

Zusammenfassung

zu den Länderberichten gemäß § 15 Abs.3 der
Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in
Krankenhäusern (QSKH-RL)

Strukturierter Dialog 2010
zum Verfahrensjahr 2009

Einführung

Der vergleichende Bericht über die QS-Ergebnisse der Länder bietet ein Forum für die gemeinsame Weiterentwicklung von methodischen Ansätzen und zur Identifizierung bundesweiter Prioritäten für die Verbesserung der Versorgungsqualität in den einzelnen Leistungsbereichen. Ergänzend zu den einzelnen Länderberichten haben sich die Landesgeschäftsstellen zu dieser zusammenfassenden Darstellung entschlossen. Die Rückmeldungen der Länder an den G-BA im Rahmen dieser Berichterstattung sollten daher in der Veröffentlichung und Kommentierung der Bundesauswertung 2010 durch das AQUA-Institut Berücksichtigung finden.

Analog zu den Länderberichten wird die Entwicklung der Bundesergebnisse zu den „Indikatoren mit besonderem Handlungsbedarf aus der Sicht der Bundesebene“ (C-Indikatoren) tabellarisch dargestellt (Tab.1). Indikatoren, in denen mehr als die Hälfte der Länder den Bundesreferenzbereich nicht erreichten, wurden separat aufbereitet (Tab. 2). Zum besseren Verständnis wurden die Tabellen um die Angabe der betreffenden Leistungsbereiche sowie der neuen Kennzahlen ergänzt. Zu allen Indikatoren ist eine kurze textliche Darstellung gegeben.

Der Bericht lässt erkennen, dass oft in Eigeninitiative der Landesgeschäftsstellen bzw. der Fachausschüsse weitergehende Aktivitäten aus dem Strukturierten Dialog und dem Umgang mit den Landesergebnissen resultieren. Hierunter fallen zunächst die zunehmend in den Bundesländern durchgeführten Beratungsgespräche vor Ort, um in Fällen gravierender oder wiederholter Abweichungen die Nachhaltigkeit ergriffener Maßnahmen zu verbessern. Bei ausgewählten Indikatoren wird in einigen Bundesländern die Anforderung einer Stellungnahme durch einen gezielten Hinweis in den Krankenhausstatistiken oder auch zusätzlich in Anschreiben an die Krankenhäuser ersetzt. Dieses resultiert aus einer kritischen Betrachtung von einzelnen Indikatoren, deren Aussagekraft und Relevanz hinsichtlich der Abbildung der Realität in den Krankenhäusern fraglich erscheint. Als Resultat aus der praktischen Arbeit mit den Häusern vor Ort enthält der Bericht Vorschläge zur Überarbeitung und Neudefinition von Qualitätsmerkmalen.

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

Handlungsbedarf (aus Sicht der betreffenden Bundesfachgruppe)

A. Gewöhnlicher Handlungsbedarf

Klärung der Auffälligkeiten im Strukturierten Dialog.

B. Erweiterter Handlungsbedarf

Klärung der Auffälligkeiten im Strukturierten Dialog, zusätzlich Thematisierung der auffälligen Ergebnisse auf Fachkongressen und in wissenschaftlichen Publikationen. Schriftliche Information der Fachgesellschaften und Berufsverbände über den Handlungsbedarf.

C. Besonderer Handlungsbedarf

Wie B, jedoch zusätzlich Handlungsbedarf für eine Aktualisierung der vorhandenen und für die Entwicklung neuer Leitlinien sowie gezielte Unterstützung bei der Implementierung vorhandener Leitlinien. Analyse, ob die Ergebnisse ggf. durch Fehlanreize des Vergütungssystems bedingt sein könnten.

Leistungsbereich	Modul-Kennzahl alt - (neu)	Bezeichnung: C-Indikatoren	Referenzbereich 2009	Ergebnis 2009	Ergebnis 2007	Tendenz	Anzahl BL außerhalb Referenzbereich
Schrittmacher-Revision	09n3-26065 (09n3-694)	Indikation zur Revision - Sondenprobleme	≤ 6%	6,5%	7,0%		12
	12n1-64980 (12n1-220)	Eingriffsspezifische Komplikationen (Okklusion oder Durchtrennung des DHC)	Sentinel Event	235 v. 172.556	248 v. 186.361	hier nicht anwendbar	
Operative Gynäkologie	15n1-66595 (15n1-10211)	Indikation bei Ovarieingriffen (Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder histologischer Normalbefund als führender histologischer	≤ 20%	18,9%	19,7%		5
	16n1-82913 (16n1-1058)	EE-Zeit bei Notfallkaiserschnitt > 20 Minuten	Sentinel Event	125 v. 7.281	207 v. 7.422	hier nicht anwendbar	
Hüftgelenknahe Femurfraktur	17n1-82914 (17n1-2266)	Präoperative Verweildauer (> 48 Stunden)	≤ 15%	10,7%	12,9%		0
	17n2-44413 (17n2-1082)	Postoperative Beweglichkeit (dokumentiert)	≥ 95%	92,7%	84,4%		4
Hüft-TEP-Erstimplantation	17n2-68817 (17n2-2223)	Indikation	≥ 90%	90,6%	81,4%		3
	17n3-46134 (17n3-463)	Implantatfehlheile, Implantatdislokation oder Fraktur	≤ 2%	2,1%	2,8%		8
Hüft-TEP-Wechsel	17n5-44534 (17n5-276)	Indikation	≥ 90%	94,2%	89,4%		0
	17n5-65532 (17n5-2218)	Postoperative Beweglichkeit von 0/0/90	≥ 80%	86,1%	78,2%		1
Knie-TEP-Erstimplantation	17n5-72761 (17n5-10953)	Postoperative Beweglichkeit (dokumentiert)	≥ 80%	95,9%	91,7%		0
	18n1-46231 (18n1-2098)	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum	≥ 7 Tage bis ≤ 21 Tage	13 Tage	10 Tage	hier nicht anwendbar	0
Mammachirurgie	18n1-85888 (18n1-2167)	Indikation zur brusterhaltenden Therapie	≥ 67,9% bis ≤ 95,2%	83,0%	80,3% **	hier nicht anwendbar	0
	18n1-85893 (18n1-11992)	Meldung an Krebsregister	≥ 95%	93,6%	87,9% **		3
Koronarangiographie und PCI	21n3-69882 (21n3-2061)	Indikation zur Koronarangiographie - Therapieempfehlung	≥ 21%	39,1%	39,6%		0
	21n3-82078 (21n3-2311)	In-Hospital-Letalität - Patienten mit PCI und Verweildauer > 1 Tag: Dokumentationsqualität	nicht definiert	3,0%	6,3%		Ohne Referenzbereich, Strukturierter Dialog nicht vorgesehen.
Koronarangiographie und PCI	21n3-88909 (21n3-12770)	Flächendosisprodukt (Median (cGy*cm ²) aller Koronarangiographien -	nicht definiert	2.413	*	hier nicht anwendbar	
	21n3-88913 (21n3-12772)	Flächendosisprodukt (Median (cGy*cm ²) aller Einzeitig-PCI)	≤ 9.201,0 cGy*cm ²	5.100	*	hier nicht anwendbar	0
Koronarangiographie und PCI	21n3-88914 (21n3-12773)	Flächendosisprodukt (Flächendosisprodukt nicht bekannt)	≤ 16,9%	3,5%	*	hier nicht anwendbar	0
	21n3-93529 (21n3-12774)	Flächendosisprodukt (Alle Koronarangiographien - ohne Einzeitig-PCI -	≤ 29,9%	12,2%	*	hier nicht anwendbar	1
Koronarangiographie und PCI	21n3-93530 (21n3-12775)	Flächendosisprodukt (Alle PCI - ohne Einzeitig-PCI - mit Flächendosisprodukt > 12.000 cGy*cm ²)	≤ 26,3%	9,8%	*	hier nicht anwendbar	0

