

Bericht

über den Strukturierten Dialog und das Datenvalidierungsverfahren

gemäß § 15 Abs. 3 der Richtlinie
über Maßnahmen der Qualitätssicherung
in Krankenhäusern - QSKH-RL

Hessen 2010

Gliederung

	<u>Seite</u>
1. Zusammenfassung und Vorschläge	5
2. Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf aus Sicht der Bundesebene (C-Indikatoren)	11
3. Qualitätsindikatoren mit Abweichungen des Landesergebnisses vom Bundesreferenzbereich	17
4. Datenvalidierungsverfahren der Bundesebene	22
5. Landesspezifika	27
Leseanleitung	71

1. Zusammenfassung und Vorschläge

Vor 30 Jahren wurde mit der Hessischen Perinatalerhebung das erste Qualitätssicherungsverfahren im stationären Bereich flächendeckend umgesetzt. In den Anfangszeiten war es das primäre Ziel, alle Kliniken von einer Teilnahme an der damals freiwilligen Maßnahme zu überzeugen, den Transfer und die Plausibilität der Erfassungsbögen zu gewährleisten und auch die Jahresberichte zu generieren. Mittlerweile hat sich nicht nur die Trägerschaft der Hessischen Perinatalerhebung geändert, sondern es sind auch weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen dazugekommen, Qualitätsindikatoren und ein darauf basierendes Verfahren zum Umgang mit auffälligen Kliniken (der sog. Strukturierte Dialog) wurden entwickelt.

Wie die folgenden Seiten zeigen, lassen sich mittlerweile in allen von der Geschäftsstelle Qualitätssicherung (GQH) betreuten Qualitätssicherungsverfahren positive Entwicklungen, die auch zu einem hohen Anteil Folge der Strukturierten Dialoge sind, aufzeigen. Im letzten Jahr wurde erstmals ein Krankenhaus, bei welchem trotz diverser Nachfragen, kollegialer Gespräche und einer Begehung keine wesentliche Besserung der Ergebnisse zu erkennen war, dem Lenkungsausschuss (Aufsichtsgremium der GQH) namentlich benannt. Die Konsequenzen daraus waren ein Gespräch von Repräsentanten des Lenkungsausschusses mit der Geschäftsführung sowie der ärztlichen Leitung, die Abstimmung eines Maßnahmenkataloges, eine Benachrichtigung des Hessischen Sozialministeriums zu dem Fall sowie die Offenlegung der Klinik gegenüber der Selbstverwaltung in Hessen. Dies zeigt auch, dass die externe Qualitätssicherung kein stumpfes Schwert sein muss, und dass, wenn auch selten, ernst zu nehmende Konsequenzen auf Krankenhäuser zukommen können (und auch sollten), wenn sie sich dauerhaft den Qualitätsstandards widersetzen. Ziel des Verfahrens und der Arbeit der Geschäftsstelle ist es, in den Krankenhäusern eine selbstkritische Beschäftigung mit den internen Qualitätsdefiziten und die Einleitung entsprechender Maßnahmen anzustoßen, bevor es zu härteren Sanktionen kommt.

Auch in diesem Jahr steht für die Krankenhäuser die Erstellung eines Strukturierten Qualitätsberichtes an. Wie in den Vorjahren sollen wieder Ergebnisse aus der Qualitätssicherung dargestellt werden. Bei einer durch Versichertengelder finanzierten Maßnahme ist es nachvollziehbar, wenn die Bevölkerung auch über die Qualität in den Kliniken informiert werden möchte. Jedoch stellt sich die Frage, welche Daten aus der Qualitätssicherung im Qualitätsbericht veröffentlicht werden sollen. Welche Ergebnisse eignen sich überhaupt, die Qualität einer Klinik darzustellen? Gewährleistet eine ausreichende Risikoadjustierung, dass das Ergebnis einer Klinik vergleichbar dargestellt wird? Reicht die Bewertung aus dem Strukturierten Dialog (falls sie überhaupt in dem jeweiligen Internetportal mit veröffentlicht wird) aus, um ein auffälliges Ergebnis ggf. zu relativieren? Fragen, die vor einer allzu schnellen und unkritischen Ausweitung der veröffentlichungspflichtigen Qualitätsindikatoren bedacht werden sollten. Auch vor dem Hintergrund, dass eine unbedachte Offenheit statt zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität die Kliniken zu Rosinenpickerei verleiten könnte oder zu optimierten Daten (ohne tatsächlich verbesserte Qualität).

Es ist sehr zu begrüßen, dass die Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) dahingehend erweitert worden ist, dass nun auch die Datenvollständigkeit und (noch stringenter) die Datenvalidität zu überprüfen sind. So wird bereits für das Erfassungsjahr 2010 bei jeder Klinik, die in einem Leistungsbereich eine Dokumentationsrate von unter 95 % aufweist, ein Strukturierter Dialog durchgeführt; ebenso soll die Überdokumentation (> 110 %) hinterfragt werden. Im Rahmen der Datenvalidierung werden die Daten ab diesem Jahr in nahezu allen Leistungsbereichen auf „auffällig unauffällige“, unplausible oder nicht zu erwartenden Ergebnisse hin überprüft und Dialoge mit den auffälligen Kliniken geführt. Gerade bei dem zunehmenden Wunsch nach Transparenz aber auch bei Verwendung der Ergebnisse im Rahmen neuer Finanzierungsmodelle (Stichwort: Pay for Performance) ist diese Weiterentwicklung im Verfahren notwendig.

Vorschläge der Fachausschüsse für die Bundesebene

I. Vorschläge aus Strukturierem Bericht 2009 mit Resultat / Ergebnis

Leistungsbereich/Kennzahl	Vorschläge bzw. Anregungen
<p>Herzschrillmacher-Revision/- Explantation</p> <p>09n3-HSM-REV/26065</p>	<p>Revision auf Grund von Sondenproblemen</p> <p>Bereits im Erfassungsjahr 2010 wurde das Instrument hinsichtlich der Differenzierung nach Früh- oder Spätdislokationen erweitert. Eine Anpassung des entsprechenden Indikators bezüglich dieser Zusatzinformation ist noch nicht erfolgt. Eine Lösung für die Unschärfe, die durch die Definition der Grundgesamtheit entsteht, wurde bisher noch nicht diskutiert.</p>
<p>Karotis-Rekonstruktion</p> <p>10n2-KAROT</p>	<p>Operationsbedingte Nachblutungen</p> <p>Der Vorschlag der Landesfachgruppe Hessen, die operationspflichtigen Nachblutungen nach Karotis-Rekonstruktion wieder als Qualitätsindikator aufzunehmen, wurde von der Bundesfachgruppe abgelehnt. Als Begründung wurde die mangelnde Diskriminationsfähigkeit angegeben. In Hessen wird dieser Indikator weiterhin berechnet und bei auffälligen Kliniken auch ein Strukturierter Dialog durchgeführt.</p>
<p>Geburtshilfe</p> <p>16n1-GEBH</p>	<p>Mikroblutuntersuchung bei pathologischem CTG</p> <p>Der Bundesfachgruppe wurde erneut die Wiederaufnahme der Qualitätsindikatoren zur Mikroblutanalyse bei pathologischem CTG vorgeschlagen. Auf Grund unterschiedlicher Einschätzungen der Fachgruppenmitglieder bezüglich der Evidenz wurde einer Wiederaufnahme aktuell nicht zugestimmt. In Hessen werden diese Indikatoren auch in Zukunft abgebildet und auch im Rahmen des Strukturierten Dialoges hinterfragt.</p>
<p>Hüft-Endoprothesen- Erstimplantation</p> <p>17n2-HÜFT-TEP/44977, /44413</p>	<p>Postoperative Beweglichkeit mit Neutral-Null-Methode gemessen; postoperative Beweglichkeit mindestens 0/0/70:</p> <p>Die Bundesfachgruppe sieht keinen Handlungsbedarf, die Kriterien zu erweitern. Der Vorschlag sollte zukünftig im Bereich der Patientenbefragung angesiedelt, bzw. in einem sektorenübergreifenden Verfahren abgebildet werden.</p>
<p>Mammachirurgie</p> <p>18n1-MAMMA/85872</p>	<p>Prätherapeutische histologische Diagnostik</p> <p>Die Aufteilung des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnostik“ in tastbare und nicht-tastbare Tumoren wurde analog des hessischen Vorschlags auf Bundesebene umgesetzt, inklusive den Referenzbereichen von $\geq 90\%$ bzw. $\geq 70\%$</p>

Leistungsbereich/Kennzahl	Vorschläge bzw. Anregungen
<p>Mammachirurgie 18n1–MAMMA/84781</p>	<p>Anzahl Lymphknoten</p> <p>Die Bundesfachgruppe stimmt dem Fachausschuss Hessen zu, auch die pN0 Lymphknoten in die Berechnung des Nenners aufzunehmen, um genügend Sicherheit über die Nodalnegativität zu erreichen. Leider wurde dies nicht in die Qualitätsindikatoren-Datenbank der Bundesebene übernommen.</p>
<p>Mammachirurgie 18n1–MAMMA/46231</p>	<p>Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum</p> <p>Auf Bundesebene wurde der Qualitätsindikator, wie vom hessischen Fachausschuss vorgeschlagen, von einem Mediankennwert in einen ratenbasierten Indikator umgewandelt.</p>
<p>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention 21n3-KORO-PCI/66692, /69895, /88909, /88911, /88913, /88914, /44001, /44005, /44009</p>	<p>Flächendosisprodukt</p> <p>Die Indikatoren zum Flächendosisprodukt wurden bereits mit der Qualitätsindikatoren (QI)-Datenbank der Bundesebene für 2009 um zwei ratenbasierte Indikatoren erweitert. Wie bereits seit 2008 in Hessen umgesetzt, wurden als Grenzen die vom Bundesamt für Strahlenschutz definierten Referenzwerte verwendet (Koronarangiographie $\leq 6.000 \text{ cGy} \cdot \text{cm}^2$ bzw. PCI $\leq 12.000 \text{ cGy} \cdot \text{cm}^2$). Die Indikatoren zur Durchleuchtungszeit und zur Kontrastmittelmenge werden auf Bundesebene nach wie vor nur über den Median dargestellt. In Hessen wird auch hier das Konzept der ratenbasierten Darstellung verwendet.</p>
<p>Pneumonie PNEU/69923, /69925</p>	<p>Kritische Überprüfung der Therapie bei Patienten der Risikoklassen 2 und 3:</p> <p>Die Bundesfachgruppe erachtet, entgegen der Einschätzung des hessischen Fachausschusses, diese beiden Qualitätsindikatoren weiterhin als Prozessindikatoren für sinnvoll unter der Vorgabe, dass auch eine Weiterführung der bisherigen Therapie in der Patientenakte festgehalten werden muss.</p>
<p>Pneumonie PNEU/68914</p>	<p>Notwendigkeit der Erhebung des Indikators „Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien“:</p> <p>Die Bundesfachgruppe hält die Erfassung der Stabilitätskriterien, entgegen der Meinung des hessischen Fachausschusses, weiterhin für unerlässlich. Diese müssen nach Therapiebeginn und während des stationären Verlaufs, jedoch nicht notwendigerweise am Entlassungstag bestimmt und mindestens einmal als stabil erfüllt angesehen werden.</p> <p>Vorschlag: Vermerk im Erfassungsbogen „im Verlauf der Behandlung oder vor Entlassung“</p>

II. Vorschläge

Kennzahl	Vorschläge bzw. Anregungen
<p>Herzschrittmacher- Implantation 09n1-HSM-IMPL Aggregatwechsel 09n2-HSM-AGGW Revision/-Explantation 09n3-HSM-REV</p>	<p>Flächendosisprodukt</p> <p>Die GQH empfiehlt die Aufnahme des Flächendosisproduktes im Erhebungsinstrument. Die positiven Erfahrungen aus dem Leistungsbereich interventionelle Kardiologie sprechen für die Wiederaufnahme dieses Feldes bzw. eines entsprechenden Qualitätsindikators zur Strahlenbelastung.</p>
<p>Herzschrittmacher-Revision/- Explantation 09n3-HSM-REV</p>	<p>Indikation zur Revision - Sondenprobleme:</p> <p>Der hessische Fachausschuss empfiehlt die Berücksichtigung der Information zum zeitlichen Auftreten des Sondenproblems (seit 2010 im Instrument enthalten) im entsprechenden Qualitätsindikator.</p>
<p>Karotis-Rekonstruktion 10n2-KAROT</p>	<p>Implementierung der Karotis-PTA</p> <p>Der Hessische Fachausschuss möchte erneut auf die Notwendigkeit hinweisen, die PTA der Karotis als externe Qualitätssicherungsmaßnahme aufzunehmen. Letztendlich würde er einer Erweiterung des Moduls Karotis-Rekonstruktion (bzgl. einbezogener Fälle und ggf. PTA-spezifischer Felder im Instrument) gegenüber der Einführung eines neuen Leistungsbereiches bevorzugen.</p>
<p>Operative Gynäkologie 15n1-GYN/47637</p>	<p>Antibiotikaphylaxe bei Hysterektomie (HE)</p> <p>Die neuen Empfehlungen einer Expertenkommission der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie sehen folgende Indikationen für eine Antibiotikaphylaxe bei gynäkologischen Eingriffen vor:</p> <p><i>"...Eine Indikation besteht generell bei gynäkologischen Karzinomoperationen, bei vaginaler HE und bedingt in Abhängigkeit von vorliegenden Risikofaktoren auch bei abdominaler HE..."</i></p> <p>Der Fachausschuss Hessen hat dies der Bundesfachgruppe mitgeteilt, daraufhin stellte die Bundesfachgruppe eine Stratifizierung der Auswertung des Qualitätsindikators in totale und subtotale Hysterektomie in Aussicht.</p> <p>Allerdings wurde die Qualitätsindikatoren-Datenbank der Bundesebene nicht entsprechend verändert.</p>

Kennzahl	Vorschläge bzw. Anregungen
<p>Hüftgelenknahe Femurfraktur 17n1-Hueft-Frak/82914</p>	<p>Präoperative Verweildauer > 48 Stunden:</p> <p><u>Problem 1:</u> Bei Patienten, die im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes, z.B. auf der Inneren oder Geriatriischen Abteilung, stürzen, kann nicht das Aufnahmedatum in das Krankenhaus zur Berechnung der präoperativen Verweildauer herangezogen werden. Des Weiteren liegen nicht selten ältere Frakturen vor, die nicht sofort erkannt werden (erst später im CT/MRT oder bei unspezifischen Beschwerden).</p> <p>Lösungsvorschlag: Änderung des Erhebungsinstrumentes in „OP nach Diagnose innerhalb von“.</p> <p><u>Problem 2:</u> Der Anteil der medizinischen Gründe, warum ein Patient nicht bereits innerhalb von 48 Stunden operiert werden kann, nimmt ständig zu. Gründe sind zum einen die höher werdende Zahl der pflegebedürftigen und damit verbunden auch die Zahl an multimorbiden Patienten mit Notwendigkeit der Vorbehandlung, um auch ohne letales Risiko operiert werden zu können. Ebenso die Anzahl der Patienten, die auf Grund von Vorhofflimmern oder anderen Herz-/Gefäßerkrankungen orale Antikoagulantien nehmen müssen; eine risikoarme und bezahlbare Möglichkeit, für diese Patienten eine Operationsfähigkeit innerhalb von 48h zu gewährleisten, ist in der Regelversorgung nicht möglich.</p> <p>Lösungsvorschlag: Medizinische Gründe, die eine Operation innerhalb von 48 Stunden nicht zulassen, sollten direkt oder zumindest indirekt (z.B. über ASA) im Erhebungsinstrument berücksichtigt werden. Gegebenenfalls sollte in diesem Zusammenhang auch über eine Anpassung des Referenzbereiches nachgedacht werden.</p>
<p>Knie-TEP-Wechsel 17n7-Knie-Wech/47863</p>	<p>Indikation</p> <p>Hier vermutet der Fachausschuss noch Defizite im Erhebungsinstrument. So fehlen deren Ansicht nach die Felder „Arthrofibrose/Gelenkkontraktur“ sowie „Fehlstellung“ als Indikation für einen Knie-TEP-Wechsel. Er bittet um Aufnahme der Felder bzw. ggf. auch um Ergänzung der Ausfüllhinweise, wie die Kliniken in diesen Fällen verfahren sollen.</p> <p>Antwort der Bundesfachgruppe:</p> <p>Die Bundesfachgruppe sieht keinen Handlungsbedarf die Datenfelder zu ergänzen, da für Funktionsbeeinträchtigungen, wie Streck- und Beuge-defizite, Probleme im Zusammenhang mit der Patella oder Instabilitäten eine Vielzahl von Ursachen in Frage kommen.</p>
<p>Mammachirurgie 18n1-Mamma/84781</p>	<p>Anzahl Lymphknoten</p> <p>Trotz Meinung der Bundesfachgruppe, die sich dem Fachausschuss Hessen angeschlossen hatte, wurden die Fälle mit negativem Lymphknoten nicht in die Berechnung des Nenners aufgenommen. Daher plädieren wir nochmals für eine entsprechende Änderung der Qualitätsindikatoren-Datenbank der Bundesebene.</p>

