosebefund führen zu einer mangelhaften Abbildung der Indikation. Auch wenn in den Ausfüllhinweisen für 2010 nun Beispiele für die verschiedenen Röntgenkriterien aufgeführt werden, so ist diesen Erkrankungen des Hüftgelenkes immer noch nicht Rechnung getragen worden. Der Röntgenbefund wird im Vergleich zu den Parametern Schmerz und Bewegungseinschränkung überbewertet. Dies führt unweigerlich zu einer mangelhaften Abbildung dieses Qualitätsindikators, was dann fälschlicherweise seitens der Öffentlichkeit als mangelhafte Indikationsstellung gedeutet wird. Dieser Missstand muss dringend behoben werden.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17/3	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
17n3-46134	Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur

Das Ergebnis für 2009 (3,0%) hat gegenüber 2007 (3,6%) eine nicht signifikante Veränderung ergeben, der Bundes-Referenzbereich von $\leq 2\%$ wurde noch nicht erreicht.

Aus Sicht der Arbeitsgruppe „Orthopädie und Unfallchirurgie“ ist der Bundes-Referenzbereich der Bundesebene $\leq 2\%$ fragwürdig. Viele Prothesen-Wechsel werden gerade wegen einer Fraktur durchgeführt. Der Bundesebene ist daher empfohlen worden, den Referenzbereich von $\leq 2\%$ auf $\leq 5\%$ zu erhöhen. Im Rahmen des strukturierten Dialoges wurde daher auf Stellungnahmen verzichtet. Es wurden stattdessen 39 Hinweise an die betroffenen Krankenhäuser versandt.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17/5	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
17n5-44534	Indikation

Die Rate des Qualitätsindikators „Indikation“ von 92,1% in 2009 hat sich gegenüber 88,1% in 2007 signifikant verbessert und liegt erstmals im Bundes-Referenzbereich von $\geq 90\%$. Aus Sicht der Arbeitsgruppe „Orthopädie und Unfallchirurgie“ haben sich die statistischen Werte verbessert, weil die Dokumentation der Indikation verbessert wurde. Eine weitere Veränderung in der Dokumentationsqualität ist bei den Röntgenkriterien ab 2010 zu erwarten, weil erstmalig die Ausfüllhinweise Beispiele von Röntgenbildern enthalten.

Der Qualitätsindikator wurde im Jahr 2009 erstmals in den strukturierten Dialog einbezogen. Im Rahmen des strukturierten Dialoges wurden 33 Hinweise mit einer Empfehlung der Arbeitsgruppe versandt, die Ausfüllhinweise des Qualitätsindikators „Indikation“ genau zu berücksichtigen (einschl. der ab 2010 in den Ausfüllhinweisen aufgeführten Röntgenbeispiele).

Der Qualitätsindikator „Indikation“ wurde auf Beschluss der Arbeitsgruppe „Orthopädie und Unfallchirurgie“ bis 2008 nicht in den strukturierten Dialog einbezogen, weil die Durchschnittswerte auf Bundes- und auf Landesebene bis 2008 von der Arbeitsgruppe aufgrund der fehlenden Dokumentationsmöglichkeit aller möglichen Indikationen (s.u.) als zu niedrig eingeschätzt wurden. Die Arbeitsgruppe vermutet, dass hier ein systematischer Fehler bei den Röntgenkriterien vorliegt. Die Ursache für den Fehler liegt aus Sicht der Arbeitsgruppe an der vorgegebenen Verknüpfung zwischen den Schmerz- und den Röntgenkriterien. Es werden nicht alle Patienten mit eindeutiger OP-Indikation durch diesen Qualitätsindikator erfasst. Zu einem fehlen die Einzelfälle, bei denen das Röntgenbild auffällig ist, aber keine Schmerzen vorliegen. Zum anderen können in vielen Fällen starke Schmerzen vorliegen, aber es gibt keine ausreichenden röntgenologischen Kriterien. Diese Fälle würden mit dem Qualitätsindikator ebenfalls nicht erfasst.

Die Arbeitsgruppe hält einen Qualitätsindikator zur Messung der Indikationsstellung bei einer Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation für notwendig. Aus ihrer Sicht werden allerdings die Röntgenkriterien überbewertet, die im derzeit definierten Qualitätsindikator „Indikation“ verwendet werden. Der Bundesebene ist daher empfohlen worden, die klinischen Aspekte im Qualitätsindikator im Sinne der Patientenbedürfnisse stärker zu berücksichtigen.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17/5	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
17n5-65532	Postoperative Beweglichkeit $0^\circ/0^\circ/90^\circ$

Das Ergebnis für 2009 mit 80,5% hat sich gegenüber 2007 (80,4%) bei einem Referenzbereich von $\geq 80\%$ nicht signifikant verändert.