* Indikator in dieser Form im Jahr 2007 nicht ausgewertet

** Ergebnisse 2007 auf Grund von (leicht) veränderten Rechenregeln nur bedingt mit Ergebnissen 2009 vergleichbar

Legende

Ergebnis liegt innerhalb der Referenzbereichs

signifikant verbessert

nicht signifikant verändert

signifikant verschlechtert

Die Entscheidung über Signifikanz wird getroffen anhand des Ergebnisses plus 95%-Konfidenzgrenzen. Wenn sich die Bereiche aus beiden Jahren nicht überlappen, dann liegt eine signifikante Veränderung vor.

Ob ein Ergebnis verbessert oder verschlechtert ist, entscheidet sich durch Interpretation der Veränderung in Bezug zum geforderten Referenzwert.

Tab. 1: Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf aus Sicht der Bundesebene (C-Indikatoren)

Zusammenfassung aus den Einzelberichten der Länder:

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
09n3-26065 Schrittmacher-Revision	Indikation zur Revision - Sondenprobleme

Insgesamt zeigt sich bei diesem Indikator eine deutliche Verbesserung im Trend der letzten Jahre (bei einem Referenzbereich von $\leq 6\%$ fiel die Rate der Sondenprobleme von 7,0% in 2007 und 2008 auf 6,5% im Jahr 2009). Dies kann sicherlich auch auf die verstärkten Bemühungen im Rahmen der strukturierten Dialoge auf Landesebene zurückgeführt werden. So konnten durch Einzelfallanalysen zum Teil organisatorische Defizite aber auch Materialprobleme (Schrittmachersonden) aufgedeckt werden.

Unabhängig davon wurde der Indikator erneut auf Grund seiner methodischen Mängel kritisiert. So wird bisher nicht zwischen Früh- und Spätisloktionen differenziert. Dies ist zumindest für das Jahr 2011 anzustreben. Weiterhin wird als Bezugsgröße zur Berechnung des Indikators das gesamte Implantationsvolumen der Klinik verwendet; dies beinhaltet aber nicht die ambulanten Eingriffe. In diesem Zusammenhang steht auch der Vorschlag, die komplette Qualitätssicherung für Schrittmacher (Erstimplantation-Aggregatwechsel-Revision/Explantation) im Rahmen eines sektorübergreifenden Verfahrens abzubilden. Das könnte zum einen den Dokumentationsaufwand deutlich verringern, zum anderen aber auch direkte Nachverfolgungen im Sinne eines Follow-up ermöglichen.

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

Der Verschluss oder die Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus (DHC) ist eine seltene aber schwerwiegende Komplikation, die mit lebenslangen Konsequenzen verbunden sein kann. Von der Bundesfachgruppe „Viszeralchirurgie“ wurde dieses Merkmal als Sentinel-Event-Indikator festgelegt, so dass bereits das Vorliegen eines einzigen Falles eine rechnerische Auffälligkeit darstellt.

In einem geringeren Ausmaß wurde aus allen Bundesländern über Dokumentationsfehler berichtet. Teilweise wurden die Krankenhäuser nochmals darauf hingewiesen, dass hier nur eine Okklusion oder Durchtrennung des DHC zu dokumentieren sei. Des Weiteren stellte sich bei den Nachfragen zu den Sentinel Events heraus, dass es sich in der Regel um schicksalhafte Verläufe handelt, die z.B. durch anatomische Besonderheiten bedingt sind und auch durch eine optimale Operationstechnik nicht vermieden werden können. Der überwiegende Anteil der Stellungnahmen konnte von den Landesarbeitsgruppen nachvollzogen werden.