Kennzahl	Vorschläge bzw. Anregungen
<p>Dekubitusprophylaxe</p> <p>DEK</p>	<p>Altersverteilung</p> <p>Problem des laufenden Verfahrens sind die „Null-Meldungen“, d.h. eine durch das Auslösekriterium (Alter > 74 Jahre) bedingte QS-Pflicht für über 1.000.000 Mio. Patienten ohne Konsequenz für die Qualitätssicherung. Andererseits treten hochgradige Druckgeschwüre häufig auch bei Patienten unter 75 Jahren auf. Diese werden in der QS-Dokumentation nicht erfasst und sind eine mögliche Erklärung für die Diskrepanz zwischen QS-Dokumentation und der in der Literatur angegebenen Inzidenz. Daher wird eine über ICD-Code (L89) gesteuerte Auslösung des QS-Filters diskutiert.</p>
<p>Dekubitusprophylaxe</p> <p>DEK/11742, /11733</p>	<p>Risikoadjustierung</p> <p>Die Notwendigkeit einer Risikoadjustierung für das Verfahren Dekubitusprophylaxe wird derzeit kontrovers diskutiert. Für die Modifizierung/Weiterentwicklung der Risikoadjustierung spricht, dass es methodisch problematische Anteile am Risikomodell gibt (z.B. Intensivbehandlung als Prozessvariable) und möglicherweise eine Unvollständigkeit des Modells vorliegt (z.B. Geschlecht als Variable fehlt).</p> <p>Hier sollte der aktualisierte Expertenstandard als Grundlage für die Weiterentwicklung des Risikoadjustierungsmodells berücksichtigt werden. Der Standard enthält den aktuellen Wissensstand zum Thema und erhöht die Akzeptanz bei der Berufsgruppe der Pflegenden.</p>

2. 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(Kernzahl) alt - (neu)	Bezeichnung: C-Indikatoren	Referenzbereich 2009	Ergebnis		Tendenz	Kommentierung
				2009	2007		
Schrittmacher-Revision	09n3-26065 (09n3-694)	Indikation zur Revision - Sondenprobleme	≤ 6%	7,7%	7,2%		s. Seite 13
	12n1-64980 (12n1-220)	Eingriffsspezifische Komplikationen (OKklusion oder Durchtrennung des DHC)	Sentinel Event	11 v. 12.304	10 v. 11.946	hier nicht anwendbar	s. Seite 13
Operative Gynäkologie	15n1-66595 (15n1-10211)	Indikation bei Ovariektomie (Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder histologischer Normalbefund als führender histologischer Befund)	≤ 20%	18,1%	20,9%		s. Seite 13
	16n1-82913 (16n1-1056)	EE-Zeit bei Notfallkaiserschnitt > 20 Minuten	Sentinel Event	16 v. 527	15 v. 558	hier nicht anwendbar	s. Seite 14
Hüftgelenknahe Femurfraktur	17n1-82914 (17n1-2266)	Präoperative Verweildauer (> 48 Stunden)	≤ 15%	9,6%	12,5%		s. Seite 14
	17n2-44413 (17n2-1082)	Postoperative Beweglichkeit (dokumentiert)	≥ 95%	95,0%	82,4%		s. Seite 14
Hüft-TEP-Erstimplantation	17n2-68817 (17n2-2223)	Indikation	≥ 90%	91,3%	78,1%		s. Seite 15
	17n3-46134 (17n3-463)	Implantatfehllage, Implantatdislokation oder Fraktur	≤ 2%	2,3%	2,8%		s. Seite 15
Hüft-TEP-Wechsel	17n5-44534 (17n5-276)	Indikation	≥ 90%	94,7%	84,9%		s. Seite 15
	17n5-65532 (17n5-2218)	Postoperative Beweglichkeit von 0/0/90	≥ 80%	88,50%	78,3%		-
Knie-TEP-Erstimplantation	17n5-72761 (17n5-10953)	Postoperative Beweglichkeit (dokumentiert)	≥ 80%	97,6%	78,3%		s. Seite 15
	18n1-46231 (18n1-2096)	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum	≥ 7 Tage bis ≤ 21 Tage	11 Tage	11 Tage	hier nicht anwendbar	-
Mammachirurgie	18n1-85888 (18n1-2167)	Indikation zur brusterhaltenden Therapie	≥ 67,9% bis ≤ 95,2%	85,3%	76,5% **	hier nicht anwendbar	s. Seite 16
	18n1-85893 (18n1-11992)	Meldung an Krebsregister	≥ 95%	98,2%	79,1% **		s. Seite 16
Koronarangiographie und PCI	21n3-69882 (21n3-2061)	Indikation zur Koronarangiographie - Therapieempfehlung	≥ 21%	42,1%	44,8%		s. Seite 16
	21n3-82078 (21n3-2311)	In-House-Letalität - Dokumentationsqualität (unvollständige Angaben zu Diabetes mellitus oder Niereninsuffizienz)	nicht definiert	2,4%	6,60%		Ohne Referenzbereich, Strukturierter Dialog nicht
Koronarangiographie und PCI	21n3-88909 (21n3-12770)	Flächen-dosisprodukt (Median (cGy*cm ²) aller Koronarangiographien - ohne Einzelzeit-PCI)	nicht definiert	1.700	*	hier nicht anwendbar	s. Seite 16
	21n3-88913 (21n3-12772)	Flächen-dosisprodukt (Median (cGy*cm ²) aller Einzelzeit-PCI)	≤ 9.201,0 cGy*cm ²	3.700	*	hier nicht anwendbar	s. Seite 16
Koronarangiographie und PCI	21n3-88914 (21n3-12773)	Flächen-dosisprodukt (Flächen-dosisprodukt nicht bekannt)	≤ 16,9%	1,2%	*	hier nicht anwendbar	s. Seite 16
	21n3-93529 (21n3-12774)	Flächen-dosisprodukt (Alle Koronarangiographien - ohne Einzelzeit-PCI - mit Flächen-dosisprodukt > 6.000 cGy*cm ²)	≤ 29,9%	8,0%	*	hier nicht anwendbar	s. Seite 16
Koronarangiographie und PCI	21n3-93530 (21n3-12775)	Flächen-dosisprodukt (Alle PCI - ohne Einzelzeit-PCI - mit Flächen-dosisprodukt > 12.000 cGy*cm ²)	≤ 26,3%	2,4%	*	hier nicht anwendbar	-

Legende	
	Ergebnis liegt innerhalb der Referenzbereiche
	signifikant verbessert
	nicht signifikant verändert
	signifikant verschlechtert

* Indikator in dieser Form im Jahr 2007 nicht ausgewertet

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

Modul – Kennzahl	Bezeichnung
09n3-26065 Herzschrittmacher-Revision/-Explantation	Indikation zur Revision - Sondenprobleme
<p>Trotz der bekannten methodischen Mängel (siehe S. 6) wurde auch im letzten Jahr wieder ein Schwerpunkt auf diesen Indikator gelegt. Erstmals wurde bei signifikant auffälligen Häusern der von der Bundesfachgruppe verabschiedete Fragebogen eingesetzt. Die Fragebögen waren einerseits hilfreich für die Aufarbeitung der Fälle im Rahmen des internen Qualitätsmanagements (Selbsteinschätzung der Problemursache), andererseits aber auch zur Beurteilung der Qualität der Klinik durch die Fachgruppe. Somit erleichterten die Zusatzinformationen auch die Bewertungen der auffälligen Kliniken. Die Hälfte der angeschriebenen Kliniken wurde im Rahmen des Strukturierten Dialoges als qualitativ auffällig bewertet.</p>	

Modul – Kennzahl	Bezeichnung
12n1-64980 Cholezystektomie	Eingriffsspezifische Komplikationen (Okklusion oder Durchtrennung des DHC)
<p>In Hessen stellte sich bei den Nachfragen zu den Sentinel Events zweierlei heraus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es gibt schicksalhafte Verläufe, die z.B. durch anatomische Besonderheiten bedingt sind und auch durch eine optimale Operationstechnik nicht vermieden werden können. 2. Andererseits haben aber auch Kliniken geantwortet, bei denen Mängel in der Operationstechnik vorlagen und die unsere Nachfrage z.T. auch zum Anlass nahmen, ihre Prozesse intern zu diskutieren: <p><u>Zitat aus dem Strukturierten Dialog</u></p> <p><i>„Die Patientin wurde postoperativ von uns umfassend über die eingetretene Komplikation und die dadurch notwendige Eingriffserweiterung informiert. Die Komplikation wurde im Rahmen unserer Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechung ausführlich diskutiert. Wir haben dies zum Anlass genommen, die Literatur zum Thema Choledochus-Durchtrennung bei laparoskopischen Cholezystektomien durchzusehen. In Zukunft werden wir bei den laparoskopischen Cholezystektomien routinemäßig intraoperativ cholangiographieren, da dies nach einigen Studien zu einer deutlichen Absenkung der diesbezüglichen Komplikationsrate führt...“</i></p>	

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

<p>In Hessen wird seit 2008 der Referenzwert erreicht. Im Datenjahr 2009 wurde ein von diesem Indikator abgeleitetes Auffälligkeitskriterium im bundesweiten Datenvalidierungsverfahren verwendet. Daher wurden im Strukturierten Dialog nur statistisch signifikant auffällige Kliniken angeschrieben, bei denen sich Dokumentationsprobleme – wie im Übrigen auch im Rahmen des Bundesverfahrens zur Datenvalidierung bei der Mehrzahl der Kliniken – zeigten. In den Vorjahren wurden daneben häufig auch Beschwerden der Patientinnen als Grund für den Eingriff genannt.</p>	
---	--

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

Die EE-Zeit bei Notsectio ist ein hervorragender Indikator zur Überprüfung der Struktur- und Prozessqualität einer geburtshilflichen Abteilung. Eingeschränkt wird jedoch die Aussage durch Unschärfen bei der Definition der Notsectio bzw. bei der Messung der EE-Zeit. Es wurden alle Fälle bei dem entsprechenden Indikator mit Dokumentationsfehlern begründet. Am häufigsten wurde die Notsectio im Nachhinein als „eilige Sectio“ gewertet. In Zukunft soll bei auffälligen Kliniken eine Validierung anhand weiterer Daten (z.B. Outcome des Neugeborenen, Verlegung...) oder Einsicht in Originalunterlagen erfolgen.

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

Die Rate der Patienten mit präoperativer Verweildauer > 48 Stunden sank in Hessen im Erhebungsjahr 2009 nur unwesentlich von 9,7% in 2008 auf 9,6%. Da dieser Indikator eine hohe Wertigkeit im Hinblick auf die Identifizierung von Krankenhäusern mit strukturellen Problemen besitzt, hat die Geschäftsstelle in Hessen im Rahmen des Strukturierten Dialoges verstärkt das Augenmerk auf solche Kliniken gerichtet. Auch das Sozialministerium ist auf diese Problematik aufmerksam geworden. Vermehrt wurden daher Einzelfalldarstellungen von Kliniken außerhalb des Referenzbereichs (> 15%) angefordert, kollegiale Gespräche und Begehungen durchgeführt.

Nachdem für das Erhebungsjahr 2008 die Abhängigkeit der Verweildauer vom Aufnahmewochentag schwerpunktmäßig betrachtet wurde, lag diesmal das Hauptaugenmerk der Fachgruppe auf den Gründen für die verlängerte Verweildauer. Wie schon im Vorjahr differiert die Betrachtung der Ergebnisse zwischen den medialen und peritrochantären Frakturen, da nachweislich der operative bzw. personelle Aufwand bei ersterer deutlich erhöht ist. Um einen genaueren landesweiten Überblick über die Ursachen für eine Verlängerung der präoperativen Verweildauer zu erhalten, wurden diese gemäß den Erläuterungen der Krankenhäuser tabellarisch aufbereitet und dem Fachausschuss vorgelegt.

Modul – Kennzahl	Bezeichnung
17n2- 44413 Hüft-TEP-Erstimplantation	Postoperative Beweglichkeit (Neutral-Null-Methode durchgeführt)

Der Fachausschuss ist wie bereits in den Vorjahren der Auffassung, dass der Indikator zur Beweglichkeitsmessung nach Hüft-TEP ungeeignet ist, die Behandlungsqualität im Krankenhaus darzustellen. Er sieht zur postoperativen Beurteilung vielmehr andere Kriterien, wie z.B.: Treppensteigen oder Sitzfähigkeit, als entscheidend an. Die Dokumentation der Beweglichkeitsmessung wird in Hessen zwar dargestellt, es findet jedoch kein Strukturierter Dialog statt.

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

Zwar ist der Indikator zur Indikationsstellung weiterhin derjenige, bei dem die meisten Abweichungen in den hessischen Kliniken zu verzeichnen sind, doch wurde erstmals im Erhebungsjahr 2009 im Hessendurchschnitt der Referenzbereich von $\geq 90\%$ erreicht (He: 91,3%); immerhin lag noch rund ein Viertel der Kliniken außerhalb des Referenzbereiches. Erstmals wurden bei signifikant und wiederholt auffälligen Häusern Röntgenbilder zur Beurteilung angefordert – dieses Medium wird in Zukunft verstärkt genutzt werden. Die häufige Angabe von Dokumentationsfehlern konnte verifiziert werden.

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

Nach Meinung des hessischen Fachausschusses ist der von Bundesebene gewählte Referenzbereich im Hinblick auf Studienergebnisse und Literaturquellen mit $\leq 2\%$ zu niedrig angesetzt. Die landesweite Rate in Hessen beträgt 2,3% entsprechend 33 Fällen. Überwiegend trat nur ein Fall pro Krankenhaus auf, lediglich bei drei Kliniken waren es zwei Fälle bei allerdings hoher Fallzahl. Kein Haus lag signifikant über dem Referenzbereich, so dass der Fachausschuss entschied, auf die Anforderung einer Stellungnahme zu verzichten, auch wenn der Indikator zur C-Gruppe mit besonderem Handlungsbedarf gehört.

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

Für das Erhebungsjahr 2009 beschloss der Fachausschuss, nicht nur die signifikant vom Referenzwert abweichenden Kliniken sondern alle unterhalb des Referenzbereichs liegenden Häuser anzuschreiben. Durchgängig kam es bei Anwendung des Kellgren & Lawrence Scores zu falschen Bewertungen sowie zu Fehlübertragungen, sofern die Indikationsstellung in angeschlossener Praxis und nicht in der Klinik selbst erfolgte. Von einigen Kliniken forderte der Fachausschuss die präoperativen Röntgenbilder zur Selbstbegutachtung an. Hier wird im Folgejahr besonders zu beachten sein, inwieweit die zugesagten Verbesserungen in den Abläufen und der Dokumentation realisiert wurden.

Modul – Kennzahl	Bezeichnung
17n5- 72761 Knie-TEP-Erstimplantation	Postoperative Beweglichkeit von mindestens 0/0/90

Die von der Bundesfachgruppe Orthopädie und Unfallchirurgie geforderte Ergebnisqualität mit vollständiger aktiver Streckung sowie aktiver Beugung bis 90 Grad zum Zeitpunkt der Entlassung wurde bei über 88% der Fälle erreicht. Daher wurden gemäß Beschluss des Fachausschusses lediglich diejenigen Kliniken um Stellungnahme gebeten, die auch im Vorjahr schon auffällig waren und jetzt wieder signifikante Abweichungen zeigten. Neben Dokumentationsfehlern waren häufig auch der klinische Zustand der Patienten sowie eine frühe Verlegung in den Rehabereich Grund für die noch nicht erreichte vollständige Streckung bzw. Beugung des Kniegelenks.

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

Der Referenzbereich für diesen Qualitätsindikator wurde in Hessen bereits für das Datenjahr 2008 auf einen Perzentilbereich (10%-Perzentile bis 90%-Perzentile) festgelegt, da es aufgrund der fehlenden Evidenzbasierung insbesondere um den oberen Referenzbereich immer wieder Diskussionen gegeben hatte. Im Datenjahr 2009 musste keine Klinik im Rahmen des Strukturierten Dialoges angeschrieben werden.

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

Das hessische Ergebnis hat sich in den letzten Jahren sukzessive verbessert, was darauf zurückzuführen ist, dass erst 2007 das Hessische Krebsregistergesetz für das ganze Bundesland gilt. 2009 wurde erstmals der Bundesreferenzbereich erreicht. Nur zwei Kliniken lagen unterhalb des Referenzbereiches. Beide gaben als Ursache EDV-Probleme an, die aber inzwischen behoben sind, wie die Halbjahresauswertungen 2010 zeigen.

Modul – Kennzahl	Bezeichnung
21n3-69882 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention	Indikation zur Koronarangiographie - Therapieempfehlung

Im Rahmen des Strukturierten Dialoges konnten bei diesem Indikator keine qualitativ auffälligen Krankenhäuser identifiziert werden. In Hessen wurden bei diesem Indikator auch die Ausreißer nach oben (Therapieempfehlung Intervention > 70 %) angeschrieben und um Stellungnahme gebeten.