Zu diesem Qualitätsindikator wurde mit 40 Krankenhäusern ein strukturierter Dialog geführt. Insgesamt wurden ein Krankenhaus als „unauffällig“ eingestuft, 21 Krankenhäuser als „Verlaufskontrolle“ und 18 Krankenhäuser als „auffällig“.

Mit zwei Krankenhäusern wurde ein kollegiales Gespräch geführt. Da die Krankenhäuser bereits seit 2010 Maßnahmen unternommen haben, um dem negativen Trend bei dem Qualitätsindikator entgegenzuwirken, war keine weitere Zielvereinbarung notwendig. Die Ergebnisse werden von der Arbeitsgruppe im Verlauf kontrolliert.

Aus Sicht der Arbeitsgruppe hängt der Qualitätsindikator von verschiedenen Kriterien wie

vom postoperativen Zustand des Patienten sowie vom Stand der Technik der Prothese ab.

Folgende Abfragekriterien wären aus Sicht der Arbeitsgruppe für den Qualitätsindikator „Postoperative Beweglichkeit“ wichtig:

- mindestens 90 Grad Beugung
- postoperativ keine Streckdefizite

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17/5	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
17n5-72761	Postoperative Beweglichkeit (dokumentiert)

Das Ergebnis hat sich 2009 mit 92,2% gegenüber 2007 (91,6%) bei einem Bundes-Referenzbereich von $\geq 80\%$ nicht signifikant verändert.

Zu diesem Qualitätsindikator wurden 14 Krankenhäuser in den strukturierten Dialog einbezogen. Insgesamt wurde ein Krankenhaus als „unauffällig“ eingestuft, drei Krankenhäuser als „Verlaufskontrolle“ und zehn Krankenhäuser als „auffällig“.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
18/1	Mammachirurgie
18n1-46231	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation

Beim Qualitätsindikator „Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation“ befindet sich Niedersachsen seit mehreren Jahren kontinuierlich innerhalb des Bundes-Referenzbereichs von ≥ 7 Tagen bis ≤ 21 Tagen. Im Rahmen des strukturierten Dialoges wurden 20 Hinweise an die Krankenhäuser versandt.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
18/1	Mammachirurgie
18n1-85888	Indikation zur brusterhaltenden Therapie

Beim Qualitätsindikator „Indikation zur brusterhaltenden Therapie“ befindet sich die Rate von 82,6% im Jahr 2009 weiterhin wie auch im Jahr 2007 (80,8%) innerhalb des Referenzbereichs von $\geq 67,9$ bis $\leq 95\%$.

Zu diesem Qualitätsindikator wurden 35 strukturierte Dialoge geführt. 23 Krankenhäuser wurden als „unauffällig“ eingestuft, neun Krankenhäuser als „Verlaufskontrolle“ und drei Krankenhäuser als „auffällig“.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
18/1	Mammachirurgie
18n1-85893	Meldung an Krebsregister

Beim Qualitätsindikator „Meldung an Krebsregister“ findet sich im Jahr 2009 eine signifikant verbesserte Rate von 92,1% gegenüber 88,2% im Jahr 2007. Der Referenzbereich von $\geq 95\%$ wurde noch nicht erreicht.

In diesem Qualitätsindikator wurde auf Beschluss der niedersächsischen Arbeitsgruppe „Gynäkologie und Geburtshilfe“ im Rahmen des strukturierten Dialoges wie im Vorjahr Hinweise an die Krankenhäuser versandt, um diese für den Qualitätsindikator „Meldung an Krebsregister“ zu sensibilisieren. Dabei wurde auf die aktuelle Leitlinie der AWMF Nr.: 032/045: „Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau“ von 04/2008 hingewiesen. Anzumerken ist, dass bisher in Niedersachsen keine gesetzliche Verpflichtung besteht, Krebspatientinnen an ein Krebsregister zu melden.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
21/3	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
21n3-69882	Indikation zur Koronarangiographie – Therapieempfehlung

Für den Qualitätsindikator „Indikation zur Koronarangiographie – Therapieempfehlung“ hat sich die Rate für 2009 mit 38,6% gegenüber 2007 mit 38,9% bei einem Bundes-Referenzbereich von $\geq 21\%$ nicht signifikant verändert.

Mit neun Krankenhäusern wurde ein strukturierter Dialog geführt. Vier Krankenhäuser wurden als „unauffällig“ eingestuft, zwei als „Verlaufskontrolle“ und drei als „auffällig“.