Auf Grund der Bedeutung dieser Komplikation für den Patienten steht dieser Indikator bei den Landesgeschäftsstellen weiterhin im Fokus. Ein Bundesland plant, der Arbeitsgruppe zukünftig eine anonymisierte Patientenakte vorlegen zu lassen. Auf Anregung der Landesgeschäftsstellen richteten auffällige Krankenhäuser ihre Prozesse auf die Vermeidung dieser Komplikation aus. Eine Geschäftsstelle führt in Zusammenarbeit mit einer chirurgischen Universitätsklinik eine wissenschaftliche Studie zum Outcome nach Okklusion oder Durchtrennung des Hauptgallengangs im Rahmen einer Gallenblasenoperation in den letzten 4 Jahren durch. Hierbei werden in Zusammenarbeit mit den betreuenden Hausärzten sektorübergreifend Follow-up Daten erhoben.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
15n1-66595 Operative Gynäkologie	Indikation bei Ovareingriffen
<p>Aus 6 Bundesländern wurden deutliche Verbesserungen in diesem Indikator verzeichnet. Deren Landesmittelwerte für 2009 liegen bis auf eine Ausnahme inzwischen im Bundesreferenzbereich von 20%. Bundesweit hat sich die Rate zwischen 2007 und 2009 von 19.7% auf 18.9% reduziert. Dies bedeutet allerdings nicht nur, dass noch viele Landesmittelwerte außerhalb des Referenzbereichs liegen, sondern auch, dass innerhalb aller Bundesländer noch ein substantieller Anteil der Kliniken zu hohe Raten aufweist. In allen Bundesländern wird daher die Notwendigkeit gesehen, nach wie vor den Abweichungen intensiv nachzugehen. In der Regel wurden daher die auffälligen Ergebnisse zur Nachkontrolle im Folgejahr 2010 vorgemerkt.</p> <p>Die primäre Erkenntnis aus den Dialogen mit betroffenen Krankenhäusern war, dass häufig Dokumentationsprobleme ursächlich für negative Abweichungen waren. Darüber hinaus wurden auch klinisch begründbare Einzelfälle genannt, die zu einer nachträglichen Bewertung als qualitativ unauffällig führten.</p> <p>Aus einem Bundesland wurde berichtet, dass sich die auffälligen Ergebnisse nach Hinterfragung der Kommunikation zwischen Krankenhaus und dem zuständigen Pathologen aufklärten. Die dortige Fachgruppe empfiehlt deshalb weiterhin, das Gespräch mit dem befundenden Pathologen zu suchen, wenn die histologischen Befunde relativ häufig über indifferente bzw. dysfunktionelle Ovarialzysten berichten bzw. sich hinsichtlich der Histologie nicht eindeutig festlegen.</p> <p>Ein anderes Bundesland sieht grundsätzlich fehlerhafte Dokumentation als ursächlich für die Abweichungen. Erfahrungen aus der statistischen Basisprüfung und den Stichproben bei den Vor-Ort-Besuchen zeige, dass das größte Problem eine nicht ausreichend valide Datenbasis bei der Erfassung von Follikelzysten speziell bei postmenopausalen Patientinnen darstelle. Insofern könne die erneute Einstufung durch die Bundesfachgruppe „Gynäkologie“ als Indikator mit besonderem Handlungsbedarf nicht nachvollzogen werden. Die Landesarbeitsgruppe zweifelt zudem die Evidenzbasierung des Referenzbereichs von 20% an.</p>	

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
16n1-82913 Geburtshilfe	EE-Zeit bei Notfallkaiserschnitt

<p>Diesem Indikator wurde in allen Bundesländern besondere Aufmerksamkeit geschenkt; er ist als Sentinel-Event-Indikator definiert. Die EE-Zeit wird generell als ein hervorragender Indikator zur Überprüfung der Struktur- und Prozessqualität einer geburtshilflichen Abteilung gesehen. In allen berichtenden Ländern wurden nahezu ausschließlich Dokumentationsprobleme sowohl bei der Definition der Notsectio (Verwechslung mit eiliger Sectio) als auch bei der Erfassung der verstrichenen Zeit (fehlerhafte Angabe zum Zeitpunkt der Indikationsstellung zur OP im Geburtsverlauf) für die Abweichungen angeführt. In den verbleibenden Fällen qualitativer Auffälligkeit wurden Zielvereinbarungen getroffen bzw. eine Nachkontrolle in 2010 veranlasst. In wenigen Fällen handelte es sich um begründete Einzelfälle, die die Abweichung vom Referenzbereich plausibel machten und daher zur Einstufung als qualitativ unauffällig gelangten.</p> <p>Die Bundesfachgruppe Perinatalmedizin kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass der Indikator zwar hohe Relevanz hat, aber deutliche Schwächen in seiner Operationalisierbarkeit bestehen. Alternative Definitionen wurden diskutiert, aber mangels überzeugender Argumente nicht übernommen. Daher dürfte auch in Zukunft mit Abweichungen durch nicht eindeutige Formulierung der Begrifflichkeiten und Konkretisierung der Ausfüllhinweise zu rechnen sein.</p>	
--	--

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17n1-82914 Hüftgelenksnahe Femurfraktur	Präoperative Verweildauer > 48h nach Aufnahme

Diesem Prozessindikator kommt in allen Bundesländern eine besondere Wertigkeit zu. Hier ist insgesamt eine Verbesserung der Ergebniswerte in den letzten Jahren zu verzeichnen: bei einem Referenzbereich von $\leq 15\%$ sank die Rate von bundesweit 12,9% im Jahr 2007 auf 10,7% in 2009. Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass in allen Ländern ein sehr intensiver strukturierter Dialog und sehr häufig auch Klinikgespräche zur Aufklärung der Sachverhalte durchgeführt wurden.

Die Erfahrungen der Arbeitsgruppen „Orthopädie und Unfallchirurgie“ belegen, dass vielfach medizinische Gründe Einfluss auf den OP-Zeitpunkt hatten, aber auch strukturelle Defizite eine frühzeitige Operation verhinderten.