Modul – Kennzahl	Bezeichnung
21n3-88913	Flächendosisprodukt (Median (cGy*cm ²) aller Einzeitig-PCI)
21n3-88914	Flächendosisprodukt (nicht bekannt)
21n3-83529 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention	Flächendosisprodukt (Alle Koronarangiographie (ohne Einzeitig-PCI) mit Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm ²)

Die Prozessindikatoren zum Flächendosisprodukt, zur Durchleuchtungszeit und zur applizierten Kontrastmittelmengemenge wurden wie bereits in den Vorjahren mit besonderer Aufmerksamkeit betrachtet. Auch weil die Erfahrung gezeigt hat, dass diese Qualitätsindikatoren sehr gut durch Optimierung interner Prozessabläufe beeinflussbar sind. Durch die Möglichkeit, anhand der vorliegenden Daten eine Risikoadjustierung durchzuführen, kann die Argumentationsgrundlage im Strukturierten Dialog weiter geschärft werden. Die Kliniken wurden somit in der Mehrzahl der Fälle, zum Teil auch nach kollegialen Gesprächen, als qualitativ auffällig auf Grund von Defiziten in Prozess- und Strukturmerkmalen bewertet. Die meisten auffälligen Häuser haben bereits mit erfolgreichen Maßnahmen zur Behebung des Problems begonnen (Halbjahreswerte 2010).

3. Qualitätsindikatoren mit Abweichungen des Landesergebnisses vom Bundesreferenzbereich

Leistungsbereiche	Modulkennzahl alt- (neu)	Bezeichnung: QI mit Abweichung vom Bundesreferenzbereich	Referenzbereich		Ergebnis		Tendenz	Kommentierung
			2009	2009	2009	2007		
Schrittmacher-Implantation	09n1-11267 (09n1-1100)	Letalität		Sentinel Event	74 v. 5.095	64 v. 4.724	hier nicht anwendbar	s. Seite 19
	09n2-11025 (09n2-1092)	Laufzeit des SM-Aggregats Einkammersysteme (AAI, VVI) < 4 Jahre		Sentinel Event	4 v. 339	13 v. 408	hier nicht anwendbar	s. Seite 19
Schrittmacher-Aggregat-Wechsel	09n2-11026 (09n2-1093)	Laufzeit des SM-Aggregats Zweikkammersysteme (VDD, DDD) < 4 Jahre		Sentinel Event	18 v. 790	11 v. 582	hier nicht anwendbar	s. Seite 19
	12n1-44932 (12n1-228)	Letalität bei Patienten mit ASA 1-3		Sentinel Event	48 v. 12.015	31 v. 11.716	hier nicht anwendbar	s. Seite 19
Cholezystektomie	16n1-70302 (16n1-1059)	Kritisches Outcome bei Reifgeborenen		Sentinel Event	7 v. 43.068	29 v. 44.687	hier nicht anwendbar	s. Seite 19
Geburtshilfe	16n1-50604 (16n1-331)	Mütterliche Todesfälle		Sentinel Event	3 v. 47.490	2 v. 49.605	hier nicht anwendbar	s. Seite 20
	17n2-45060 (17n2-4457)	Letalität		Sentinel Event	17 v. 10.876	21 v. 10.715	hier nicht anwendbar	s. Seite 20
Hüft-TEP-Erstimplantation	17n3-46185 (17n3-471)	Letalität		Sentinel Event	17 v. 1.457	11 v. 1.419	hier nicht anwendbar	s. Seite 20
Knie-TEP-Erstimplantation	17n5-45060 (17n5-472)	Letalität		Sentinel Event	12 v. 10.778	12 v. 10.317	hier nicht anwendbar	s. Seite 20
Knie-TEP-Wechsel	17n7-45060 (17n7-476)	Letalität		Sentinel Event	1 v. 778	1 v. 612	hier nicht anwendbar	s. Seite 20
	18n1-84781 (18n1-11989)	Anzahl Lymphknoten		Sentinel Event	94,7%	88,8%		s. Seite 20
Mammachirurgie	DEK-70310 (DEK-2118)	Neu aufgetretene Dekubitusulzera Grad 4		Sentinel Event	6 v. 77.270	4 v. 60.605	hier nicht anwendbar	s. Seite 20
Ambulant erworbene Pneumonie	PNEU-68914 (PNEU-2028)	Bestimmung der Stabilitätskriterien		Sentinel Event	86,1%	60,3%		s. Seite 21

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

Modul – Kennzahl	Bezeichnung
09n1-11267 Herzschrittmacher-Erstimplantation	Letalität
<p>Für das Jahr 2009 wurden die aufgefallenen Kliniken erstmals mit dem von der Bundesfachgruppe empfohlenen strukturierten Fragebogen zu den Todesfällen nach Schrittmachererstimplantation befragt. Bei Unplausibilitäten oder Fragen wurde der Arztbrief nachgefordert. Keinem Haus in Hessen konnte hierbei ein Qualitätsdefizit zugeordnet werden. Zwar konnte mit dem Fragebogen insgesamt der Aufwand des Strukturierten Dialoges verringert werden, jedoch auf Kosten von Informationen zu den Einzelfällen. Der Fachausschuss wird daher in Zukunft wieder für alle Fälle zumindest den Arztbrief anfordern.</p>	

Modul – Kennzahl	Bezeichnung
09n2-11025 09n2-11026 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats Einkammersysteme (AAI, VVI) < 4 Jahre (VDD, DDD) < 4 Jahre
<p>Wie bereits in den Vorjahren wird bei diesem Indikator ein strukturierter Fragebogen verwendet. Die Gründe des vorzeitigen Aggregatwechsels lagen fast ausschließlich an Fehlern oder am Versagen der Schrittmacherelektronik bzw. an Patientenfaktoren die von der Klinik nicht beeinflussbar waren (z.B. spezielle Patienten, Infektsituationen). Eine Aufarbeitung der Fälle über fünf Jahre ist geplant.</p>	

Modul – Kennzahl	Bezeichnung
12n1-44932 Cholezystektomie	Letalität bei Patienten mit ASA 1-3

Bei diesem Sentinel Event-Indikator war ein Anstieg der Zahl der Todesfälle seit 2007 (damals: 31 Todesfälle) auffällig. Hintergrund ist hier eine Änderung der Grundgesamtheit durch den Wechsel von DRG-Fällen auf vollstationäre Fälle. Dadurch werden auch schwere Fälle mit erfasst, bei denen die Cholezystektomie als Begleitprozedur durchgeführt wurde. Die 48 Todesfälle wurden alle im Strukturierten Dialog nachgefragt. Sämtliche vorgelegten Epikrisen und OP-Berichte wurden im Fachausschuss besprochen und zeigten fast durchweg schwere Einzelfälle, welche von den Kliniken im Verlauf nicht beeinflussbar waren. Nur wenige Kliniken wurden in diesem Indikator als qualitativ auffällig eingestuft.

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

Dieser Indikator genießt in Hessen schon seit Jahren einen hohen Stellenwert. Gerade bei einem risikoarmem Kollektiv (Reifgeborene) sollte jeder Fall mit schlechtem kindlichen Outcome auch kritisch hinterfragt werden. So wurden immerhin ein Viertel der Fälle vom Fachausschuss als qualitativ auffällig bewertet. Um eine suffiziente Bewertung durchführen zu können, greift der Fachausschuss immer häufiger neben den Epikrisen und Arztbriefen auch auf das Geburts-CTG zurück.

Modul – Kennzahl	Bezeichnung
16n1-50604 Geburtshilfe	Mütterliche Todesfälle

Wie bereits in den Vorjahren wird in Hessen jeder im Rahmen der Qualitätssicherung erfasste mütterliche Sterbefall vor Ort mit Einsicht in die Krankenakte untersucht und bewertet.

Modul – Kennzahl	Bezeichnung
17n2-45060 (Hüft-TEP-Erstimplantation) 17n3-45060 (Hüft-TEP-Wechsel) 17n5-45060 (Knie-TEP-Erstimplantation) 17n7-45060 (Knie-TEP-Wechsel)	Letalität

Wie im Vorjahr wurden nur Kliniken mit Todesfällen bei ASA 1 und 2 um eine Stellungnahme gebeten. In keinem Fall konnte der Klinik anhand der vorliegenden Unterlagen ein Qualitätsdefizit nachgewiesen werden: Entweder war die ASA-Klassifikation falsch dokumentiert oder es handelte sich um ein unabwendbares Geschehen, das im klinischen Zustand des Patienten begründet lag.

Modul – Kennzahl	Bezeichnung
18n1-46210 Mammachirurgie	Anzahl Lymphknoten

Die Berechnung dieses Qualitätsindikators hat sich mit dem Datenjahr 2008 verändert: seit 2008 gehen nur nodalpositive Tumoren in die Grundgesamtheit ein. Daher ist eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse 2007 bis 2009 nicht möglich. Bei Neuberechnung des Qualitätsindikators im Datenjahr 2007 analog der Rechenregeln 2008/2009 lässt sich allerdings eine Verbesserung des Ergebnisses von 92,6 % (neuberechnetes Ergebnis für 2007) auf 94,7 % feststellen. Damit ist der Bundesreferenzwert fast erreicht. Aufgrund der Beschränkung auf nodalpositive Tumoren, die der Fachausschuss für nicht zielführend hält, wurde der Strukturierte Dialog zu diesem Qualitätsindikator ausgesetzt. Gerade für nodalnegative Tumoren ist es wichtig, mindestens 10 Lymphknoten zu entnehmen, um genügende Sicherheit über die Nodalnegativität zu gewährleisten.

Modul – Kennzahl	Bezeichnung
DEK-70310 Pflege - Dekubitusprophylaxe	Neu aufgetretene Dekubitusulzera Grad 4

Dieser Indikator war der im Leistungsbereich Dekubitusprophylaxe am häufigsten nachgefragte in 2009; in den meisten Fällen handelte es sich nachweislich um Dokumentationsfehler mit Fehleinschätzung des Dekubitusstatus bei Aufnahme. Bei den wenigen kollegialen Gesprächen, die geführt wurden, konnten die Problembereiche identifiziert und Zielvereinbarungen getroffen werden.

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

Obwohl sich im aktuellen Jahr 2009 der Prozentsatz der bestimmten klinischen Stabilitätskriterien deutlich von 72 % auf 86 % verbessert hat, wird in vielen Krankenhäusern noch nicht der gewünschte Zielwert von ≥ 95 % erreicht. Insbesondere Häuser mit einer Fallzahl < 40 und > 134 Patienten fallen durch eine mangelhafte Erfassung auf. Dieser Indikator wies von allen Indikatoren den schlechtesten Wert auf und hier mussten auch die meisten Stellungnahmen angefordert werden.

Unabhängig davon haben sich die Mitglieder des Fachausschusses kritisch zur Aussagekraft dieses Indikators geäußert, obwohl hierzu eine S3-Leitlinie vorliegt.

4. Datenvalidierungsverfahren der Bundesebene

Für die Bewertung und transparente Darstellung von Ergebnissen der externen Qualitätssicherung sind vertrauenswürdige und belastbare Statistiken unerlässlich. Auf Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind die von den Krankenhäusern erhobenen Qualitätssicherungsdaten daher auf ihre Validität zu überprüfen. Das Datenvalidierungsverfahren wurde von der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) in Zusammenarbeit mit den Landesgeschäftsstellen entwickelt und in einer Pilotphase für den Leistungsbereich Hüft-Total-Endoprothese - u. a. auch in Hessen - erprobt.

Beginnend mit dem Jahr 2006 kam das Datenvalidierungsverfahren bundesweit zur Anwendung und ist mittlerweile auch in der QS-KH-Richtlinie verankert. Die Leistungsbereiche (maximal drei) wechseln jährlich und werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt.

Für die Datenvalidierung 2010 (Erhebungsjahr 2009) wurden folgende Bereiche ausgewählt:

- Ambulant erworbene Pneumonie
- Operative Gynäkologie

Das Datenvalidierungsverfahren setzt sich aus folgenden Elementen zusammen:

STATISTISCHE BASISPRÜFUNG

In der Basisprüfung werden die Qualitätssicherungsdaten zunächst anhand vorab definierter Kriterien überprüft. Diese Auffälligkeitskriterien werden ebenfalls durch den Unterausschuss „Qualitätssicherung“ bundeseinheitlich festgelegt und auf alle Daten liefernden Krankenhäuser angewendet. Kliniken mit auffälligen Ergebnissen werden in den Strukturierten Dialog einbezogen.

STICHPROBENVERFAHREN MIT DATENABGLEICH

Für das Stichprobenverfahren wird zentral auf Bundesebene für jedes Bundesland per Losverfahren eine Zufallsstichprobe ermittelt, die 5 % der teilnehmenden Krankenhäuser umfasst. Zu jedem gezogenen Krankenhaus werden aus dessen gelieferten Datensätzen - wiederum zufällig - 20 Fälle des betreffenden Erhebungsjahres ausgewählt. Auf Basis der medizinischen Dokumentation (z.B. anhand der Patientenakte) erfolgt in der Klinik eine Zweiterfassung ausgewählter Datenfelder, die anschließend mit den vom Krankenhaus übermittelten Qualitätssicherungsdaten abgeglichen werden.

Für die Datenvalidierung 2010 (Erhebungsjahr 2009) wurden im Rahmen des Stichprobenverfahrens für die Leistungsbereiche ‚Ambulant erworbene Pneumonie‘ und ‚Operative Gynäkologie‘ jeweils fünf Kliniken in Hessen visitiert. Mit Hilfe eines EDV-basierten Erfassungstools wurden die festgelegten Datenfelder nach Einsicht in die Patientenakte erfasst. Anschließend erfolgte direkt vor Ort ein Abgleich mit den zugehörigen Feldern des Qualitätssicherungsdatensatzes, so dass eine Bewertung der Dokumentationsqualität zeitnah möglich war. Abweichende Feldinhalte wurden besprochen und gemeinsam mit den für die Dokumentation verantwortlichen Mitarbeitern der Klinik analysiert.

AMBULANT ERWORBENE PNEUMONIE (ZUSAMMENFASSUNG)

Basisprüfung

Insgesamt wurden 19 Kliniken um schriftliche Stellungnahme gebeten, davon waren zwei Häuser bei zwei Kriterien auffällig. Am häufigsten wurden auffällige Werte bei den Indikatoren betreffend der spontanen Atemfrequenz bei Aufnahme sowie beim Indikator zu den Todesfällen in der Risikoklasse zwei oder drei gemessen. Insgesamt zwölf Kliniken bestätigten die „rechnerisch auffälligen“ Angaben als korrekt. Bei den übrigen sieben Häusern handelte es sich überwiegend um Übertragungsfehler bei Kriterien, bei denen Zahlenangaben erforderlich waren (Atemfrequenz, Blutdruckwerte). Hier wurden organisatorische Verbesserungen zugesagt.

Validierungsindikatoren

- 1) Auffällig häufig gleicher Wert bei „Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“
- 2) Auffällig häufige Angabe von ≥ 30 Atemzüge / min bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“
- 3) Häufig „unplausible“ Werte < 6 oder > 50 Atemzüge / min bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“
- 4) Auffällig häufige Angabe von ≤ 60 mmHg bei dem Risikokriterium „diastolischer Blutdruck bei Aufnahme“
- 5) Keine verstorbenen Patienten der Risikoklasse 2 oder 3
- 6) Häufig Angabe einer vorzeitigen Einstellung der Antibiotikatherapie wegen infauster Prognose der Grunderkrankung

Stichprobenverfahren

Es wurden fünf Kliniken im Rahmen des Stichprobenverfahrens besucht.

Folgende Datenfelder wurden in die Zweiterfassung einbezogen:

- Desorientierung bei Aufnahme / Entlassung
- Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme / Entlassung
- Blutdruck systolisch / diastolisch
- Maschinelle Beatmung bei Aufnahme / Entlassung
- Zeitpunkt der ersten BGA oder Pulsoxymetrie
- Initiale antimikrobielle Therapie
- Einstellung der antimikrobiellen Therapie
- Verlaufskontrolle des C-reaktiven Proteins/Procalcitonins innerhalb der ersten fünf Tage des Aufenthalts
- Abfall des C-reaktiven Proteins/Procalcitonins innerhalb der ersten fünf Tage des Aufenthalts
- Stabile Nahrungsaufnahme bei Entlassung
- Verstorben

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es bei zwei Kliniken gravierende Unstimmigkeiten gab, die sich auf die Abfragen nach antimikrobieller Therapie sowie Messung von Atemfrequenz und Sauerstoffsättigung focussierten. Bei den übrigen Häusern fanden sich neben der oft nicht eindeutigen Angabe zu Blutdruck

werten auch in den gleichen Datenfeldern gewisse Unstimmigkeiten bzw. Fehldokumentationen. Die Überprüfung des CRP-Procalcitonin-Wertes sowie die daraus zu ziehenden Konsequenzen waren in zwei Häusern Thema der Erörterung.

Sämtliche Ergebnisse wurden vor Ort und mit den zuständigen Mitarbeitern ausführlich besprochen und flossen in die getroffenen Zielvereinbarungen ein.

OPERATIVE GYNÄKOLOGIE (ZUSAMMENFASSUNG)

Basisprüfung

Insgesamt wurden 41 Auffälligkeiten in 34 Abteilungen nachgefragt. Davon traten 32 Auffälligkeiten in Auffälligkeitskriterium 1) und neun Auffälligkeiten in Auffälligkeitskriterium 2) auf.