Dabei sind mit zwei Krankenhäusern kollegiale Gespräche geführt worden. Aus beiden Gesprächen ist eine Zielvereinbarung hervorgegangen, nach der das Krankenhaus die Dokumentation überprüft. Ein Krankenhaus sollte zusätzlich ein Konzept für die Dokumentation inkl. Zuständigkeiten erstellen, dem anderen wurde aufgetragen, vor einer Koronarangiographie möglichst häufig einen Ischämienachweis (z.B. auch mittels Stressechographie oder Szintigraphie) zu erbringen.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
21/3	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
21n3-82078	In-Hospitalität-Patienten mit PCI und Verweildauer > 1 Tag: Dokumentationsqualität

Das Ergebnis hat sich 2009 mit 2,1% signifikant gegenüber 2007 (4,5%) verbessert. Da auf Bundesebene kein Referenzbereich definiert worden ist, wurde bundesweit kein strukturierter Dialog durchgeführt.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
21/3	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
21n3-88909	Flächendosisprodukt (Median (cGy*cm ²) aller Koronarangiographien (ohne Einzeit-PCI))

Der niedersächsische Median liegt bei 2.584 cGy*cm². Da auf Bundesebene kein Referenzbereich definiert worden ist, wurde bundesweit kein strukturierter Dialog durchgeführt. Ein Vergleich mit den Ergebnissen des Jahres 2007 ist nicht möglich, da es diesen Qualitätsindikator 2007 in dieser Form nicht gegeben hat.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
21/3	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
21n3-88913	Flächendosisprodukt (Median (cGy*cm ²) aller Einzeitig-PCI)

Der niedersächsische Median liegt bei 4.992 cGy*cm² (Bundes-Referenzbereich <= 9.201 cGy*cm²). Für diesen Qualitätsindikator wurden drei Hinweise verschickt. Ein Vergleich mit den Ergebnissen des Jahres 2007 ist nicht möglich, da es diesen Qualitätsindikator 2007 in dieser Form nicht gegeben hat.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
21/3	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
21n3-88914	Flächendosisprodukt (Flächendosisprodukt nicht bekannt)

In 3,8% der Fälle ist das Flächendosisprodukt nicht bekannt (Bundes-Referenzbereich <= 16,9%). Für diesen Qualitätsindikator wurden 17 Hinweise verschickt. Ein Vergleich mit den Ergebnissen des Jahres 2007 ist nicht möglich, da es diesen Qualitätsindikator 2007 in dieser Form nicht gegeben hat.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
21/3	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
21n3-93529	Flächendosisprodukt (Alle Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) mit Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm ²)

Das Ergebnis von 14,1% liegt deutlich innerhalb des Bundes-Referenzbereiches von 29,9%. Für diesen Qualitätsindikator wurden sechs Hinweise verschickt. Zwei Krankenhäuser sandten eine Stellungnahme, obwohl sie nicht dazu aufgefordert worden waren. Danach wurden fehlerhafte Dosismessgeräte im Herzkatheterlabor bzw. die Einstellung bei der Fluoroskopie korrigiert. Ein Vergleich mit den Ergebnissen des Jahres 2007 ist nicht möglich, da es diesen Qualitätsindikator 2007 in dieser Form nicht gegeben hat.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
21/3	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
21n3-93530	Flächendosisprodukt (Alle PCI (ohne Einzeitig-PCI) > 12.000 cGy*cm ²)

Das Ergebnis von 9,3% liegt deutlich innerhalb des Bundes-Referenzbereiches von <= 26,3%. Für diesen Qualitätsindikator wurden 3 Hinweise verschickt. Ein Vergleich mit den Ergebnissen des Jahres 2007 ist nicht möglich, da es diesen Qualitätsindikator 2007 in dieser Form nicht gegeben hat.