Die klinischen Ursachen waren vergesellschaftet mit einer präoperativ erforderlichen Stabilisierung der Patienten, um die OP-Fähigkeit zu erreichen. Durch die Thematisierung der Probleme im strukturierten Dialog hatten die Arbeitsgruppen die Möglichkeit, z.B. Hinweise zur Einnahme gerinnungshemmender Medikamente zu geben, die eine Risikoabwägung zwischen den Folgen einer OP-Verzögerung, einer vermehrten perioperativen Blutungsneigung und den Auswirkungen auf die Grunderkrankung erleichterten. Dennoch wird die Verzögerung der Operation in Folge einer gerinnungshemmenden Medikation kontrovers diskutiert. Aus diesem Grund wäre eine gemeinsame Erklärung der Berufsverbände der Chirurgen, Orthopäden und Anästhesisten zur Operationsvorbereitung bei Patienten sinnvoll.

Nicht verfügbares medizinisches Personal und mangelnde OP-Kapazitäten insbesondere an den Wochenenden waren neben nicht geklärter Betreuungssituation auf struktureller Seite die Hauptgründe für die Verzögerungen von struktureller Seite. Nachweislich wurden für diese Mängel Lösungen gefunden auch in Verbindung mit der Implementierung von bislang fehlenden klinischen Pfaden.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17n2-68817 Hüft-TEP- Erstimplantation	Indikation

Im Bundesdurchschnitt hat sich die Rate der Indikationsstellung bei einem Referenzbereich von $\geq 90\%$ von 81,4% im Jahr 2007 auf 90,6% in 2009 erhöht. Aus den Erfahrungen der Stellungnahmen und Klinikgespräche der letzten Jahre lässt sich ableiten, dass bei diesem Indikator zwei grundlegende Probleme vorliegen.

Zum einen zeigt sich, dass Erfassungsmängel (underreporting) bei der Klassifizierung des Arthrosegrades nach dem modifizierten Kellgren- u. Lawrence-Score die Ursache für Auffälligkeiten waren. Der Grund für diese Dokumentationsfehler liegt in der hohen Personalfuktuation. An dieser Stelle konnten die Landesgeschäftsstellen erfolgreich die weitere Etablierung des Kellgren-Lawrence-Scores in den Krankenhäusern unterstützen. Dies zeigt sich in einer deutlichen Verbesserung der Ergebnisse in allen Bundesländern.

Problematisch ist weiterhin, dass durch die vorgegebene Verknüpfung zwischen den Schmerz- und den Röntgenkriterien nicht alle Patienten mit eindeutiger OP-Indikation erfasst und somit nicht alle Indikationen abgebildet werden. Zum einen fehlen die Einzelfälle, bei denen das Röntgenbild auffällig ist, aber keine Schmerzen vorliegen. Zum anderen können in einigen Konstellationen starke Schmerzen vorliegen, ohne dass es ausreichende röntgenologische Kriterien gibt. Die mangelhafte Abbildung in diesem Qualitätsindikator kann in der Öffentlichkeit fälschlicherweise den Eindruck erwecken, dass eine mangelhafte Indikationsstellung vorliegt.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17n2-44413 Hüft-TEP- Erstimplantation	Postoperative Beweglichkeit (postoperative Beweglichkeit dokumentiert)

Bei diesem Indikator kam es zu einer erfreulichen Verbesserung von 84,4% auf 92,7% in den letzten 3 Jahren (Referenzbereich $\geq 95\%$). Dies ist Resultat des intensiven Strukturierten Dialoges der Landesarbeitsgruppen mit den Krankenhäusern. Die aufgedeckten Erfassungsmängel konnten weitgehend beseitigt werden. Einige Länder haben in diesem Indikator mit Hinweisen gearbeitet bzw. haben auf die Anforderung von schriftlichen Stellungnahmen verzichtet. Es wurden der Bundesfachgruppe „Orthopädie und Unfallchirurgie“ Vorschläge zur Modifizierung des Indikators unterbreitet.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17n3-46134 Hüft-TEP-Wechsel	Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur

In der überwiegenden Zahl der Rückmeldungen werden medizinisch gut begründete Einzelfälle dargelegt und die Einrichtungen als unauffällig eingestuft. Trotz der stetigen Verbesserung (2007: 2,8%, 2008: 2,2%, 2009: 2,1%) erreichen nicht alle Bundesländer den Referenzbereich von $\leq 2\%$. Da das Frakturrisiko intraoperativ stark von Knochenqualität und Situs abhängt und es sich meist um komplexe Wechseloperationen handelt, wird vorgeschlagen, die Bewertung in diesem Indikator auf Fehllagen und Dislokationsraten zu beschränken, bzw. den Referenzbereich anzuheben.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17n5-44534 Knie-TEP- Erstimplantation	Indikation

In diesem Indikator sei auf die ausführliche Erläuterung zur Indikation zur Hüft-TEP-Erstimplantation verwiesen. Wie dort erwähnt, lag die Ursache der Auffälligkeiten in einem Dokumentations- und Schulungsdefizit bezüglich des modifizierten Kellgren-Lawrence-Scores. Diese Mängel konnten mit Hilfe von Zielvereinbarungen und Klinikgesprächen deutlich verbessert werden: die Rate der korrekten Indikationsstellung stieg innerhalb der letzten 3 Jahre von 89,4% auf 94,2% (Referenzbereich $\geq 90\%$).