Auffälligkeitskriterien

- 1) Alle Krankenhäuser mit mindestens einer Patientin ≥ 55 Jahre bei isoliertem Ovaryingriff mit vollständiger Entfernung des Ovars oder Adnexe und führendem histologischen Befund „Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste“
- 2) Keine Organverletzungen in Krankenhäusern mit mindestens 100 laparoskopischen Operationen

Bei Auffälligkeitskriterium 1) bestätigten nur vier der 32 angeschriebenen Abteilungen das Ergebnis, insgesamt 26-mal wurden Dokumentationsfehler eingeräumt. Bei zwei Abteilungen blieb die Antwort unklar, da nicht die genaue Histologie genannt wurde. Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich auch in diesen beiden Fällen nicht um Follikel- oder Corpus-luteum-Zysten handelte.

Dagegen bestätigten alle neun wegen Auffälligkeitskriterium 2) angeschriebenen Abteilungen das Ergebnis.

Stichprobenverfahren

Es wurden fünf Kliniken im Rahmen des Stichprobenverfahrens besucht.

Folgende Datenfelder wurden in die Zweiterfassung einbezogen:















- Voroperation im gleichen OP-Gebiet
- Medikamentöse Thromboseprophylaxe
- Perioperative Antibiotikaprophylaxe
- OPS-Codes
- Intraoperative Komplikationen (inkl. Art der Komplikation)
- Postoperative Komplikationen (inkl. Art der Komplikation)
- Postoperative Histologie (inkl. führender Befund)
- Entlassungsdiagnosen (ICD-10)

Bei der Überprüfung konnte festgestellt werden, dass sich Unter- und Überdokumentation nicht systematisch verteilen. So kann z.B. in den Feldern „Voroperation“ sowie „Postoperative Histologie“ von einer Tendenz zur Unterdokumentation gesprochen werden. Dabei wirkt sich eine Unterdokumentation in diesen beiden Fällen negativ für die Kliniken aus, da beide Items in Qualitätsindikatoren verwendet werden. Bei allen anderen Feldern kann von einer guten Übereinstimmungsrate gesprochen werden.

Bei keiner Klinik war eine Häufung von Fehldokumentationen zu erkennen.

5. Landesspezifika

<u>Inhaltsverzeichnis</u>	<u>Seite</u>
Übersicht	28
5.1 Geburtshilfe	30
5.2 Operative Gynäkologie	33
5.3 Mammachirurgie	36
5.4 Interventionelle Kardiologie	39
5.5 Herzschrittmacher	42
5.6 Karotis-Rekonstruktion	45
5.7 Cholezystektomie	47
5.8 Hüftgelenknahe Femurfraktur	50
5.9 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation / -wechsel	53
5.10 Hüft-Totalendoprothesen-Erstimplantation / -wechsel	56
5.11 Dekubitusprophylaxe	59
5.12 Ambulant erworbene Pneumonie	62
5.13 Schlaganfall-Akutbehandlung	65
5.14 Neonatologie	68

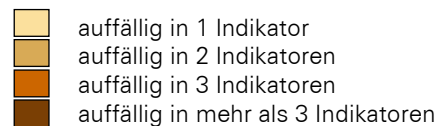
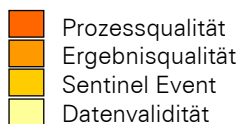
Übersicht		Teilnehmende Kliniken	Gesamtfallzahl	Fall-Range	Durchschnittliche Fallzahl
	Geburtshilfe	65	47.490	139 – 2.538	731
	Operative Gynäkologie	81	20.938	1 – 1.294	258
	Mammachirurgie	72	8.886	1 - 621	123
	Interventionelle Kardiologie	59	49.262	1 – 4.385	835
	Herzschrittmacher	72	5.095*	1 – 502*	71*
	Karotis-Rekonstruktion	35	2.084	3 – 161	60
	Cholezystektomie	87	12.308	1 – 314	141
	Hüftgelenknahe Femurfraktur	86	7.263	1 - 262	84
	Knie-Endoprothetik	78	10.790*	15 - 447*	138*
	Hüft-Endoprothetik	84	10.898*	1 - 574*	130*
	Dekubitusprophylaxe**	137	76.276	2 – 2.084	557
	Ambulant erworbene Pneumonie	98	15.898	1 - 511	163
	Schlaganfall-Akutbehandlung	90	24.185***	1 – 2.231***	269***
	Neonatologie	14	6.329	89 - 816	452

* bezogen auf Erstimplantationen
 ** bezogen auf den dokumentationspflichtigen Zeitraum (1. Quartal)
 *** bezogen auf Basisdatensätze

Gesamt	Analysierte Qualitätsindikatoren			Kliniken mit Dokurate <80% ¹	Gesamt	Angeschriebene Kliniken			Begehungen / Koll. Gespräche
	Verteilung					N auffälliger QI			
20	9	7	4	0	46	24	17	4	5
15	8	5	2	0	46	25	15	5	1 + 5 ²
16	15			1	21	11	5	1	4
19	11	8		5	23	10	7	5	1
39	16	20	3	1	57	20	13	6	18
9	2	7		1	5	3	1	1	1
17	4	10	2	1	40	27	10	3	0
21	7	14		2	42	31	9	2	6
25	5	18	2	2	35	22	11	1	0
28	5	19	4	1	34	22	7	5	0
8	6		2	7	9	5	4		1
23	11	5	7	6	48	30	12	4	2
16	14			6	23	11	7	1	4
8	3	5		keine Sollzahlen vorliegend	4	4			0

¹ab 20 Fällen im Soll

²im Rahmen des Stichprobenverfahrens der Datenvalidierung





5.1 Geburtshilfe

DATENEINGANG

Im Projekt Geburtshilfe wurden im Jahr 2009 insgesamt 47.490 Geburten im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentiert, 65 Abteilungen nahmen 2009 an der geburtshilflichen Versorgung in Hessen teil.

Die durchschnittliche Geburtenzahl lag pro Krankenhaus bei 731 Geburten (Fall-Range 139 - 2.538).

QUALITÄTSINDIKATOREN

Folgende Qualitätsindikatoren (QI) wurden im Rahmen der externen Qualitätssicherung ausgewertet:

Prozessindikatoren

- Mikrolutuntersuchung bei Einlingen (zwei Hessen-Indikatoren)
- Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburt
- Erst-Sectio bei reifen Einlingen aus Schädellage (Hessen-Indikator)
- Re-Sectio bei reifen Einlingen aus Schädellage (Hessen-Indikator)
- Bestimmung des Nabelarterien pH-Wertes
- Antenatale Kortikosteroidtherapie (drei Indikatoren)

Ergebnisindikatoren

- Azidoserate (pH < 7,0) bei reifen lebendgeborenen Einlingen
- Dammriss III/IV (drei Indikatoren)
- Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen (drei Indikatoren)

Sentinel Event-Indikatoren

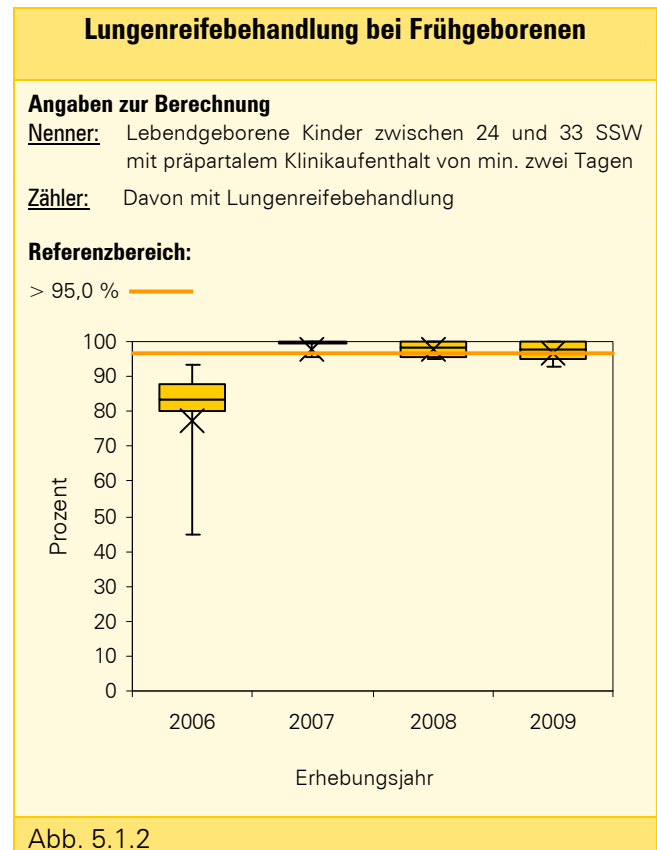
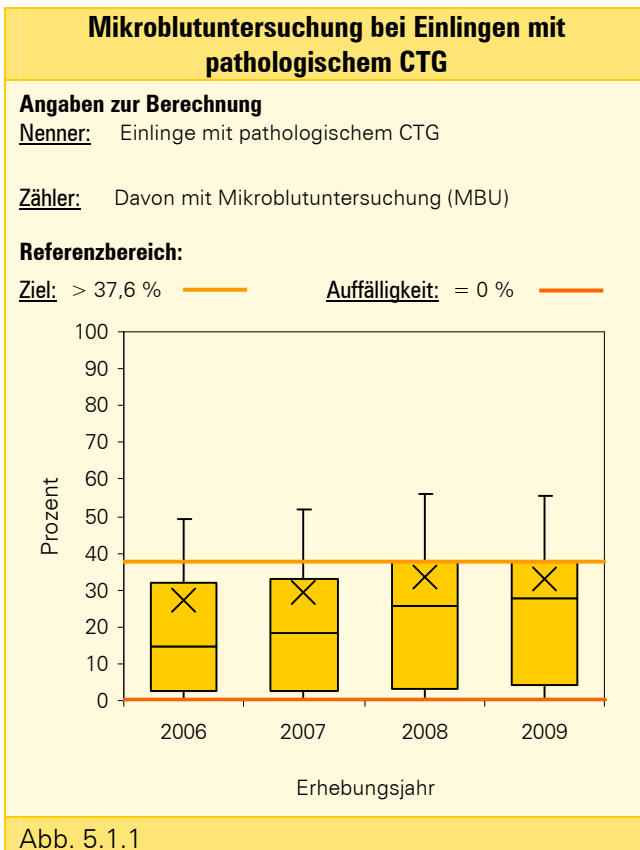
- Frühgeborene in geburtshilflichen Abteilungen ohne angeschlossene NICU (Hessen-Indikator)
- EE-Zeit bei Notsectio
- Kritisches Outcome bei reifen Lebendgeborenen
- Mütterliche Mortalität



STRUKTURIERTER DIALOG

Erneuter Schwerpunkt des Strukturierten Dialoges im Bereich der Geburtshilfe war die Regionalisierung von Risikogeburten über die Qualitätsindikatoren „Anwesenheit des Pädiaters bei Frühgeburt < 35 Wochen“ sowie „Frühgeburten (< 32 Wochen bzw. < 1.500 g) in geburtshilflicher Abteilung ohne angeschlossene NICU (Neonatal Intensive Care Unit)“. Hierzu wurde erstmals ein strukturierter Fragebogen verwendet, der die wichtigsten Informationen (z.B. Zeitraum zwischen Aufnahme und Geburt) erfasst und somit die Bewertung durch den Fachausschuss erleichtert. Ungefähr ein Viertel der Kliniken wurde vom Fachausschuss als qualitativ auffällig bewertet, da eine Verlegung der Mutter noch möglich gewesen wäre. Eine Klinik, die bereits über mehrere Jahre trotz kollegialer Gespräche auffällig in diesen Qualitätsindikatoren war, wurde dem Lenkungsausschuss namentlich benannt. Konsequenzen hieraus waren ein Gespräch mit der Geschäftsführung sowie der ärztlichen Leitung der geburtshilflichen Abteilung, ein daraus folgender Maßnahmenplan, eine Mitteilung an das Sozialministerium sowie die Bekanntgabe des Kliniknamens auch an die Vertragspartner der GQH. Bei einer zweiten bereits wiederholt auffälligen Klinik wurde zu diesem Thema ein kollegiales Gespräch mit Begehung durchgeführt. Die Klinik hat entsprechende Konsequenzen beim Umgang mit Risikogeburten angekündigt. Weitere kollegiale Gespräche wurden bei Kliniken mit hoher Kaiserschnitttrate (2) und hoher Dammrissrate (1) durchgeführt bzw. stehen 2011 an.

Beim Qualitätsindikator „kritisches Outcome bei Reifgeborenen“, bei welchem jeder Fall an Hand einer Epikrise beurteilt wird, greift der Fachausschuss immer häufiger auf weitere Unterlagen, wie z.B. das Geburts-CTG, zurück. Somit konnte in zwei Fällen auch ein Qualitätsdefizit in der Klinik identifiziert werden.





Ein leicht positiver Trend zeigt sich im Qualitätsindikator „Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG“ (siehe Abbildung 5.1.1). Dies lässt sich sicherlich auch auf den konsequenten Dialog der Geschäftsstelle mit Kliniken, welche dieses Untersuchungsverfahren generell nicht durchführen, erklären. Bei dem Indikator zur Lungenreifebehandlung, welcher in den vergangenen Jahren u. a. auch berichtspflichtig im Strukturierten Qualitätsbericht war, liegt der hessische Durchschnitt seit drei Jahren über dem geforderten Referenzbereich (siehe Abbildung 5.1.2). Abweichungen kommen hier fast ausschließlich durch Fehldokumentation zustande.



5.2 Operative Gynäkologie

DATENEINGANG

Im Jahr 2009 wurden aus 81 teilnehmenden Kliniken insgesamt 20.938 Datensätze an die GQH übermittelt (Fall-Range 1 - 1.294).

QUALITÄTSINDIKATOREN

Für die Bewertung der Daten wurden 2009 insgesamt 13 Qualitätsindikatoren herangezogen. Diese gliedern sich in fünf Ergebnis- und acht Prozessindikatoren auf:

Prozessindikatoren

- Indikation bei Ovaryingriffen
- Postoperative Histologie bei Ovaryingriffen
- Organerhaltung bei Ovaryingriffen
- Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Hysterektomie
- Medikamentöse Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie
- Indikation bei Hysterektomie
- Konisation (zwei Indikatoren)

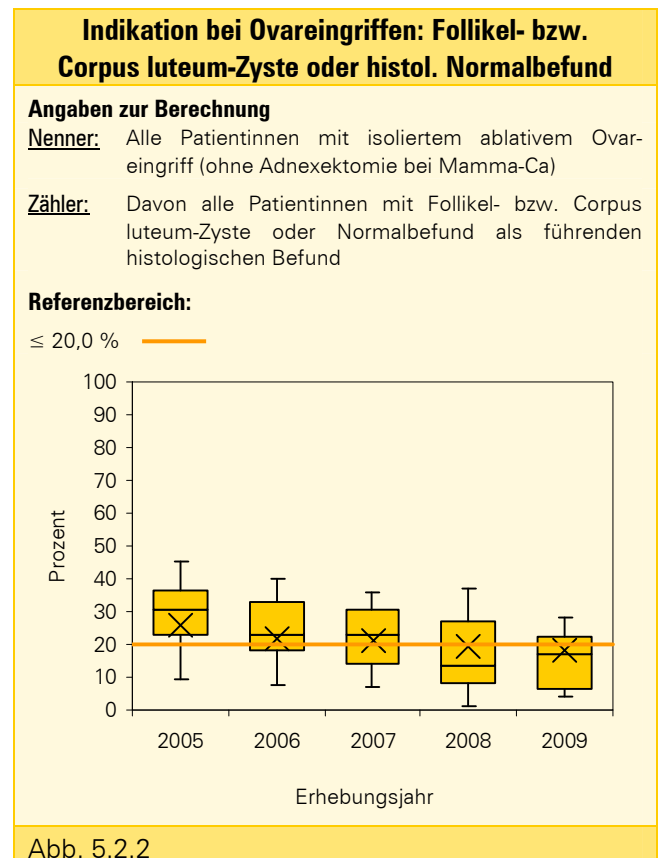
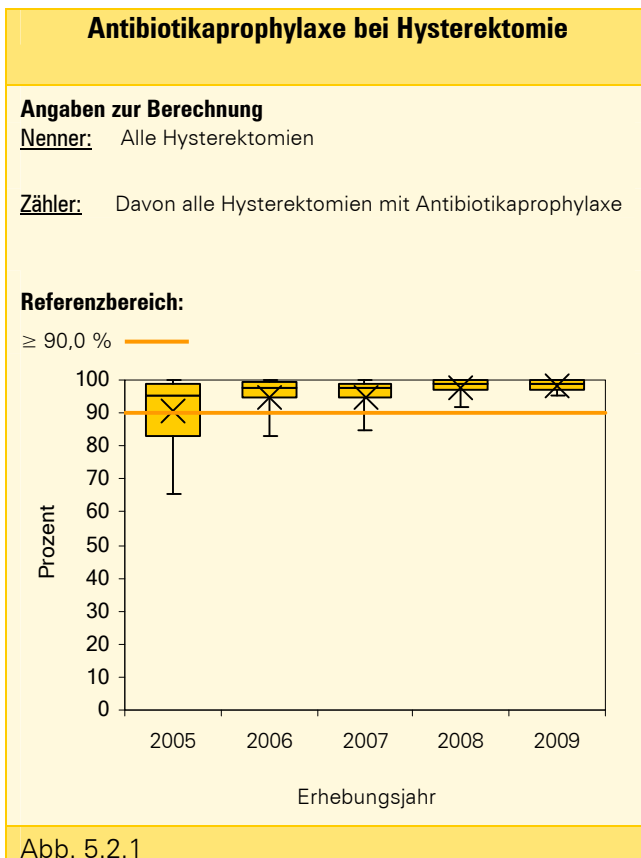
Ergebnisindikatoren