3. Qualitätsindikatoren mit Abweichung des Landesergebnisses vom Bundes-Referenzbereich

Modul-Kennzahl	Bezeichnung	Referenzbereich 2009	Ergebnis		Tendenz	Kommentierung
			2009	2007		
09n1-11267	Letalität	sentinel event	69 von 6.678	94 von 6.191	hier nicht anwendbar	Seite 15
09n2-11025	Laufzeit des Herzschrittmarkeraggregats (AAI oder VVI unter 4 Jahre)	sentinel event	6 von 331	8 von 489	hier nicht anwendbar	Seite 15
09n2-11026	Laufzeit des Herzschrittmarkeraggregats (VDD oder DDD unter 4 Jahre)	sentinel event	12 von 764	21 von 677	hier nicht anwendbar	Seite 15
09n3-26115	Reizschwellenbestimmung bei revidierten Vorhofsonden	>=95%	94,8%	93,8%	↗	Seite 15
09n3-26121	Amplitudenbestimmung bei revidierten Vorhofsonden	>=95%	94,5%	93,4%	↗	Seite 15
12n1-44932	Letalität (Letalität (Risikoklassen ASA 1-3))	sentinel event	71 von 16.671	63 von 15.871	hier nicht anwendbar	Seite 16
16n1-50604	Mütterliche Todesfälle	sentinel event	2 von 57.642	4 von 61.025	hier nicht anwendbar	Seite 16
16n1-70302	Kritisches Outcome bei Reifgeborenen	sentinel event	19 von 52.54	13 von 54.084	hier nicht anwendbar	Seite 16
17n2-45060	Letalität	sentinel event	21 von 15.849	30 von 15.070	hier nicht anwendbar	Seite 17
17n3-46185	Letalität	sentinel event	34 von 2.302	29 von 2.115	hier nicht anwendbar	Seite 17
17n5-45060	Letalität	sentinel event	16 von 14.828	17 von 13.175	hier nicht anwendbar	Seite 17
17n7-45060	Letalität	sentinel event	2 von 1.037	2 von 893	hier nicht anwendbar	Seite 18
PNEU-68123	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	>=95%	93,0%	82,3%	↗	Seite 18
PNEU-68914	Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien	>=95%	78,6%	61,8%	↗	Seite 19
PNEU-69923	Überprüfung Diagnostik/Therapie; Patienten der Risikoklasse 2	>=95%	93,8%	*	*	Seite 19
Legende						
↗	signifikant verbessert					
↔	nicht signifikant verändert					
↘	signifikant verschlechtert					
*						
Indikator in dieser Form im Jahr 2007 nicht existent						
**						
Ergebnisse 2007 auf Grund von (leicht) veränderten Rechenregeln nur bedingt mit Ergebnissen 2009 vergleichbar						

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
09/1	Herzschrittmacher-Implantation
09n1-11267	Letalität

Das Ergebnis des Sentinel-Event-Indikator „Letalität“ hat sich für 2009 mit 1,0% gegenüber 2007 mit 1,5% deutlich verbessert.

Für jeden Todesfall ist von den 43 betroffenen Krankenhäusern eine Einzelfallanalyse erstellt worden. Insgesamt wurden 35 Krankenhäuser als „unauffällig“ eingestuft, sechs Krankenhäuser als „Verlaufskontrolle“ und zwei Krankenhäuser als „auffällig“.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
09n2-11025	Laufzeit des SM-Aggregats Einkammersysteme (AAI,VVI) < 4 Jahre

In diesem Sentinel-Event-Indikator weisen sechs von 331 Fällen eine zu niedrige Laufzeit auf (1,8%). Für diese sechs Fälle wurden Hinweise an sechs Krankenhäuser verschickt. Im Jahr 2007 betrug der Landeswert 1,6%.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
09n2-11026	Laufzeit des SM-Aggregats Einkammersysteme (VDD, DDD) < 4 Jahre

In diesem Sentinel-Event-Indikator wiesen zwölf von 763 Fällen eine zu niedrige Laufzeit auf (1,6%). Für diese zwölf Fälle wurden Hinweise an acht Krankenhäuser verschickt. Die Rate ist im Vergleich zu 2007 (3,1%) deutlich zurückgegangen.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
09/3	Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel /-Explantation
09n3-26115	Reizschwellenbestimmung bei revidierten Vorhofsonden

Das Ergebnis liegt mit 94,8% noch knapp außerhalb des Bundes-Referenzbereichs von $\geq 95\%$ und hat sich gegenüber 2007 (93,8%) leicht verbessert. Für diesen Qualitätsindikator wurden Hinweise an neun Krankenhäuser verschickt.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
09/3	Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel /-Explantation
09n3-26121	Amplitudenbestimmung bei revidierten Vorhofsonden

Das Ergebnis liegt mit 94,5% noch knapp außerhalb des Bundes-Referenzbereichs von $\geq 95\%$ und hat sich gegenüber 2007 (93,4%) leicht verbessert. Für diesen Qualitätsindikator wurden Hinweise an elf Krankenhäuser verschickt.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
12/1	Cholezystektomie
12n1-44932	Letalität (Risikoklassen ASA 1 bis 3)

Bei dem Sentinel-Event-Indikator „Letalität bei ASA 1-3“ liegt für 2009 eine Rate von 0,4% vor. Diese ist gegenüber 2007 mit 0,4% unverändert.