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17n5-65532 Knie-TEP- Erstimplantation	Postoperative Beweglichkeit von mindestens 0/0/90

Die Ergebnisentwicklung dieses Indikators (2007: 78,2%, 2008: 83,6%, 2009: 86,05%) in den zurückliegenden Jahren wird positiv bewertet. Allerdings wird bei der alleinigen Betrachtung des stationären Sektors der Referenzbereich von $\geq 80\%$ als zu hoch angesehen. Der Indikator kann - vor allem auf Grund der zunehmenden Verkürzung der Verweildauern zugunsten einer früheren Verlegung in den Rehabereich – nur noch eingeschränkt im Rahmen der stationären Qualitätssicherung angewandt werden.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17n5-72761 Knie-TEP- Erstimplantation	Postoperative Beweglichkeit dokumentiert
<p>Auch bei diesem Indikator kam es in den letzten Jahren zu einer erfreulichen Verbesserung der Bundesrate von 91,7% in 2007 auf 95,9% in 2009 und damit deutlich über dem definierten Referenzbereich von $\geq 80\%$. Dies ist Resultat des intensiven Strukturierten Dialoges der Landesarbeitsgruppen mit den Krankenhäusern. Die aufgedeckten Erfassungsmängel konnten weitgehend beseitigt werden. Einige Länder haben in diesem Indikator mit Hinweisen gearbeitet bzw. haben auf die Anforderung von schriftlichen Stellungnahmen verzichtet.</p>	

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
18n1-46231 Mammachirurgie	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose u. OP-Datum (Median in Tagen)

<p>Von der Bundesfachgruppe „Mammachirurgie“ wurde der Referenzbereich (Median) auf 7 - 21 Tage (10. – 95. Perzentile der Bundesauswertung) festgelegt. Der Bundesmedian (13 Tage) liegt im Zielbereich, so dass sich kein Hinweis auf grundsätzlich zu verbessernde Versorgungsqualität ergibt. Die Zunahme (2007: 10 Tage; 2008: 12 Tage) wird u. a. auf die zunehmende Beteiligung am Mammographiescreening zurückgeführt. Dieser Indikator erscheint nach Auffassung einiger Landesarbeitsgruppen nur bedingt geeignet, die Versorgungsqualität einer Einrichtung abzubilden. Zu viele nicht beeinflussbare Einflussfaktoren (Einholung Zweitmeinung, Beratung mit Zuweisern, etc.) bleiben unberücksichtigt. Trotzdem sind die Qualitätsziele, die diesem Qualitätsindikator zugrunde liegen, den Landesarbeitsgruppen grundsätzlich wichtig.</p> <p>Die Funktionsfähigkeit der Versorgungskette ist nicht allein vom Krankenhaus abhängig. Der zeitliche Abstand wird insgesamt beeinflusst von der Betreuung, Kommunikation oder Prozessorganisation. Da die Ergebnisse stark situationsabhängig sind (individuelle Situation der betroffenen Frauen / vorhandene Versorgungsstrukturen / Beratungsangebote), wurde verstärkt mit Hinweisen gearbeitet und die Ergebnisse der rechnerisch abweichenden Krankenhäuser zur speziellen Verlaufsbeobachtung vorgemerkt.</p>	
--	--

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

<p>Die Bundesfachgruppe „Mammachirurgie“ hält das Bundesergebnis (insbesondere die Spannweite) erneut für auffällig und sieht besonderen Handlungsbedarf. Aufgrund der schwierigen Datenlage kann sich die Bundesgruppe nicht entschließen, den oberen Grenzwert des Referenzbereichs auszusetzen oder anzuheben. Angesichts der steigenden BET-Raten ohne eindeutige Datenlage bezüglich der Ergebnisqualität (Rezidive, Letalität) wird jedoch besonderer Handlungsbedarf gesehen.</p> <p>Die in den letzten 3 Jahren nur gering ansteigende Rate (2007: 80,3% => 2008: 82,8% => 2009: 83,0 %) liegt weiterhin im Referenzbereich, der für 2009 auf 68% - 95 % festgelegt wurde (Vorjahr 60% - 85 %). Als Ergebnis zahlreicher Dialoge zur Klärung der rechnerischen Abweichungen konnte meist kein Verbesserungsbedarf hinsichtlich der medizinischen Versorgung festgestellt werden. Wegen verbesserter Screeningmethoden wird eine größere Zahl potentiell brusterhaltend operabler Tumoren diagnostiziert und entsprechend behandelt.</p> <p>Aus vielen Stellungnahmen ist ersichtlich, dass die Einbeziehung der Patientin in die Entscheidungsfindung zu einer Erhöhung der BET-Rate geführt hat. Dies erklärt z. T. die rechnerischen Auffälligkeiten. Auch bei diesem Indikator wurde auf Grund der zu verbessernden</p>	
--	--

Evidenzgrundlage verstärkt mit Hinweisen gearbeitet und die Ergebnisse der rechnerisch abweichenden Krankenhäuser zur speziellen Verlaufsbeobachtung vorgemerkt.

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

Das Bundesergebnis konnte mit 93,6 % nach kontinuierlichem Anstieg seit 2007 (87,9%) den Zielbereich von $\geq 95\%$ nahezu erreichen, wenngleich die Ergebnisse auf Grund von leicht veränderten Rechenregeln nur bedingt zu vergleichen sind. Als Resultat zahlreicher Dialoge zur Klärung rechnerischer Abweichungen konnten vielfach Erfassungsfehler identifiziert werden.

Ferner gilt es zu berücksichtigen, dass sich in einigen Bundesländern die Landeskrebsregister aktuell im Aufbau befinden bzw. eine gesetzliche Meldepflicht nicht besteht. Ein umfassender Strukturierter Dialog zu diesem Indikator erscheint dort aktuell nicht Ziel führend.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
21n3-69882 Koronarangiographie / PCI	Indikation zur Koronarangiographie - Therapieempfehlung

In mindestens 21% der in der dokumentierenden Einrichtung wegen einer vermuteten oder gesicherten koronaren Herzerkrankung angiographierten Fälle (5%-Perzentile) sollte sich eine interventionelle oder herzchirurgische Therapieempfehlung ergeben. Die Bundesrate liegt mit 39,1% weiterhin deutlich oberhalb dieses Bereichs. Dennoch sieht die Bundesebene insbesondere wegen einer unscharfen Definition der Grundgesamtheit die Notwendigkeit einer methodischen Weiterentwicklung des Indikators.