- Organverletzungen bei laparoskopischen Eingriffen (zwei Indikatoren)
- Organverletzungen bei Hysterektomien (zwei Indikatoren)
- Postoperative Harnwegsinfektionen (Hessen-Indikator)



STRUKTURIERTER DIALOG

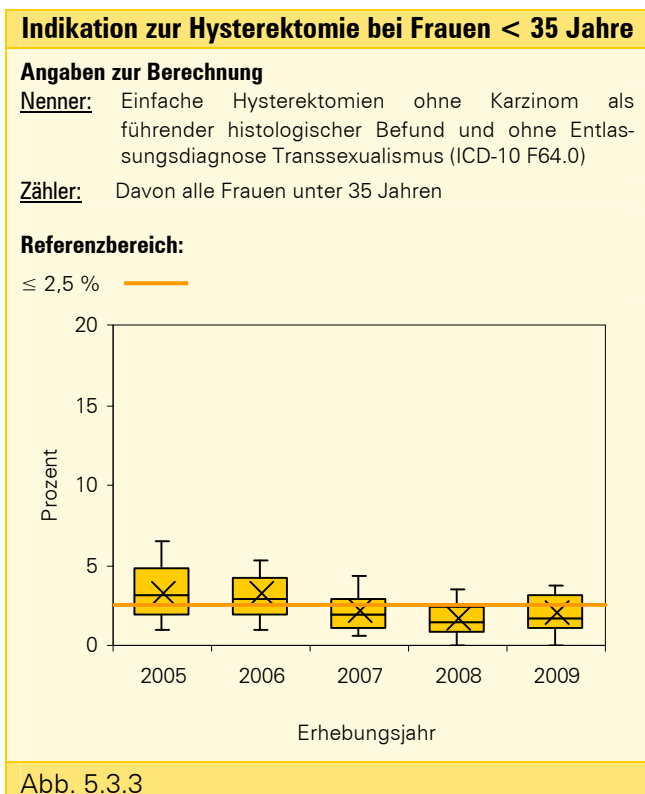
Während in den Vorjahren ein Hauptaugenmerk des Strukturierten Dialoges auf den beiden Indikatoren „Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie“ sowie „Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie“ lag, kann nun erfreulicherweise festgestellt werden, dass nur noch wenige Kliniken bei der Antibiotikaprophylaxe auffällig sind (Abb. 5.2.1) und bei der Thromboseprophylaxe kein Strukturierter Dialog mehr notwendig war.



Ebenfalls in den Vorjahren häufig im Strukturierten Dialog war der Qualitätsindikator „Indikation bei Ovarieingriffen – Follikel- bzw. Corpus luteum-Zyste oder histologischer Normalbefund als führender histologischer Befund beim ablativem Ovarieingriff“ (Abb. 5.2.2). Da ein von diesem Qualitätsindikator abgeleitetes Auffälligkeitskriterium im bundesweiten Datenvalidierungsverfahren im Modul Operative Gynäkologie (siehe S. 24) Verwendung fand, wurde nur eine Klinik im Strukturierten Dialog zu diesem Qualitätsindikator angeschrieben. Sie gab – wie im Übrigen auch die Mehrzahl der Kliniken in der Datenvalidierung – Dokumentationsprobleme als Ursache für die Abweichung an. Seit dem Datenjahr 2008 wird der Referenzwert in Hessen erreicht.

Eine erfreuliche Entwicklung in den letzten Jahren ließ sich am Qualitätsindikator „Indikation bei Hysterektomie – Frauen unter 35 Jahre“ (Abb. 5.2.3) ablesen, wobei sich das Ergebnis im Datenjahr 2009 geringfügig verschlechtert hat. Es wurden insgesamt sechs Kliniken im Strukturierten Dialog angeschrieben, die meistens spezielle Einzelfälle als Begründung für die Notwendigkeit einer Hysterektomie angaben.

Es gibt seltene, aber echte Indikationen für eine Hysterektomie bei benigner Erkrankung auch bei jungen Frauen, wie z. B. große Myome. Obwohl die Hysterektomie ein relativ großer chirurgischer Eingriff ist, wurden in der Vergangenheit unnötig viele Hysterektomien vorgenommen. Die jüngeren Empfehlungen der Fachgesellschaften raten zu einer differenzierten Vorgehensweise. Auch die oft noch nicht abgeschlossene Familienplanung bei Frauen dieses Alters muss in Betracht gezogen werden.



Die Ergebnisindikatoren zeigen wie in der Vergangenheit nur wenige Auffälligkeiten. Die im Strukturierten Dialog angeschriebenen Kliniken, die beispielsweise im Indikator „Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen: ohne Entlassungsdiagnose Karzinom, Endometriose und ohne Voroperation“ auffällig waren, konnten dies aufgrund von komplizierten Einzelfällen erklären.



5.3 Mammachirurgie

DATENEINGANG

Im Jahr 2009 wurden in 72 teilnehmenden hessischen Kliniken 8.886 stationäre Fälle in der Mammachirurgie dokumentiert (Fall-Range 1 - 621). Davon waren 165 männliche Patienten und 8.721 Patientinnen.

QUALITÄTSINDIKATOREN

Für die Bewertung der Daten wurden insgesamt 18 Qualitätsindikatoren definiert, die sich inhaltlich an den beiden deutschen S3-Leitlinien zur Früherkennung bzw. zur Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms sowie den Zertifizierungskriterien der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie orientieren.

Prozessindikatoren:

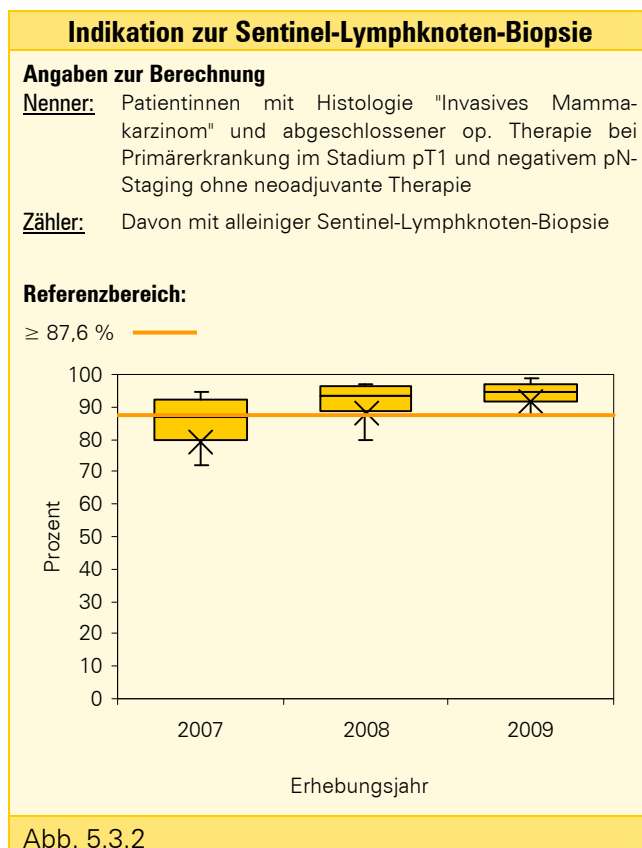
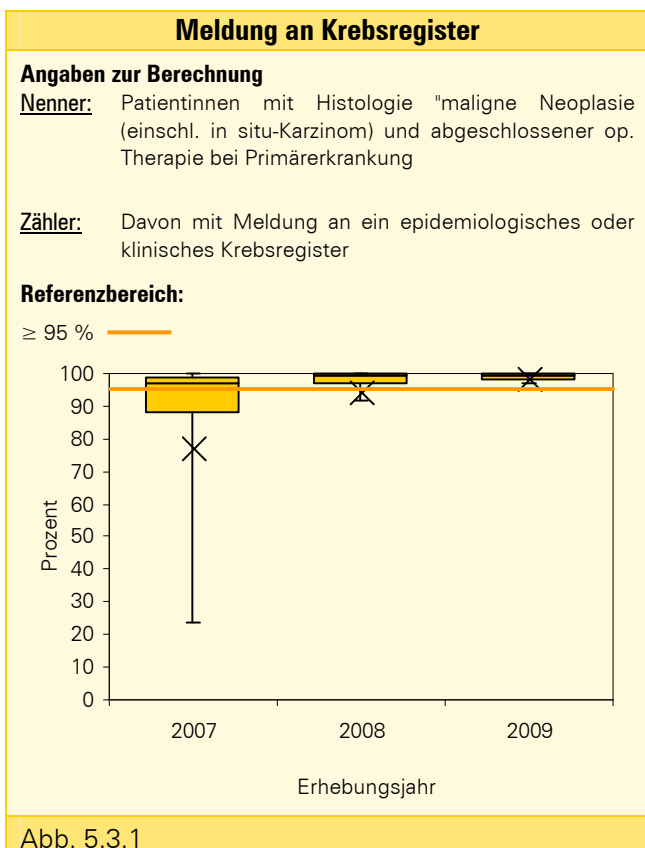
- Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung (drei Indikatoren)
- Entdeckte Malignome bei offenen Biopsien
- Intraoperatives Präparateröntgen
- Hormonrezeptoranalyse
- HER-2/neu-Analyse
- Stadieneinteilung (Hessen-Indikator)
- Sicherheitsabstand bei brusterhaltender Therapie (BET)
- Sicherheitsabstand bei Mastektomie
- Axilladisektion bei DCIS
- Axilladisektion oder SLNB bei invasiven Karzinomen (Hessen-Indikator)
- Anzahl Lymphknoten
- Indikation zur SLNB
- Indikation zur brusterhaltenden Therapie
- Meldung an Krebsregister
- Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum

Ergebnisindikator:

- Postoperative Wundinfektion (Hessen-Indikator)

STRUKTURIERTER DIALOG

Der Qualitätsindikator „Meldung an Krebsregister“ als so genannter „C-Indikator“ (Abb. 5.3.1) erreichte 2009 erstmals hessenweit den Referenzwert. Dies hängt damit zusammen, dass erst zum 01.01.2007 das epidemiologische Krebsregister in Hessen landesweit eingeführt worden war, vorher beschränkte es sich auf den Regierungsbezirk Darmstadt. Daher kann der Effekt der Registrierung erst mit zeitlicher Verzögerung eintreten.



Mehrere Qualitätsindikatoren zeigen seit Jahren gute Ergebnisse, wie z.B. die Hormonrezeptoranalyse oder die HER-2/neu-Analyse. Daher wird auch nur selten bei diesen Qualitätsindikatoren ein Strukturierter Dialog geführt, wobei sich regelmäßig Dokumentationsfehler als Grund für die Auffälligkeiten herausstellen.

Seit 2007 wurden neue Qualitätsindikatoren dargestellt, die sich z.B. mit der Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (Abb. 5.3.2) beschäftigen. Indikationen und Kontraindikationen für eine SLNB sind in der aktuellen S3 Leitlinie (Kreienberg et al. 2008¹) beschrieben und mit umfangreicher Literatur hinterlegt. Der Indikator untersucht, ob

¹ Kreienberg R, Kopp I, Albert U, Bartsch HH, Beckmann MW, Berg D, Bick U, du Bois A, Budach W, Dunst J, Engel B, Ernst M, Geraedts M, Henschler U, Hölzel D, Jackisch C, König K, Kreipe H, Kühn T, Lebeau A, Leinung S, Link H-J, Lück H, Madjar H, Maiwald A, Maiwald G, Marschner N, Marx M, von Minckwitz G, Naß-Griegoleit I, Possinger K, Reiter A, Sauerbrei W, Schlake W, Schmutzler R, Schreer I, Schulte H, Schulz K-D, Souchon R, Thomssen C, Untch M, Wagner U, Weis J, Zemmler T. Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Informationszentrum für Standards in der Onkologie (ISTO) (Hrsg.). Berlin. 2008.



bei Patientinnen mit einem T1-Tumor die alleinige SLNB durchgeführt wurde. Wie sich bereits im 3-Jahres-Vergleich sehen lässt, setzt sich diese Methode, die für die betroffenen Patientinnen mit einer wesentlich geringeren Morbidität verbunden ist, immer mehr durch. Allerdings konnten wir im Strukturierten Dialog auch feststellen, dass es immer noch Kliniken gibt, die diese Methodik (noch) nicht eingeführt haben.

Die prätherapeutische histologische Diagnosesicherung (Abb. 5.3.3) wird in Hessen seit 2007 analog zur aktuellen S3-Leitlinie unterteilt in tastbare und nicht-tastbare Tumoren. Der Referenzwert wird für beide Untergruppen zwar seit 2007 erreicht, doch gibt es immer noch einige Krankenhäuser, die die Untersuchung in einem zu geringen Umfang durchführen. Mit diesen wurde der Strukturierte Dialog geführt. Ebenso wurden mit einer Klinik im Rahmen eines kollegialen Gespräches konkrete Verbesserungsmaßnahmen besprochen.

Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung bei tastbaren Tumoren

Angaben zur Berechnung

Nenner: Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung bei tastbarer maligner Neoplasie

Zähler: Davon mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung

Referenzbereich:

≥ 90 %

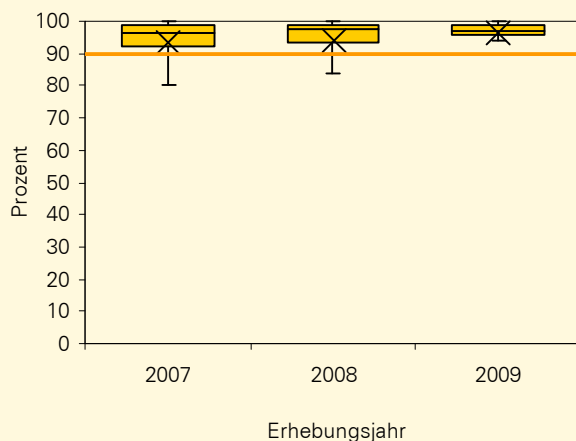


Abb. 5.3.3



5.4 Interventionelle Kardiologie

DATENEINGANG

Im Leistungsbereich interventionelle Kardiologie wurden im Jahr 2009 über 51.000 Interventionen im Rahmen der externen Qualitätssicherung von den hessischen Krankenhäusern erfasst. Diese teilten sich auf in:

- 29.889 alleinige Koronarangiographien
- 2.216 alleinige Perkutane Koronare Interventionen (PCI's)
- 19.444 Koronarangiographie mit PCI

Durchgeführt wurden die Eingriffe in über 40 Katheterlaboren die zum Teil in Krankenhäusern, zum Teil auch in angeschlossenen Praxen angesiedelt sind. Da bei Verbringungsleistungen das abrechnende Krankenhaus die Fälle dokumentieren muss, entspricht die Zahl der teilnehmenden Krankenhäuser nicht der Zahl der tatsächlich an der Versorgung beteiligten Katheterlabore.