Dazu wurden in Niedersachsen 44 strukturierte Dialoge geführt. In 28 Krankenhäusern lagen begründete Einzelergebnisse vor, die das Ergebnis mit der erheblichen Komorbidität der Patienten hinreichend erklären. In zehn Krankenhäusern lagen Dokumentationsfehler vor, und ein Krankenhaus verwies auf Softwareprobleme. Die niedersächsische Arbeitsgruppe „Chirurgie“ empfahl den Krankenhäusern, bei der ASA-Klassifikation genauer zu verschlüsseln. Außerdem riet die Arbeitsgruppe, Cholezystektomien im Rahmen anderer Eingriffe mit den Codes 5-511.41; 5-511.42, 5-511.51 oder 5-511.52 zu verschlüsseln, da diese dann richtigerweise nicht zu einer Auslösung der Dokumentation durch den QS-Filter führen.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
16/1	Geburtshilfe
16n1-50604	Mütterliche Todesfälle

Im Jahr 2009 sind in Niedersachsen zwei mütterliche Todesfälle aufgetreten. Beide Fälle wurden im Rahmen des strukturierten Dialogs von den Krankenhäusern mit detaillierten Schilderungen des Einzelfalls aufbereitet, wobei es sich bei einem Todesfall um eine Tote bei einem Verkehrsunfall gehandelt hat. Für den anderen mütterlichen Todesfall wurde die Epikrise an den Expertenkreis „Mütterliche Sterbefälle“ auf Bundesebene übermittelt und dort beraten. Die Rückmeldung des Expertenkreises steht noch aus.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
16/1	Geburtshilfe
16n1-70302	Kritisches Outcome bei Reifgeborenen

Im Jahr 2009 wurde in 19 von 52.054 Fällen ein kritisches Outcome bei Reifgeborenen dokumentiert. Die niedersächsische Arbeitsgruppe „Gynäkologie und Geburtshilfe“ hat deshalb im Rahmen des strukturierten Dialogs 19 Einzelfallschilderungen von den betroffenen Krankenhäusern erbeten. Von den 19 Fällen wurden zwölf Fälle als „unauffällig“ bewertet, vier Fälle als „Verlaufskontrolle“ und drei Fälle als „auffällig“.

Mit einem Krankenhaus wurde ein kollegiales Gespräch geführt und eine Zielvereinbarung getroffen:

1. Umsetzung der S1-Leitlinie der AWMF Nr. 015/030: Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe.
2. Umsetzung der S1-Leitlinie der AWMF Nr. 015/036: Anwendung des CTG während Schwangerschaft und Geburt.
3. Fachliche Fortbildung der Hebammen und des ärztlichen Personals zum Qualitätsmerkmal „Azidose bei reifen Einlingen“ mit Fallbesprechungen zur Beurteilung eines CTGs sowie schriftlicher Protokollierung bis Ende März 2011. Danach erfolgt eine Über-

mittlung des schriftlichen Protokolls und Teilnehmer-Nachweises an die Arbeitsgruppe.

4. Bei Geburten mit Beckenendlage bereits in der Austreibungsphase die diensthabenden Ärzte zur Geburt hinzuziehen.
5. Strengere Selektion von Geburten mit Beckenendlage
6. Doppelte Bewertung des Geburtsverlaufs
7. Übermittlung der krankenhausinternen Leitlinie an die Arbeitsgruppe

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17/2	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
17n2-45060	Letalität

Bei dem Sentinel-Event-Indikator „Letalität“ liegt für 2009 eine Rate von 0,13% (21 von 15.849 Fällen) vor gegenüber 0,20% (30 von 15.070 Fällen) für 2007.

Die niedersächsische Arbeitsgruppe „Orthopädie und Unfallchirurgie“ hat im Rahmen des strukturierten Dialogs 21 Krankenhäuser um Einzelfallanalysen der 21 Fälle gebeten. Insgesamt wurden 16 Krankenhäuser als „unauffällig“ bewertet, drei Krankenhäuser als „Verlaufskontrolle“ und zwei Krankenhäuser als „auffällig“.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17/3	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
17n3-46185	Letalität

Bei dem Sentinel-Event-Indikator „Letalität“ liegt für 2009 eine Rate von 1,48% (34 von 2.302 Fällen) vor gegenüber 1,37% (29 von 2.115 Fällen) für 2007.

Die niedersächsische Arbeitsgruppe „Orthopädie und Unfallchirurgie“ hat im Rahmen des strukturierten Dialogs 29 Krankenhäuser um Einzelfallanalysen. Insgesamt wurden 26 Krankenhäuser als „unauffällig“ eingestuft und drei Krankenhäuser als „Verlaufskontrolle“.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17/5	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
17n5-45060	Letalität

Bei dem Sentinel-Event-Indikator „Letalität“ liegt für 2009 eine Rate von 0,11% (16 von 14.828 Fällen) vor gegenüber 0,13% (17 von 13.175 Fällen) für 2007.

Die niedersächsische Arbeitsgruppe „Orthopädie und Unfallchirurgie“ hat im Rahmen des strukturierten Dialogs 14 Krankenhäuser um Einzelfallanalysen gebeten. Insgesamt wurden zwölf Krankenhäuser als „unauffällig“ bewertet und zwei Krankenhäuser als „Verlaufskontrolle“.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17/7	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
17n7-45060	Letalität

Bei dem Sentinel-Event-Indikator „Letalität“ liegt für 2009 eine Rate von 0,19% (2 von 1.037 Fällen) vor gegenüber 0,22% (2 von 893 Fällen) für 2007.