Die Spannweite der Ergebnisse in diesem Indikator ist beträchtlich. Krankenhäuser, die hier rechnerisch auffällig werden, haben häufig ihre Verbringungsfälle nicht korrekt gekennzeichnet. Diese Verbringungsfälle werden bei der Berechnung des Indikators nicht berücksichtigt. Bei der Vielzahl möglicher Kooperationsformen fällt es den Dokumentierenden offensichtlich teilweise schwer, die Frage, ob die dokumentierende und die den Eingriff durchführende Einrichtung identisch sind, korrekt zu beantworten. Da der Dokumentationsmodus für Verbringungsleistungen immer wieder zu Problemen führt, ist der Schlussfolgerung der Bundesebene, dass eine methodische Weiterentwicklung dieses Parameters notwendig ist, unbedingt zuzustimmen.

Um die Datenvalidität im Sinne der aktuell gültigen Definition des Indikators zu verbessern, werden aktuell in einigen Bundesländern neben der Durchführung kollegialer Gespräche bei Auffälligkeiten auch unterjährig Hinweise auf eine mögliche Dokumentationsproblematik im Rahmen von Zwischenauswertungen gegeben.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
21n3-82078 Koronarangiographie / PCI	In-Hospital-Letalität (Patienten mit PCI und Verweildauer > 1 Tag: Dokumentationsqualität)

Dieser Indikator misst nicht die Letalitätsrate im Sinne der medizinischen Versorgungsqualität, sondern die Vollständigkeit der Dokumentation von Begleiterkrankungen. Diabetes mellitus und Niereninsuffizienz finden im Risikoadjustierungsmodell zur Letalität Verwendung. Die hohe Spannweite für die Angabe „unbekannter Wert“ für solche relevanten Einflussfaktoren hat die Bundesfachgruppe „Kardiologie“ veranlasst, hier besonderen Handlungsbedarf zu sehen, obwohl sich

die Werte für den Indikator trotz nicht definiertem Referenzbereich im Berichtsjahr deutlich positiv entwickelt haben (2007: 6,3%, 2009: 3,0%). Um sich hier Interventionsmöglichkeiten im Strukturierten Dialog zu erschließen, wurden vereinzelt landesweit Referenzbereiche festgelegt. Es ist anzunehmen, dass hierdurch zu der positiven Entwicklung der Ergebnisse beigetragen wurde.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
21n3-88909 Koronarangiographie / PCI	Flächendosisprodukt (Median (cGy*cm²) aller Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI))

Aktuell ist zu diesem Indikator kein Referenzbereich festgelegt, eine Kopplung an die diagnostischen Referenzbereiche des Bundesamtes für Strahlenschutz wird diskutiert. Wegen teilweise hoher Werte auch in Krankenhäusern mit hoher Fallzahl sieht die Bundesfachgruppe „Kardiologie“ besonderen Handlungsbedarf.

Von Landesebene werden hauptsächlich 2 Gründe für rechnerische Abweichungen angegeben: zum einen die unbefriedigende Situation der Erfassung von Verbringungsleistungen und zum anderen die Tatsache, dass der Datensatz für das Erfassungsjahr 2008 zur Berechnung des FDP modifiziert/ergänzt wurde, wodurch Erfassungsfehler in höherem Maße aufgetreten sein können.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
21n3-88913 Koronarangiographie / PCI	Flächendosisprodukt (Median (cGy*cm²) aller Einzeitig-PCI)

Von der Bundesfachgruppe „Kardiologie“ wurde der Referenzbereich auf ≤ 9201 cGy*cm² (dies entspricht der 95%-Perzentile der Bundesauswertung 2009) festgelegt. Für den Indikator wurde ein besonderer Handlungsbedarf festgestellt, weil sich der Median im Verlauf negativ nach oben (2008: 4785 cGy*cm², 2009: 5100 cGy*cm²) entwickelt hat. Der Bundesmedian liegt allerdings weiterhin deutlich im als rechnerisch unauffällig bewerteten Bereich.

Abweichende Werte waren durch die Art des Zugangsweges oder die Komplexität der dargestellten Läsionen verursacht, teilweise auch durch Übertragungsfehler bei der Erfassung. Hier gibt es Verbesserungspotentiale, auf die die Krankenhäuser im Strukturierten Dialog und im Rahmen kollegialer Gespräche hingewiesen wurden.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
21n3-88914 Koronarangiographie / PCI	Flächendosisprodukt (Flächendosisprodukt nicht bekannt)

Von der Bundesfachgruppe „Kardiologie“ wurde der Referenzbereich auf $\leq 16,9$ % (dies entspricht der 90%-Perzentile der Bundesauswertung) festgelegt. Trotz deutlicher Verbesserung der Dokumentationsrate im Vergleich zum Vorjahr (2008: 7,2%, 2009: 3,5%) sieht die Bundesfachgruppe bei einer Spannweite von 0 bis 100% besonderen Handlungsbedarf.

Auffällige Ergebnisse betreffen meist Krankenhäuser, die die Prozedur nicht selbst durchführen (Verbringer). Diese Häuser haben eine Dokumentationsverpflichtung im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung, die durch die Maßnahmen im Rahmen des Strukturierten Dialogs bei Auffälligkeiten nochmals eingefordert wird. Die Dokumentationsverpflichtung im Rahmen der Strahlenschutzbestimmungen liegt hingegen bei der durchführenden Einrichtung und wird von den für den Strahlenschutz zuständigen Kontrollinstanzen gesondert überwacht.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
21n3-93529 Koronarangiographie / PCI	Flächendosisprodukt (Anteil Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) >6000 cGy*cm²)