QUALITÄTSINDIKATOREN

Die Auswertungen zu folgenden 19 Qualitätsindikatoren wurden den teilnehmenden Abteilungen von der GQH zur Verfügung gestellt:

Indikatoren zur Indikationsstellung

- zur Koronarangiographie (drei Indikatoren, davon ein Hessen-Indikator)
- zur PCI (zwei Indikatoren, davon ein Hessen-Indikator)

Indikatoren Prozessqualität

- Durchleuchtungszeit (zwei Indikatoren, Koronarangiographie/PCI)
- Kontrastmittelmenge (zwei Indikatoren, Koronarangiographie/PCI)
- Flächendosisprodukt (zwei Indikatoren, Koronarangiographie/PCI)
- Dokumentationsqualität der Risikofaktoren zur In-Hospital-Letalität

Indikatoren Ergebnisqualität

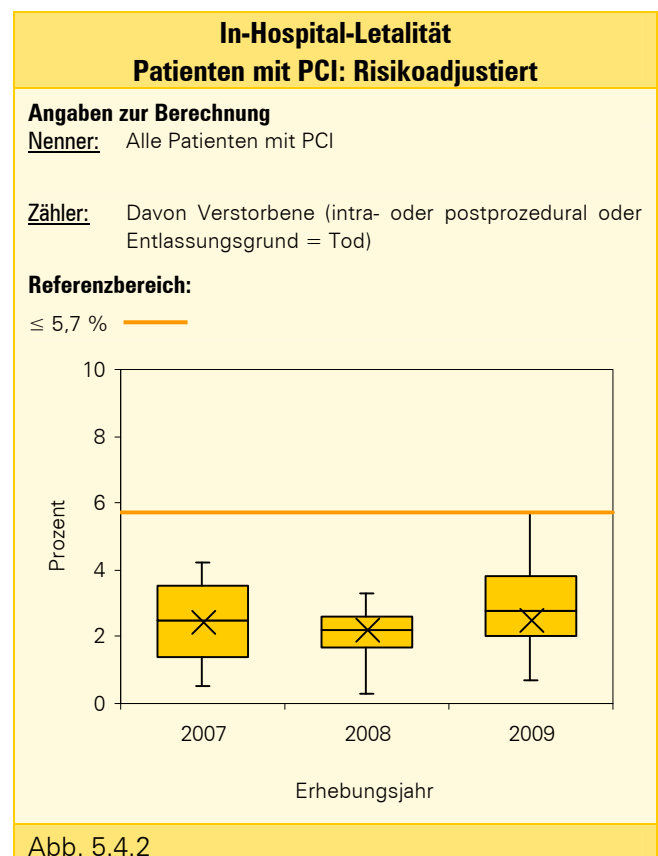
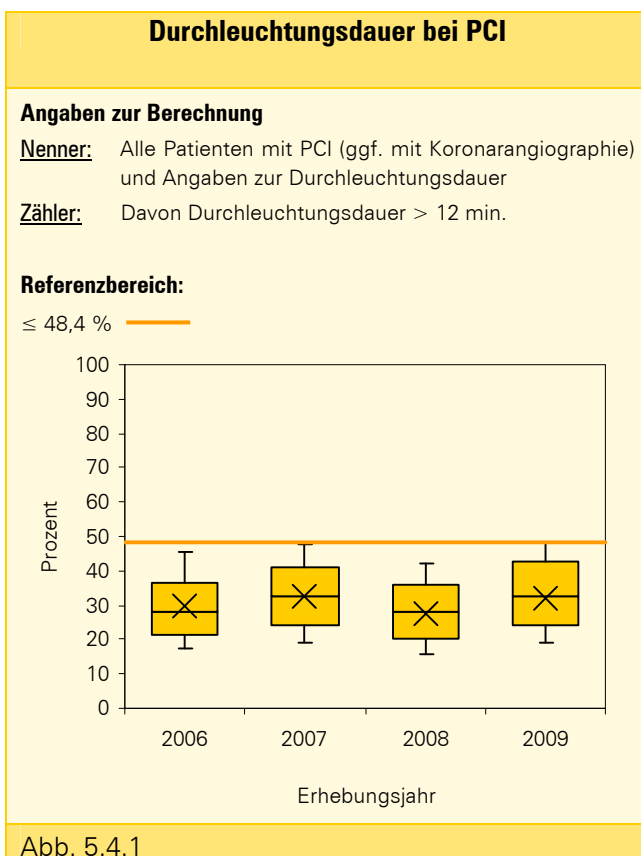
- Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI (zwei Indikatoren)
- Postoperative schwere Komplikationen (zwei Indikatoren, Koronarangiographie/PCI)
- In-Hospital-Letalität-roh (zwei Indikatoren, Koronarangiographie/PCI)
- In-Hospital-Letalität nach PCI - risikoadjustiert



STRUKTURIERTER DIALOG

Der Strukturierte Dialog im Bereich der interventionellen Kardiologie beschränkte sich im Wesentlichen auf die Prozessindikatoren (Flächendosisprodukt, Durchleuchtungszeit und Kontrastmittelmenge) sowie auf den risikoadjustierten Indikator zur In-Hospital-Letalität nach Koronarintervention (PCI).

Vier Herzkatheterlabore mit signifikant abweichenden Ergebnissen bei den oben erwähnten Prozessparametern sollten sich im Rahmen eines kollegialen Gesprächs erklären, zwei davon konnten dieses Gespräch mit klaren Maßnahmenkatalogen sowie nachweislich verbesserten Ergebnissen (Halbjahresauswertung 2010) noch abwenden. Bei einer Klinik, bei der bereits in der Vergangenheit ein kollegiales Gespräch zu einem verwandten Indikator durchgeführt wurde, sprach sich der Fachausschuss für einen begrenzten Zeitraum aus, in welchem er deutliche Verbesserungen erwartet. Bei Nichterfüllung steht hier die Entanonymisierung im Lenkungsausschuss an. Wie die Abbildung 5.4.1 zeigt, liegen die hessischen Kliniken seit Jahren deutlich unter dem Referenzbereich. Die geringen Schwankungen zeigen aber auch, dass insgesamt ein hohes Qualitätsniveau besteht und die Verbesserung der auffälligen Kliniken nur geringen Einfluss auf das Gesamtergebnis haben.



Bei dem Qualitätsindikator zur In-Hospital-Letalität nach Koronarintervention (s. Abb. 5.4.2) wurde wie bereits in den letzten Jahren jede Klinik, die mit ihrem risikoadjustierten Ergebnis über dem Referenzbereich lag (90. Perzentile in Hessen entspricht 5,7 %), aufgefordert, die Todesfälle im Rahmen von Einzelfalldarstellung dem Fachausschuss mitzuteilen. Eine Klinik, die bereits über mehrere Jahre auffällige Ergebnisse zu



verzeichnen hatte, wurde gebeten, zu allen Todesfällen auch die entsprechenden Katheterfilme dem Fachausschuss zur Verfügung zu stellen.

Letztendlich konnte bei keiner Klinik ein Qualitätsmangel, der das aufgefallene Ergebnis begründen könnte, festgestellt werden. Inwieweit eine Underdokumentation der in das Modell der Adjustierung einfließenden Risikofaktoren hierbei eine Rolle spielt oder gar das ganze Modell der Risikoadjustierung noch unzureichend ist, kann aktuell nicht beantwortet werden.



5.5 Herzschrittmacher

DATENEINGANG

Im Rahmen der stationären Schrittmacherbehandlung wurden im Jahr 2009 in den hessischen Krankenhäusern 7.288 Eingriffe für die externe Qualitätssicherung im stationären Bereich nach § 137 SGB V dokumentiert. Die einzelnen Module teilen sich wie folgt auf:

- 5.095 Eingriffe Schrittmacher-Erstimplantation (Modul 9/1)
- 1.192 Eingriffe Schrittmacher-Aggregatwechsel (Modul 9/2)
- 1.001 Eingriffe Schrittmacher-Revision/Explantation (Modul 9/3)

QUALITÄTSINDIKATOREN

Folgende Qualitätsindikatoren (hier modulübergreifend dargestellt) kamen zur Auswertung:

Prozessindikatoren

- Leitlinienkonforme Indikationsstellung und Systemwahl (zwei Indikatoren)
- Durchleuchtungszeit (zwei Indikatoren)
- Amplituden- bzw. Reizschwellenmessung durchgeführt (sechs Indikatoren)
- Jahresangabe bei Aggregatwechsel

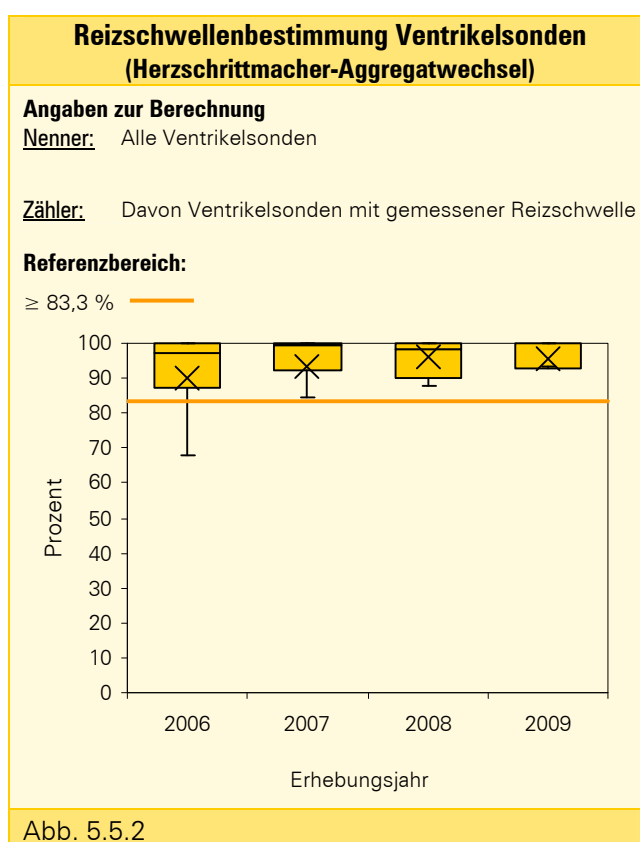
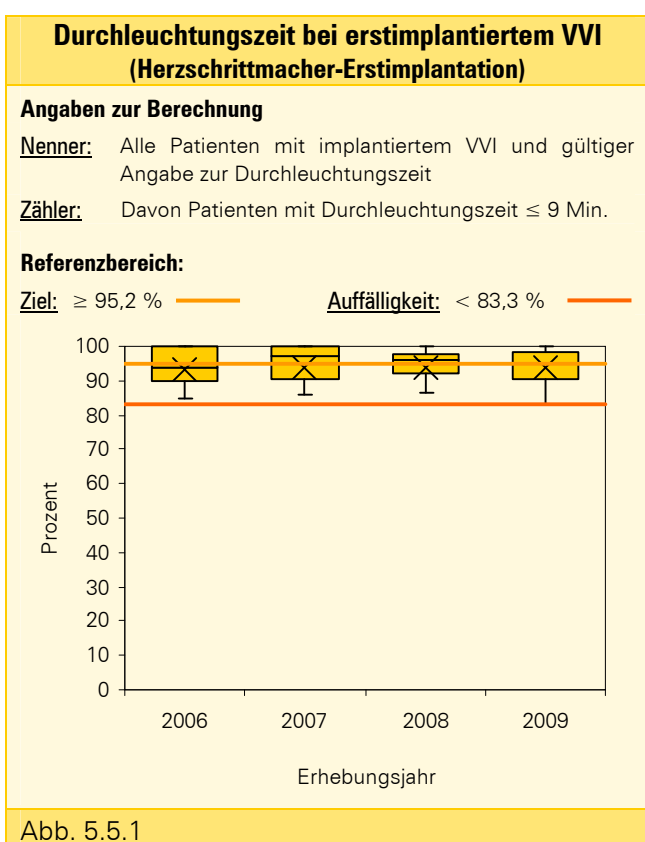
Ergebnisindikatoren

- Ausreichend gute Messwerte (Reizschwelle bzw. Signalamplitude) (fünf Indikatoren)
- Laufzeit bei Aggregatwechsel (drei Indikatoren)
- Auffallend häufige Revisionsgründe (vier Indikatoren)
- Dislokation bzw. chirurgische Komplikationen (fünf Indikatoren)
- Sterblichkeit



STRUKTURIERTER DIALOG

Der Strukturierte Dialog in den Leistungsbereichen 9/1 (Herzschrittmacher Erstimplantation) konzentrierte sich im letzten Jahr auf die Indikatoren zur Indikationsstellung, zur Systemwahl sowie zu den Prozessindikatoren Durchleuchtungs- und Eingriffsdauer. Erstmals wurden auch alle Todesfälle (N = 74) mit Hilfe eines strukturierten Fragebogens, zum Teil noch mit Nachforderung des Arztbriefes, hinterfragt. Bei den Todesfällen konnte keiner Klinik ein im Zusammenhang stehendes Qualitätsdefizit nachgewiesen werden. Ob sich der Indikator in dieser Form als zielführend erweist ist fraglich. Bei den Indikatoren zur Indikationsstellung und zu den Prozessen hielten sich Dokumentationsprobleme, besonderes Patientengut sowie Qualitätsmängel als Begründung der Kliniken ungefähr die Waage. Ein insgesamt hohes Niveau lässt bei diesen Indikatoren im Verlauf auch keine großen Sprünge erwarten (siehe hierzu Abb. 5.5.1).



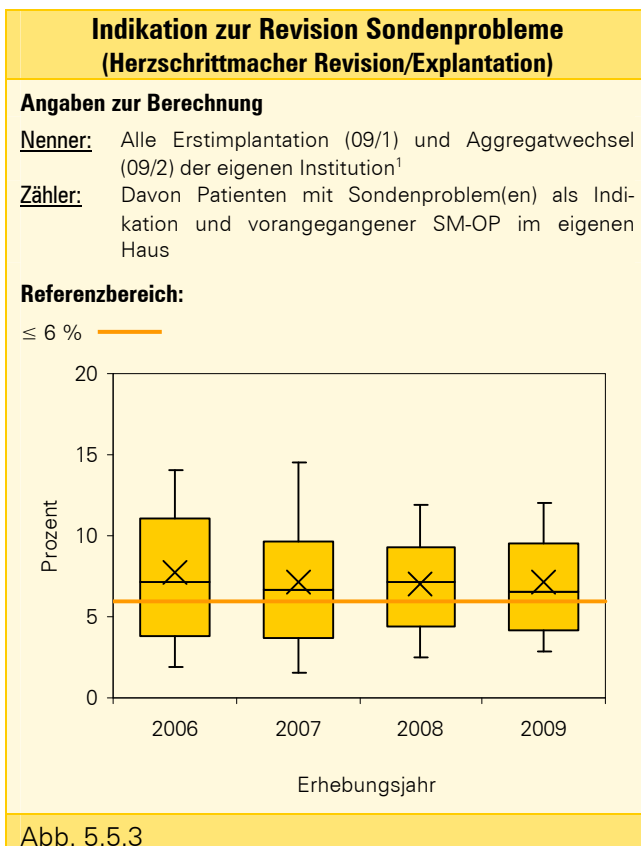
Bei den Aggregatwechseln wurde neben dem regelmäßigen Hinterfragen vorzeitiger Batterieerschöpfung mittels strukturiertem Fragebogen im letzten Jahr ein besonderer Blick auf die im Rahmen der Leitlinie geforderte intraoperative Messung von Reizschwelle bzw. Amplitude gelegt. Trotz einer deutlichen Verbesserung, in Abb. 5.5.2 dargestellt durch die Reizschwellenbestimmung bei Ventrikelsonden, gibt es nach wie vor diverse, auch größere kardiologische oder herzchirurgische Abteilungen, welche diese Messung nicht routinemäßig bei Batteriewechsel durchführen. Dementsprechend bescheinigte der Fachausschuss vielen Kliniken hier ein Qualitätsdefizit und forderte sie auf, entsprechende Maßnahmen einzuleiten.

Bei dem Indikator zur fehlenden Angabe der Laufzeit kam bei Nachfrage meist die Antwort, dass die Patienten keine entsprechenden Unterlagen zu ihrem implantierten Herzschrittmacher mehr hatten und auch keine Angabe dazu machen konnten. Letztendlich konnte keiner Klinik hier ein Vorwurf gemacht werden.



Trotz der bekannten methodischen Mängel wurde im Modul 9/3 – Schrittmacherrevision/Explantation und Systemwechsel auch im letzten Jahr wieder ein Schwerpunkt auf den Indikator „Häufig Sondenprobleme als Indikation zur Revision“ gelegt. Erstmals wurde bei signifikant auffälligen Häusern der von der Bundesfachgruppe verabschiedete Fragebogen eingesetzt. Die Fragebögen waren einerseits hilfreich für die Aufarbeitung der Fälle im Rahmen des internen Qualitätsmanagements (Selbsteinschätzung der Problemursache), andererseits aber auch zur Beurteilung der Qualität der Klinik durch die Fachgruppe. Somit erleichterten die Zusatzinformationen auch die Bewertungen der aufgefallenen Kliniken. Die Hälfte der auffälligen Kliniken wurde im Rahmen des Strukturierten Dialoges als qualitativ auffällig bewertet.

Wie in Abbildung 5.5.3 zu sehen, lässt sich insgesamt eine, wenn auch langsame, positive Entwicklung in diesem Indikator beobachten



Anmerkung:

Der Strukturierte Dialog im Rahmen der „Schrittmacherei“ (Leistungsbereiche 9/1, 9/2 und 9/3) ist seit Jahren mit einem zunehmenden Aufwand verbunden. Hintergrund sind zum einen die Vielzahl der Indikatoren zum anderen aber auch das häufige Auftreten der als Sentinel Events definierten Ereignisse, welche alle zu einer Einzelfallanalyse führen. Mit der Neuaufnahme der drei Leistungsbereiche zu den implantierbaren Defibrillatoren (9/4, 9/5 und 9/6), welche im Normalfall in den gleichen Kliniken implantiert werden (und somit dokumentiert werden müssen) wie die Herzschrittmacher, wird sich die Indikatorenzahl nochmals verdoppeln. Eine kritische Hinterfragung des Indikatorensatzes in diesen Leistungsbereichen ist somit unabdingbar.

¹ Annäherung an das Implantationsvolumen der Klinik



5.6 Karotis-Rekonstruktion

DATENEINGANG

Im Jahr 2009 wurden in hessischen Kliniken 2.084 Eingriffe (2008: 1.880) an der Halsschlagader zur Vorbeugung von Schlaganfällen für die externe Qualitätssicherung dokumentiert. Die Spannweite der Behandlungsfälle lag bei den 35 Krankenhäusern zwischen 3 und 161.