Die niedersächsische Arbeitsgruppe „Orthopädie und Unfallchirurgie“ hat im Rahmen des strukturierten Dialogs zwei Krankenhäuser um Einzelfallanalysen. Beide Krankenhäuser wurden als „unauffällig“ bewertet.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie
PNEU-68123	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

Bei dem Qualitätsindikator „Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie“ liegt für 2009 eine signifikant verbesserte Rate von 93,0% vor gegenüber 82,3% für 2007. Der Bundes-Referenzbereich von $\geq 95\%$ wurde noch nicht ganz erreicht.

Mit 56 Krankenhäusern wurde ein strukturierter Dialog geführt. Davon wurden 15 Krankenhäuser als „unauffällig“ eingestuft, 23 Krankenhäuser als „Verlaufskontrolle“ und fünf Krankenhäuser als „auffällig“. An die übrigen 13 Krankenhäuser, deren Krankenhauswert über dem Landesmittelwert lag und deren Bewertung des Vorjahres nicht „Verlaufskontrolle“ gelaute hatte, wurden Hinweisschreiben versandt.

Mit zwei Krankenhäusern wurde ein kollegiales Gespräch geführt. Folgende Ziele wurden jeweils als Ergebnis des Gesprächs vereinbart:

1. Sowohl für den Aufnahmebereich als auch für die Stationen werden Pulsoxymeter angeschafft.
2. Ein separater Dokumentationsbogen für Patienten mit Fieber oder sonstigen Hinweisen auf einen möglichen bronchopulmonalen Infekt wird bereits zur Aufnahme vorne in die Patientenakte eingeklebt. Auf diesem Bogen muss dann zeitgerecht dokumentiert werden. Er dient darüber hinaus der Erinnerung, was zu welchem Zeitpunkt veranlasst werden muss. Wenn sich während des stationären Verlaufes herausstellt, dass keine ambulant erworbene Pneumonie vorliegt, kann das oben genannte Blatt in der Akte abgeheftet werden. (Dienstanweisung des Chefarztes)
3. Der für den jeweiligen Patienten zuständige Oberarzt ist verantwortlich für die Einhaltung dieser Dienstanweisung und somit auch für die Dokumentation im Rahmen der Qualitätssicherung.

Mittlerweile hat die initiale Sauerstoffmessung eine breite Akzeptanz gefunden (Behandlung entsprechend der S3-Leitlinie), was sowohl zu einer strukturellen als auch zu einer medizinischen Versorgungsverbesserung geführt hat.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie
PNEU-68914	Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien

Bei Betrachtung dieses Prozessindikators zeigt sich eine anhaltende Verbesserungstendenz (signifikante Verbesserung von 61,8% in 2007 auf 78,6% in 2009), wobei der von der Bundes-Referenzbereich von $\geq 95\%$ bisher noch nicht erreicht worden ist.

Mit 89 Krankenhäusern wurde ein strukturierter Dialog geführt. Davon wurde ein Krankenhaus als „unauffällig“ eingestuft, 32 Krankenhäuser als „Verlaufskontrolle“ und 16 Krankenhäuser als „auffällig“. An die übrigen 40 Krankenhäuser, deren Krankenhauswert über dem Landesmittelwert lag und deren Bewertung des Vorjahres nicht „Verlaufskontrolle“ gelautet hatte, wurden Hinweisschreiben versandt.

Wie in den Vorjahren auch ist die Nichterreichung des Bundes-Referenzbereichs zumeist darauf zurückzuführen, dass die Atemfrequenz und / oder die Sauerstoff-Sättigung nicht noch einmal im Rahmen der Entlassungsuntersuchungen bestimmt / dokumentiert wurden, welches unter anderem mit einem fehlenden internen Untersuchungsstandard begründet wird.