Diese Kennzahl wurde 2009 erstmals berechnet. Der Referenzbereich entspricht in 2009 mit $\leq 29,9$ % der 95%-Perzentile der Bundesauswertung. Besonderer Handlungsbedarf wird auf Grund der Anzahl von Koronarangiographien, die diesen Schwellenwert überschreiten, gesehen. Als Begründung für rechnerische Auffälligkeiten führten die betroffenen Krankenhäuser eine komplexe Anatomie der Läsionen, besondere Zugangswege sowie Erfassungsfehler zum Teil auch durch fehlerhafte Geräteeinstellungen an. Maßnahmen zur Identifizierung und Umsetzung von Verbesserungsansätzen scheinen hier auch weiterhin sinnvoll.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
21n3-93530 Koronarangiographie / PCI	Flächendosisprodukt (Anteil PCI (ohne Einzeitig-PCI) >12000 cGy*cm²)

Auch diese Kennzahl wurde 2009 erstmals berechnet und mit einem Referenzbereich entsprechend der 95%-Perzentile der Bundesauswertung 2009 versehen ($\leq 26,3$ %). Wegen der großen Spannweite der Ergebnisse (2,4% bis 24,1%) und der großen Bedeutung des Strahlenschutzes wird auch hier besonderer Handlungsbedarf festgestellt. In auffälligen Krankenhäusern fanden auf Landesebene zum Teil aufwendige Ursachenanalysen und intensive Beratungsmaßnahmen statt, die zu technischen Verbesserungen bis zur Erneuerung von Geräten führten.

In einigen Fällen fanden sich nach Ansicht der Arbeitsgruppen auf Landesebene auch plausible Erklärungen für Einzelfälle, die im Rahmen von Kleinzahlphänomenen (die überwiegende Zahl der PCI wird einzeitig durchgeführt) zu rechnerischen Auffälligkeiten geführt hatten.

2. Qualitätsindikatoren mit Abweichungen der Landesergebnisse vom Bundesreferenzbereich

Leistungsbereiche	Modul-Kennzahl alt - (neu)	Bezeichnung: QI mit Abweichung vom Bundesreferenzbereich	Referenzbereich 2009	Ergebnis 2009	Ergebnis 2007	Tendenz	Anzahl BL außerhalb Referenzbereich
Geburtshilfe	16n1-49523 (16n1-330)	Antenatale Kortikosteroidtherapie (bei Geburten mit 24 bis 33 SSW, ohne Totgeburten, präpartaler stationärer Aufenthalt mindestens zwei Kalendertage)	> = 95%	92,6%	89,6%		10
Mammachirurgie	18n1-84781 (18n1-11989)	Anzahl Lymphknoten (Entfernung von mindestens 10 Lymphknoten)	> = 95%	93,4%	84,9%		11
Ambulant erworbene Pneumonie	PNEU-68123 (PNEU-2005)	Erste Blutgasanalyse / Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	> = 95%	93,3%	84,1%		10
Ambulant erworbene Pneumonie	PNEU-68914 (PNEU-2028)	Vollständige Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung	> = 95%	81,5%	64,4%	**	14
Ambulant erworbene Pneumonie	PNEU-68923 (PNEU-2018)	Überprüfung Diagnostik/Therapie (Pat. mit Risikoklasse 2 nach CRB-65-Score, ohne Abfall des CRP / PCT-Wertes innerhalb der ersten 5 Tage)	> = 95%	93,8%	72,3%	*	9

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

Die Entscheidung über Signifikanz wird getroffen anhand des Ergebnisses plus 95%-Konfidenzgrenzen. Wenn sich die Bereiche aus beiden Jahren nicht überlappen, dann liegt eine signifikante Veränderung vor.

Ob sich ein Ergebnis verbessert oder verschlechtert hat, entscheidet sich durch Interpretation der Veränderung in Bezug zum geforderten Referenzwert.

Tab. 2: Ausgewählte Indikatoren mit überdurchschnittlich häufiger Abweichung der Landeswerte vom Bundesreferenzwert

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
16n1-49523 Geburtshilfe	Antenatale Kortikosteroidtherapie

Insgesamt lagen 10 Bundesländer außerhalb des Referenzbereichs von $\geq 95\%$. Weitgehend werden insgesamt Verbesserungen im Landesmittel für diesen Indikator festgestellt. Aus den geführten Dialogen mit betroffenen Abteilungen ergibt sich, dass mitunter übersehen wurde, die erfolgte Lungenreifebehandlung korrekt zu dokumentieren.

Erschwerend kommt allerdings ein offenbar weit verbreitetes und auch mehrjährig bekanntes Problem in der Dialogführung einiger Erfassungssysteme hinzu. Ursächlich sind jene Konstellationen, in denen zum Zeitpunkt der Aufnahme der Schwangeren in das Krankenhaus keine Lungenreifebehandlung erfolgt ist und dies so in den QS-Datensatz eingetragen wird. Wird nachfolgend aber im eigenen Haus eine solche antenatale Kortikosteroidtherapie durchgeführt, so wird versäumt, eine entsprechende Aktualisierung im Datensatz vorzunehmen. Ähnliches gilt im Übrigen auch für die Präsenz eines Pädiaters bei Frühgeburt. Auch hier existieren offenbar noch Erfassungssysteme, die ein späteres Eintreffen des Pädiaters nicht korrekt dokumentieren lassen.

Daneben deckte der strukturierte Dialog einen systematischen Softwarefehler einiger Hersteller auf, der zu einer Fehlberechnung der Tragzeit führte. Dadurch wurden fälschlicherweise Reifgeborene als Frühgeburten definiert.

In der Konsequenz kann dies dazu führen, dass solche Einrichtungen mitunter fälschlicherweise als rechnerisch auffällig identifiziert wurden. Eine Verpflichtung zur Veröffentlichung solcher Indikatoren im Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2010 wird kritisch gesehen.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
18n1-84781 Mammachirurgie	Anzahl Lymphknoten

Insgesamt lagen 11 Bundesländer ausserhalb des Referenzbereichs. Von der Bundesfachgruppe „Mammachirurgie“ wurde der Referenzbereich erneut auf $\geq 95\%$ festgelegt. Auch der Bundeswert konnte zwar auf 93,4 % gesteigert werden, liegt aber weiterhin unterhalb des empfohlenen Bereichs.