QUALITÄTSINDIKATOREN

Folgende Qualitätsindikatoren wurden in diesem Leistungsbereich ausgewertet:

Prozessindikatoren

- Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose
- Indikation bei symptomatischer Karotisstenose

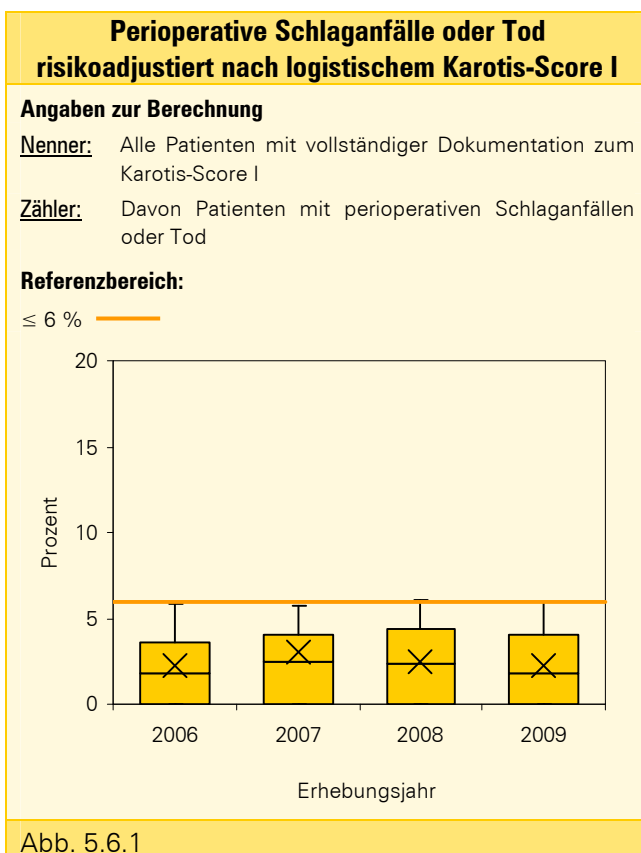
Ergebnisindikatoren

- Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose
- Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose
- Risikoadjustierte perioperative Schlaganfälle oder Tod nach logistischem Karotis-Score I
- Risikoadjustierte perioperative Schlaganfälle oder Tod nach logistischem Karotis-Score II
- Schwere Schlaganfälle oder Tod
- OP-pflichtige Nachblutung (Hessen-Indikator)
- Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen (Hessen-Indikator)



STRUKTURIERTER DIALOG

Im Leistungsbereich „Karotis Rekonstruktion“ wird der Strukturierte Dialog vorwiegend in den Indikatoren zur Indikationsstellung sowie zur risikoadjustierten Rate an perioperativen Schlaganfällen oder Todesfällen geführt. Bei der Indikationsstellung steht die Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose im Vordergrund, da es besonders hier um ein Abwägen des Operationsrisikos mit dem Risiko eines Schlaganfalles ohne Operation geht. Das Ergebnis dieses Indikators ist in Hessen über alle Kliniken sehr gut, die vereinzelt Ausreißer waren im Jahr 2009 fast ausschließlich durch Dokumentationsfehler bedingt. Bestärkt werden diese auch durch die nach wie vor unspezifischen Angabemöglichkeiten des Stenosegrades im Erhebungsinstrument (Dieses Thema wurde bereits in der Bundesfachgruppe aufgegriffen und auch eine Lösungsvorschlag erarbeitet).



Indirekt im Zusammenhang mit der Indikationsstellung stehen die Ergebnisse zum Ergebnisindikator „Schwere Schlaganfälle oder Tod“, der risikoadjustiert für jede Klinik berechnet wird (Verlauf der letzten Jahre siehe Abbildung 5.6.1). Oft sind es zwar nur Einzelfälle die zu einem auffälligen Klinikergebnis führen, jedoch ist auch hier die spannende Frage ob gerade bei asymptomatischer Stenose überhaupt eine Operation hätte stattfinden sollen und ob hier nicht ein unnötiges Risiko eingegangen wurde. Diese Thematik war somit auch Bestandteil des Strukturierten Dialoges mittels Einzelfallanalysen. Bei einigen Kliniken führte eine, nach Meinung des Fachausschusses, zu unkritische Indikationsstellung letztendlich auch zu einer negativen Bewertung der Klinik. Eine Klinik, die bereits im zweiten Jahr mit mehreren Komplikationen aufgefallen ist, wird 2011 auch zu einem kollegialen Gespräch geladen.



5.7 Cholezystektomie

DATENEINGANG

In Hessen werden jährlich über 12.000 Gallenblasen im Rahmen eines stationären Aufenthaltes operativ entfernt. Im Verfahrensjahr 2009 sind 12.308 dokumentierte Fälle aus 87 Krankenhäusern in der Geschäftsstelle eingegangen (Fall-Range 1 - 314).

QUALITÄTSINDIKATOREN

Für die Bewertung der Daten wurden 2009 insgesamt 16 Qualitätsindikatoren herangezogen. Die Indikatoren gliedern sich auf in Prozess-, Ergebnis- sowie Sentinel Event-Indikatoren

Prozessindikatoren

- Indikation
- Präoperative Diagnostik der extrahepatischen Gallenwege bei vorliegender extrahepatischer Cholestase
- Laparoskopisch begonnen bei elektiven Eingriffen (Hessen-Indikator)
- Erhebung eines histologischen Befundes

Ergebnisindikatoren

- Eingriffsspezifisch behandlungsbedürftige intra-/postoperative Komplikationen (zwei Indikatoren, davon ein Hessen-Indikator)
- Postoperative Wundinfektionen (zwei Indikatoren)
- Allgemein behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen (fünf Indikatoren, davon zwei Hessen-Indikatoren)
- Reintervention bei ASA 1 - 3 ohne Entzündungen und bei laparoskopisch durchgeführter OP

Sentinel Event-Indikatoren

- Okklusion oder Durchtrennung des DHC
- Letalität bei ASA 1 - 3

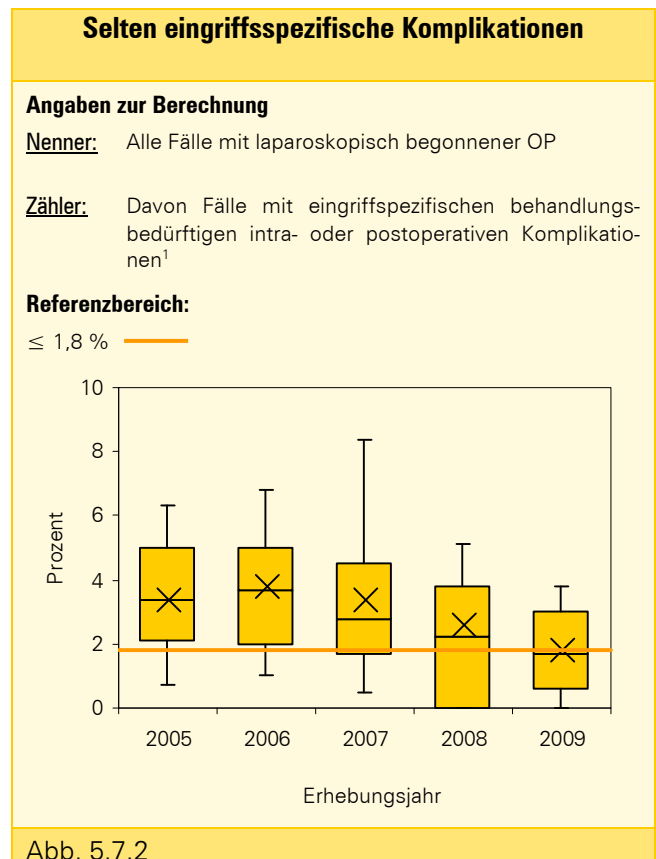
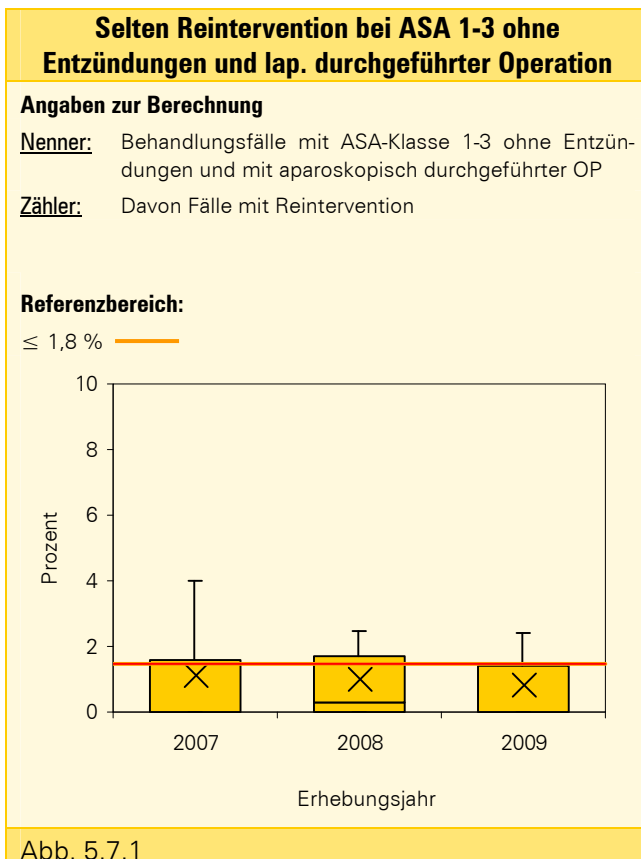


STRUKTURIERTER DIALOG

Bei den Prozessindikatoren, z.B. beim Qualitätsindikator „Immer Erhebung eines histologischen Befundes“ wurden nur wenige Kliniken angeschrieben, die den Referenzbereich nicht erreicht hatten. Sie gaben alle Dokumentationsfehler als Grund für die Auffälligkeiten an.

Beim Qualitätsindikator „Geringe Reinterventionsrate bei risikoarmem Kollektiv“ (Abb. 5.7.1) wurde von der Bundesebene mit 1,5% ein relativ niedriger Referenzbereich vorgegeben, so dass hier viele Kliniken bereits bei einer Reintervention auffällig wurden. Im Jahr 2009 wurden auf Beschluss des Fachausschusses nur die Kliniken angeschrieben, welche über drei Jahre zusammengefasst ein signifikant erhöhtes Ergebnis von über 1,5 % zeigten und 2009 einen Reinterventionsfall dokumentiert hatten.

Der Indikator „eingriffsspezifische Komplikationen“ (Abb. 5.7.2) zeigt insgesamt eine fallende Tendenz. Für das Datenjahr 2009 wurden nur Kliniken angeschrieben, die signifikant über dem Referenzwert (entspricht Mittelwert in Hessen) lagen. Meistens wurden die Auffälligkeiten mit Dokumentationsfehlern oder besonderen Einzelfällen erklärt.



¹ Blutung, sonstige Gallenwegsverletzungen, Okklusion oder Durchtrennung des DHC, Sonstige



Beim Sentinel Event-Indikator „Geringe Letalität“ war ein Anstieg der Zahl der Todesfälle seit 2007 (damals: 31 Todesfälle) auffällig. Hintergrund ist auch hier eine Änderung der Grundgesamtheit durch den Wechsel von DRG-Fällen auf vollstationäre Fälle. Die 48 Todesfälle wurden alle im Strukturierten Dialog nachgefragt. Sämtliche vorgelegten Epikrisen und OP-Berichte wurden im Fachausschuss besprochen und zeigten fast durchweg schwere Einzelfälle, welche von den Kliniken im Verlauf nicht beeinflussbar waren. Nur wenige Kliniken wurden in diesem Indikator als auffällig eingestuft.



5.8 Hüftgelenknahe Femurfraktur

DATENEINGANG

Im Erhebungsjahr 2009 wurden in den hessischen Krankenhäusern zu diesem Leistungsbereich von 86 Kliniken insgesamt 7.263 Datensätze erhoben, die Fallzahl bewegte sich zwischen 1 und 262.

QUALITÄTSINDIKATOREN

Für die Bewertung der Daten kamen die folgenden aufgelisteten Qualitätsindikatoren zur Anwendung:

Prozessindikatoren

- Präoperative Verweildauer > 48 Stunden
 - alle Patienten
 - Patienten mit medialer Fraktur
 - Patienten mit pertrochantärer Fraktur
- Endoprothetische Versorgung als Verfahren der Wahl bei Patienten mit medialer Schenkelhalsfraktur (>80 Jahre und Garden III-IV)
- Perioperative Antibiotikaprophylaxe
 - bei allen Patienten
 - bei Osteosynthese
 - bei endoprothetischer Versorgung

Ergebnisindikatoren

- Operationsbedingte Einschränkung des Gehens bei Entlassung
- Behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikationen
 - Implantatfehlage, Dislokation oder Fraktur
 - Gefäßläsion oder Nervenschaden
 - Endoprothesenluxation
 - Wundhämatome / Nachblutung
 - Postoperative Wundinfektion
- Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen
- Reoperationen wegen Komplikationen

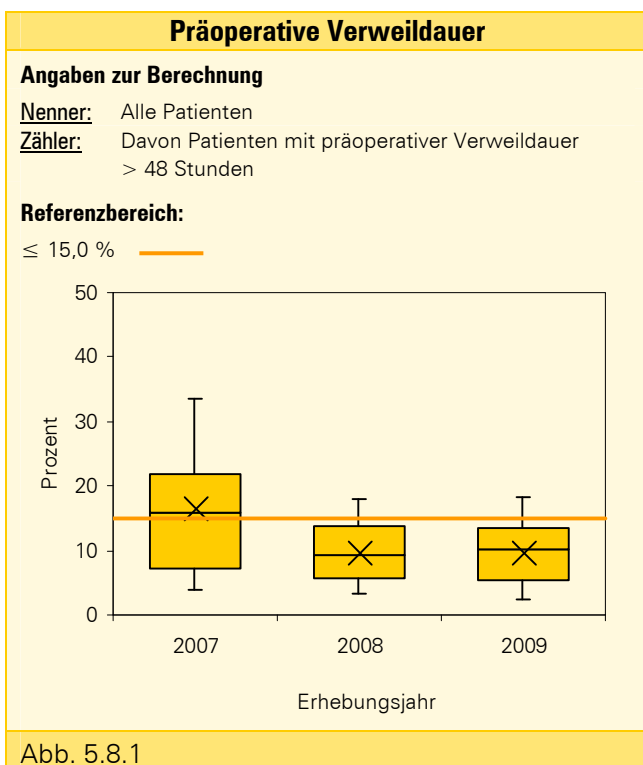
Sentinel event

- Letalität

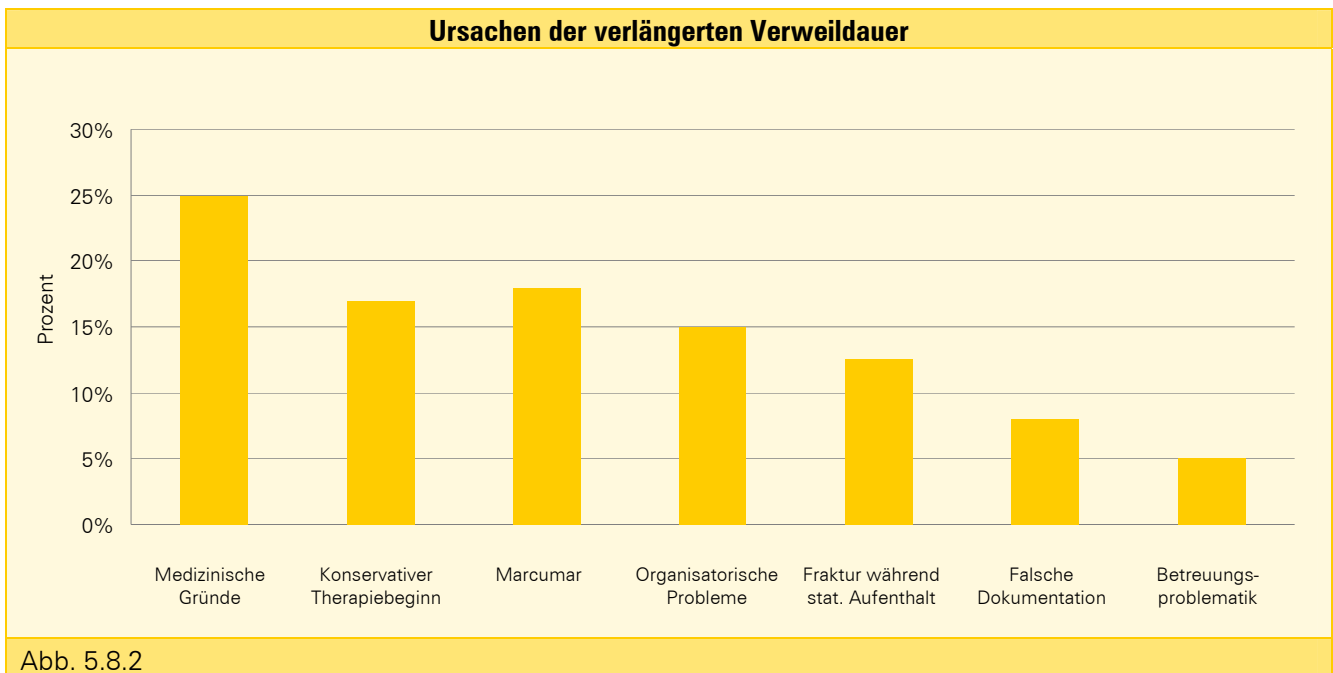


STRUKTURIERTER DIALOG

Der Qualitätsindikator mit dem höchsten Auffälligkeitsindex war weiterhin die präoperative Verweildauer (Abb. 5.8.1) unter 48 Stunden: von allen Kliniken, die um eine Stellungnahme wegen Auffälligkeit angeschrieben wurden, fielen 2/3 der Häuser mit zu langer präoperativer Verweildauer auf. Im Unterschied zur Bundesebene differenziert Hessen dabei zwischen den medialen und perthrochantären Frakturen, da hier erfahrungsgemäß erhebliche Unterschiede im operativen Aufwand vorliegen, was indirekt auch zu einer Verlängerung der Verweildauer führen kann.