Mit vier Krankenhäusern wurde ein kollegiales Gespräch geführt. Folgende Ziele wurden jeweils als Ergebnis des Gesprächs vereinbart:

1. Bei allen Patienten, die an einer Atemwegserkrankung leiden gilt die ärztliche Anordnung, vor Entlassung durch Mitarbeiter der Pflegebereiche die Atemfrequenz und die Sauerstoffsättigung zu bestimmen.
2. Ein separater Dokumentationsbogen für Patienten mit Fieber oder sonstigen Hinweisen auf einen möglichen bronchopulmonalen Infekt wird bereits zur Aufnahme vorne in die Patientenakte eingheftet. Auf diesem Bogen muss dann zeitgerecht dokumentiert werden. Er dient darüber hinaus der Erinnerung, was zu welchem Zeitpunkt veranlasst werden muss. Wenn sich während des stationären Verlaufes herausstellt, dass keine ambulant erworbene Pneumonie vorliegt, kann das oben genannte Blatt in der Akte abgeheftet werden. (Dienstanweisung des Chefarztes)
3. Der für den jeweiligen Patienten zuständige Oberarzt ist verantwortlich für die Einhaltung der Dienstanweisung und somit auch für die Dokumentation im Rahmen der Qualitätssicherung.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie
PNEU-69923	Überprüfung Diagnostik/Therapie; Patienten der Risikoklasse 2

Dieser Indikator wurde für 2009 erstmals in dieser Form ausgewertet. Das niedersächsische Ergebnis liegt mit 93,8% knapp außerhalb des Bundes-Referenzbereichs von $\geq 95\%$.

Insgesamt wurde mit 30 Krankenhäusern ein strukturierter Dialog geführt. Abschließend wurden 19 Krankenhäuser als „unauffällig“ eingestuft und elf Krankenhäuser als „Verlaufskontrolle“.

4. Datenvalidierungsverfahren der Bundesebene (Stichprobenprüfung vor Ort)

In den Leistungsbereichen „Ambulant erworbene Pneumonie“ (Modul PNEU) und „Operative Gynäkologie“ (Modul 15/1) sind in Niedersachsen im Jahr 2010 zufällig ausgewählte Krankenhäuser auf korrekte Datenübermittlung für bis zu 20 Datensätze für das Verfahrensjahr 2009 überprüft worden. Vorwiegend sind beim Datenabgleich zwischen übermittelten Datensätzen und Patientenakten folgende Diskrepanzen aufgefallen und den Verantwortlichen im Krankenhaus unmittelbar vor Ort mitgeteilt worden:

Leistungsbereich „Pneumonie“ (7 Krankenhäuser)

- Die Qualitätssicherungs-Dokumentation der Atemfrequenz weicht in mehreren Krankenhäusern erheblich von der Dokumentation in den Patientenakten ab. Einige Krankenhäuser haben daraufhin einen speziellen Pneumoniebogen entwickelt, mit dem sie sicherstellen, dass alle notwendigen Untersuchungen durchgeführt und dokumentiert werden.
- Die Frage, ob eine Desorientierung pneumoniebedingt ist, lässt sich nicht immer zweifelsfrei anhand der Krankenakten beantworten.
- Der Beginn der antibiotischen Therapie lässt sich der Patientenakte nicht immer exakt entnehmen. In diesen Fällen lässt sich der Zeitraum zwischen Aufnahme und Therapiebeginn nicht eindeutig berechnen. Den Krankenhäusern wurde daher empfohlen, die erste Antibiotikagabe mit Angabe der Uhrzeit in der Patientenakte zu dokumentieren.

Leistungsbereich „Operative Gynäkologie“ (6 Krankenhäuser)

- Es bestehen Unsicherheiten in Bezug auf die Frage, ob bestimmte Voroperationen für die Leistung und damit auch die Dokumentation im Qualitätssicherungs-Bogen relevant sind.
- Wiederholt haben sich nach der Dokumentation und vor dem Abschluss des Datensatzes Änderungen bei der Entlassungsdiagnose und den Komplikationen ergeben, die anschließend nicht mehr im Datensatz korrigiert worden sind.
- Bei einer Fallzusammenführung wurde versäumt, nachträglich die Qualitätssicherungs-Dokumentation anzupassen.

5. Landesspezifika

Orthopädisch-unfallchirurgische Module

Das Hauptaugenmerk liegt für die niedersächsische Arbeitsgruppe „Orthopädie und Unfallchirurgie“ bei allen von ihr betreuten Leistungsbereichen (17er-Module) weiterhin auf möglichst genau definierten und aussagekräftigen Qualitätsmerkmalen. Eine Konzentration auf das Relevante soll die Akzeptanz der Qualitätssicherung in den Krankenhäusern steigern. Demzufolge wurden die Krankenhäuser im Rahmen des strukturierten Dialogs für 2009 für die Qualitätsmerkmale um Stellungnahme gebeten, die

- von der Bundesfachgruppe als „geeignet“ für die öffentliche Berichterstattung angesehen wurden,
- ein schwerwiegendes Ereignis darstellen wie z.B. das Qualitätsmerkmal „Letalität“ und das landesspezifische Qualitätsmerkmal „ASA 5 bei elektiven Eingriffen“.

Das Instrument „Hinweisschreiben“ wurde von der Arbeitsgruppe bei allen Qualitätsmerkmalen eingesetzt, deren Wert für die Beurteilung der Versorgungsqualität aus Sicht der Arbeitsgruppe umstritten ist.