Die Analyse ergab, dass die rechnerischen Auffälligkeiten bei der Mehrzahl der Einrichtungen, mit denen ein Strukturierter Dialog geführt wurde, keinen berechtigten Hinweis auf Prozessmängel gaben, sondern durch akzeptierbare individuelle Situationen (z. B. Ablehnung eines Zweiteingriffes durch Patientin, schwierige anatomische Verhältnisse, etc.) verursacht wurden. In geringerem Umfang wurden Erfassungsfehler angeführt.

In Einzelfällen mussten Einrichtungen als auffällig eingestuft werden, da bewusst, unter Anführung der aktuellen ASCO-Veröffentlichungen, von den Leitlinienempfehlungen abgewichen wurde. Sobald belastbare Zahlen vorliegen, die auch Eingang in die Leitlinie finden, muss die Wertigkeit dieses Indikators auf Bundesebene neu überdacht werden. Eine Landesgeschäftsstelle / Landesarbeitsgruppe regt bereits aktuell die Überarbeitung des Indikators an.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
PNEU-68123	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8h nach stationärer Aufnahme

Insgesamt wurde der Referenzbereich von $\geq 95\%$ von 10 Ländern noch nicht erreicht und damit liegt auch der Bundesdurchschnitt mit 93,3% unterhalb des Referenzbereichs; die Streuung der Ergebnisse ist allerdings merkbar geringer geworden. Insgesamt haben sich die Ergebnisse im Verlauf der letzten Jahre so deutlich verbessert, dass dieser Qualitätsindikator nicht mehr als Indikator mit besonderem Handlungsbedarf (C-Indikator) betrachtet wird.

Bei auffälligen Krankenhäusern ist im Strukturierten Dialog oft Fehldokumentation oder falsche Kodierung als Ursache der Auffälligkeit zu erkennen. Defizite in der medizinischen Versorgungsqualität konnten nur in begrenzten Fällen eruiert werden; hier kam es teilweise auch zu medizinischem Dissens mit den behandelnden Kollegen hinsichtlich der Wertigkeit des Indikators und des Referenzbereichs.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass mittlerweile flächendeckend das notwendige Problembewusstsein geschaffen werden konnte, um eine leitliniengerechte Versorgung zu gewährleisten. In vielen Krankenhäusern sind nach dem Strukturierten Dialog Behandlungspfade implementiert worden, um eine Verbesserung von Diagnostik und Therapie zu erreichen.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
PNEU-68914	Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien

Insgesamt lagen 14 Bundesländer ausserhalb des Referenzbereichs. Dieser Indikator weist weiterhin die größte Abweichung vom Referenzbereich auf: trotz intensiviertem Strukturierten Dialog in allen Bundesländern haben sich die Ergebnisse zwar verbessert, liegen im Bundesdurchschnitt mit 81,5% aber immer noch deutlich unter dem angestrebten Referenzbereich von $\geq 95\%$.

Zwei klinische Stabilitätskriterien mit einer geringen Bestimmungsrate fallen besonders auf:
 1. Atemfrequenz vor Entlassung, 2. Sauerstoffsättigung vor Entlassung. Vielfach ist anscheinend auch nicht bekannt, dass die Kriterien nicht unbedingt am Entlassungstag sondern im Verlauf der Behandlung und vor Entlassung erhoben werden sollen.

Die Tatsache, dass seit 2008 generell solche Fälle nicht mehr mit einbezogen werden, bei denen die Antibiotikatherapie im Einvernehmen mit dem Patienten oder seiner Angehörigen im Verlaufe des Aufenthaltes aufgrund einer infausten Prognose der Grunderkrankung eingestellt wurde, wirkt sich nur unwesentlich auf den Ergebniswert aus.

Der Indikator wird in vielen Krankenhäusern und auch in etlichen Fachausschüssen kritisch gesehen; es ist zu wünschen, dass die Vorgaben in der Leitlinie bezüglich der Verlaufskontrolle der Stabilitätskriterien präziser formuliert werden. Die Messung dieser Parameter bei Patienten ohne klinisch relevante Symptomatik und bei fehlender therapeutischer Konsequenz wird oft als überflüssig erachtet und mindert insgesamt die Akzeptanz.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
PNEU-69923	<p align="center">Überprüfung Diagnostik/Therapie</p> (Pat. mit Risikoklasse 2 nach CRB-65-Score, ohne Abfall des CRP / PCT-Wertes innerhalb der ersten 5 Tage)

Insgesamt lagen 9 Bundesländer außerhalb des Referenzbereichs. Bei nur noch leichter Abweichung um 1,2 Prozentpunkte vom Bundesreferenzbereich ist im Vergleich der Ergebnisse des Jahres 2007 zu 2009 ein deutlicher Sprung von rund 20 Prozentpunkten in den Ergebniswerten festzustellen (von 72,3% in 2007 auf 93,8% in 2009). Es muss dabei berücksichtigt werden, dass die Definition des Qualitätsindikators sich seit 2008 geändert hat: wurde vorher nach einer Anpassung von Diagnostik und Therapie gefragt, muss jetzt nur die Überprüfung bei Nichtabfall des CRP/PCT-Wertes angegeben werden. Somit ist ein direkter Vergleich der Ergebnisse nicht möglich.

Ergebnisse aus den Strukturierten Dialogen zeigen überwiegend Defizite in der Dokumentation auf in dem Sinne, dass bei (begründeter) Weiterführung der Therapie auf einen Eintrag in der Krankenakte verzichtet wurde. Dies verstärkt die Frage nach der Aussagekraft und der Praktikabilität des Indikators, da das Ergebnis der „kritischen Überprüfung“ auch die Beibehaltung des bisherigen Vorgehens beinhalten kann. Somit ist insbesondere Validität, Praktikabilität und Nachvollziehbarkeit des Indikators anhand der Patientenakten zu bezweifeln.