Das landesspezifische Qualitätsmerkmal „ASA 5 bei elektiven Eingriffen“ wird für die Module

- 17/2 (Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation),
- 17/3 (Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel),
- 17/5 (Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation) und
- 17/7 (Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel)

als Sentinel-Event-Indikator bewertet.

Des Weiteren wurden folgende landesspezifische Qualitätsmerkmale in den strukturierten Dialog aufgenommen, weil die Arbeitsgruppe sie für bedeutsam hält bzw. als schwerwiegende Komplikationen einschätzt.

- Präoperative Verweildauer nach Aufnahme am Freitag (Modul 17/1)
- Mechanische Komplikationen (Implantatfehlagen, Implantatdislokationen, Endoprothesenluxationen oder Frakturen) (Modul 17/1)
- Fraktur (Modul 17/2)
- Letalität (Modul 17/1)

Modul DEK (Dekubitusprophylaxe)

Das landesspezifische Qualitätsmerkmal „Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 3 an Fällen ohne Risikofaktoren“ wird seit 2007 in den strukturierten Dialog einbezogen.

Übersichtlichere Darstellung der Bewertung im strukturierten Dialog

Zur übersichtlicheren Darstellung der Bewertung der Ergebnisse im strukturierten Dialog wird in Niedersachsen auf Beschluss des Lenkungsgremiums eine Konzentration auf drei Kategorien in Form einer Ampeldarstellung (rot (auffällig) – gelb (Verlaufskontrolle) – grün (unauffällig)) vorgenommen. Nachfolgend ist die Bewertung des strukturierten Dialogs für das Verfahrensjahr 2009 in Niedersachsen in den drei Kategorien zusammengefasst wiedergegeben:

Strukturierter Dialog 2009 in Niedersachsen – Zusammenfassung

zuständige Arbeitsgruppe	Leistungsbereich (Modul)	teilnehmende Krankenhäuser	Gesamtzahl der im strukturierten Dialog betrachteten Einzelergebnisse in Niedersachsen	Bewertung: Status rot (auffällig)	Bewertung: Status gelb (Verlaufskontrolle)	Bewertung: Status grün (unauffällig)
Kardiologie	Herzschrittmacher-Implantation (Modul 9/1)	111	1.326	15	52	1.259
			100,00%	1,13%	3,92%	94,95%
	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (Modul 9/2)	97	1.004	1	15	988
			100,00%	0,10%	1,49%	98,41%
Kardiologie	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (Modul 9/3)	105	1.260	15	38	1.207
			100,00%	1,19%	3,02%	95,79%
Kardiologie	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) (Modul 21/3)	84	1.388	5	16	1.367
			100,00%	0,36%	1,15%	98,49%
Chirurgie	Karotis-Rekonstruktion (Modul 10/2)	52	202	2	1	199
			100,00%	0,99%	0,50%	98,51%
Chirurgie	Cholezystektomie (Modul 12/1)	122	1.196	0	15	1.181
			100,00%	0,00%	1,25%	98,75%
Gynäkologie und Geburtshilfe	Gynäkologische Operationen (Modul 15/1)	120	1.182	23	115	1.044
			100,00%	1,95%	9,73%	88,32%
	Geburtshilfe (Modul 16/1)	89	642	7	35	600
Gynäkologie und Geburtshilfe			100,00%	1,09%	5,45%	93,46%
	Mammachirurgie (Modul 18/1)	106	1.049	11	58	980
Orthopädie und Unfallchirurgie			100,00%	1,05%	5,53%	93,42%
	Hüftgelenknahe Femurfraktur (Modul 17/1)	125	1.965	2	6	1.957
			100,00%	0,10%	0,31%	99,59%
	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (Modul 17/2)	126	1.615	6	20	1.589
			100,00%	0,37%	1,24%	98,39%
	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (Modul 17/3)	115	1.150	0	19	1.131
Orthopädie und Unfallchirurgie			100,00%	0,00%	1,65%	98,35%
	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (Modul 17/5)	111	1.329	32	39	1.258
			100,00%	2,41%	2,93%	94,66%
Orthopädie und Unfallchirurgie	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (Modul 17/7)	99	891	0	1	890
			100,00%	0,00%	0,11%	99,89%
Dekubitusprophylaxe	Dekubitusprophylaxe (Modul DEK)	184	552	5	15	532
			100,00%	0,91%	2,72%	96,38%
Pneumonie	Ambulant erworbene Pneumonie (Modul PNEU)	138	1.616	23	119	1.474
			100,00%	1,42%	7,36%	91,21%
Gesamt %		184	18.367	147	564	17.656
			100,00%	0,80%	3,07%	96,13%