Nachdem für das Erhebungsjahr 2008 die Abhängigkeit der Verweildauer vom Aufnahmewochentag schwerpunktmäßig betrachtet wurde, lag diesmal das Hauptaugenmerk der Fachgruppe auf den Gründen für die verlängerte Verweildauer. Eine dazu durchgeführte Sonderauswertung auf Basis der eingegangenen Stellungnahmen zeigte auf, dass mit 42,5% überwiegend Marcumartherapie sowie andere medizinische Gründe die Ursache für den verzögerten Eingriff waren, gefolgt von Fällen mit konservativem Therapiebeginn oder alter Fraktur sowie organisatorischen Problemen. Dokumentationsfehler machten 7,6 % aus, darunter die nicht korrekte Angabe des Abstands zwischen Fraktur und Operation (Abb. 5.8.2).



Mit fünf Häusern, die wiederholt signifikant unter dem betreffenden Referenzbereich lagen, wurden kollegiale Gespräche geführt. Im Ergebnis waren die Auffälligkeiten bei zwei Kliniken hauptsächlich auf organisatorische und strukturelle Unzulänglichkeiten zurückzuführen wie z.B. fehlende personelle Besetzung am Wochenende. Hier wurden Zielvereinbarungen geschlossen, die im Folgejahr überprüft werden. Bei den übrigen drei Kliniken lagen die Gründe mehr im medizinischen und patientenbezogenen Bereich (Marcumar).

Bei den behandlungsbedürftigen intra- und postoperativen chirurgischen Komplikationen wurde als Referenzwert für die Auswertung – außer beim QI „Gefäßläsion oder Nervenschaden“ - der Bundeswert aus dem Datenvalidierungsverfahren 2007 herangezogen. Damit soll eine größere Wahrscheinlichkeit gewährleistet werden, dass die auffälligen Werte auch validen Daten entsprechen.

Mit einer Klinik, die bei den postoperativen Wundinfektionen wiederholt auffällige Werte aufwies, wurde hierzu ebenfalls ein kollegiales Gespräch geführt. Es zeigte sich, dass in dieser Klinik die aufgetretenen Wundinfektionen mit Revisionsoperationen bei medialer Schenkelhalsfraktur, verlängerter OP-Zeit und ASA-Klasse 3 korrelierten. Der Klinik konnte auf Grundlage des Gesprächs kein Qualitätsdefizit nachgewiesen werden.



5.9 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation/-wechsel

DATENEINGANG

Im Erhebungsjahr 2009 wurden in 78 hessischen Kliniken 10.790 Knie-Prothesen-Erstimplantationen durchgeführt (Fall-Range 15 - 447 Fälle); weiterhin liegen der GQH 781 Dokumentationen zum Knie-TEP-Wechsel und Knie-Komponentenwechsel aus 74 Häusern vor (Fall-Range 1 - 60 Fälle).

QUALITÄTSINDIKATOREN

Die Leistungen und Behandlungsergebnisse der Kliniken werden mit Hilfe ausgewählter Qualitätsindikatoren dargestellt. Im Fachbereich Knie-Endoprothesen-Erstimplantation und Wechseleingriffe wird die Qualität der Behandlung mit folgenden Qualitätsindikatoren definiert:

Prozessqualität

- Indikationsstellung
- Perioperative Antibiotikaphylaxe
- Dokumentation der postoperativen Beweglichkeit (nur bei Erstimplantation)

Ergebnisqualität

- Behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikationen
 - Implantatfehlage, Dislokation (nur bei Erstimplantation)
 - Fraktur
 - Patellafehlstellung
 - Hämatome und Nachblutungen
 - Gefäßläsion und Nervenschaden
- Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen
- Reintervention wegen Komplikation
- Postoperative Wundinfektion
- OP-bedingte Einschränkung des Gehens
- Postoperative Beweglichkeit von 0/0/90 (nur bei Erstimplantation)

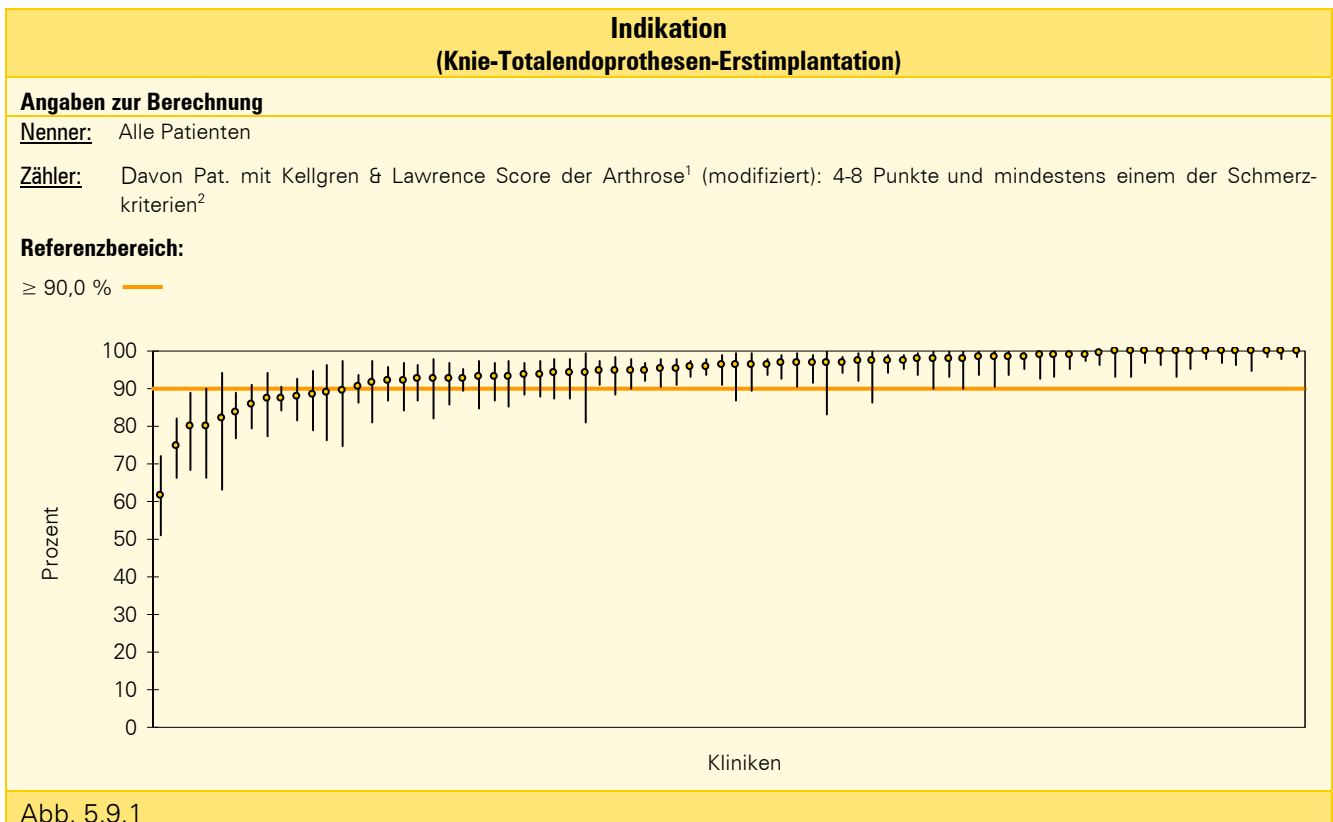
Sentinel Event-Indikator

- Letalität



STRUKTURIERTER DIALOG

Für das Jahr 2009 konnten hessenweit bei allen Indikatoren hinsichtlich Eingriffen bei Knie-Totalendoprothesen gute Ergebnisse erzielt werden, wenngleich immer noch einige Kliniken z.T. deutlich von den vorgegebenen Referenzwerten abweichen. Insbesondere bei den Wechseloperationen ist im Bereich der Gehfähigkeit bei Entlassung eine Verbesserung in den letzten vier Jahren festzustellen.

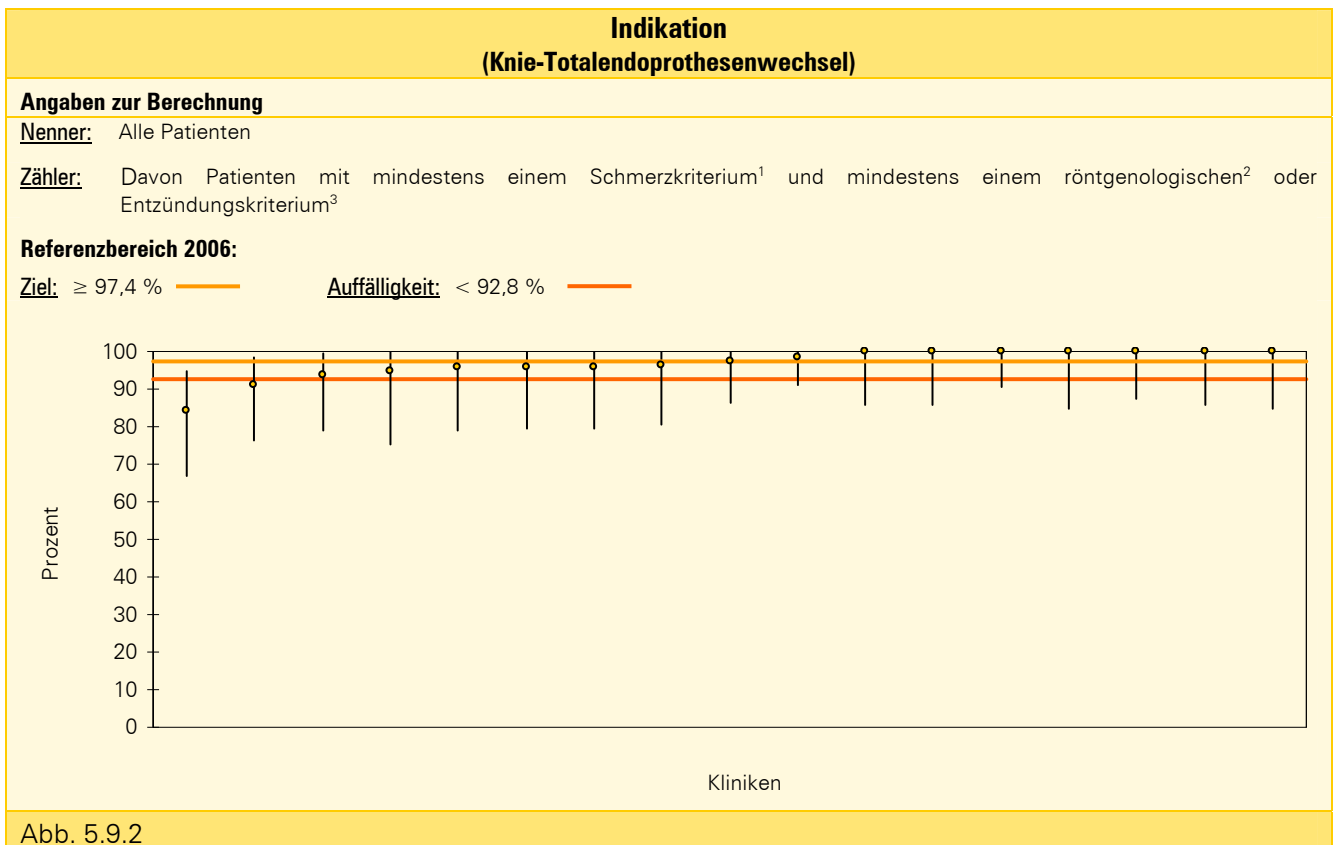


Die meisten Auffälligkeiten ergaben sich im Bereich der Indikationsstellung sowohl bei Erstimplantation (Abb. 5.9.1) als auch bei Prothesenwechsel (Abb. 5.9.2). Aus den eingegangenen Stellungnahmen kristallisierten sich hierfür verschiedene Gründe heraus, die zu den auffälligen Werten geführt hatten. Fehlerhafte Dokumentation war die häufigste Ursache, sei es durch falsche Übertragung aus der Krankenakte in den QS-Bogen oder nicht adäquate Anwendung des Kellgren-Lawrence-Scores. Teilweise lagen auch organisatorische und strukturelle Mängel zugrunde, wie das Fehlen der Röntgenbilder oder des schriftlichen Röntgenbefundes beim Ausfüllen der Bögen und mangelnde Kenntnis in der Beurteilung von Röntgenaufnahmen. Ein Großteil der angeschriebenen Kliniken teilte mit, dass hier schon Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet worden seien.

Erstmals wurden bei signifikant und wiederholt auffälligen Häusern Röntgenbilder zur Beurteilung angefordert – dieses Medium wird in Zukunft verstärkt genutzt werden.

¹ Ergibt sich aus der Summe der Punktwerte bei den Angaben zu Osteophyten, Gelenkspalt, Sklerose und Deformierung.

² Ruheschmerz, Belastungsschmerz



Der Nachweis einer postoperativen Beweglichkeit von mindestens 90 Grad bei Entlassung nach Prothesen-Erstimplantation ist ebenfalls in einigen Häusern immer noch nicht ausreichend dokumentiert. Auch hier werden vielfach Dokumentationsfehler als Ursache angegeben, die meist aus fehlerhafter Übertragung aus der Krankenakte oder aus den Anmerkungen des Physiotherapeuten resultieren. Kurze Liegezeiten, frühzeitige Verlegung in Rehabilitationseinrichtungen oder geriatrische Weiterbehandlung beeinflussen ebenfalls den Zeitpunkt, an welchem die postoperative Beweglichkeit gemessen wird. Vielfach sind es auch medizinische Gründe wie hohes Alter der Patienten, postoperative Komplikationen oder vorbestehende Schädigungen wie z.B. Arthrofibrose, die eine Beugung und Streckung im geforderten Ausmass verhindern. Dieser Qualitätsindikator wird im Hinblick auf seine Praxisnähe auch von etlichen Kliniken angezweifelt.

¹ Ruheschmerz, Belastungsschmerz

² Implantatwanderung, Lockerung der Femur-Komponente, Lockerung der Tibia-Komponente, Lockerung der Patella-Komponente, Substanzverlust Femur, Substanzverlust Tibia, Verschleiß der Gleitfläche, periprothetische Fraktur, Prothesen(sub)luxation, Instabilität im Kniegelenk, Zunahme der Arthrose

³ Entzündungszeichen im Labor, Erregernachweis



5.10 Hüft-Totalendoprothesen-Erstimplantation/-wechsel

DATENEINGANG

Im Erhebungsjahr 2009 wurden in 84 hessischen Kliniken im Bereich Hüft-TEP-Erstimplantation 10.898 Eingriffe dokumentiert (Fall-Range 1 - 574). Im gleichen Zeitraum wurden 1.474 Eingriffe im Bereich Hüft-TEP-Wechsel in 79 Krankenhäusern ausgeführt (Fall-Range 1 - 91).

QUALITÄTSINDIKATOREN

Die Leistungen und Behandlungsergebnisse der Kliniken werden mit Hilfe ausgewählter Qualitätsindikatoren dargestellt. Im Bereich Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation und Endoprothesen-Wechseleingriffe wird die Qualität der Behandlung mit folgenden Qualitätsindikatoren definiert:

Prozessindikatoren

- Indikationsstellung
- Antibiotikaphylaxe
- Messung der postoperativen Beweglichkeit mit Neutral-Null-Methode (nur bei Erstimplantation)

Ergebnisindikatoren

- Behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikationen
 - Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur
 - Endoprothesenluxation
 - Wundhämatome und Nachblutungen
 - Postoperative Wundinfektion
 - Gefäßläsion oder Nervenschaden
- Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen
- Reintervention wegen Komplikation
- Einschränkung der Gehfähigkeit bei Entlassung
- Postoperative Beweglichkeit von mindestens 90 Grad (nur bei Erstimplantation)

Sentinel Event-Indikator

- Letalität



STRUKTURIERTER DIALOG

Als erfreuliche Konsequenz des in den letzten Jahren intensiv durchgeführten Strukturierten Dialogs mit den Kliniken haben sich im Bereich der Hüft-Endoprothesen-Eingriffe bei vielen Indikatoren Verbesserungen ergeben. So wurde bei der Indikationsstellung zur TEP-Implantation anhand von definierten klinischen und röntgenologischen Kriterien landesweit erstmals der Zielwert erreicht; beim TEP-Wechsel liegt der Indikatorwert noch knapp darunter (Abb. 5.10.1 / 5.10.3).

Im Dialog mit den hierzu angeschriebenen Kliniken zeigte sich, dass immer noch überwiegend Dokumentationsprobleme, nämlich die nicht korrekte Verwendung des radiologischen Kellgren-Lawrence-Scores³, zu den auffälligen Ergebnissen geführt haben. Trotz Versand der Rationale der BOS mit den enthaltenen Rechenregeln sowie der Veröffentlichung der überarbeiteten Ausfüllhinweise kam es vor allem in belegärztlich betreuten Abteilungen weiterhin zu falsch ausgefüllten Erfassungsbögen. Die erstmalig vom Fachausschuss abgeforderten Röntgenbilder gaben wesentliche Aufschlüsse und Hilfestellung bei Beurteilung der eingegangenen Stellungnahmen.

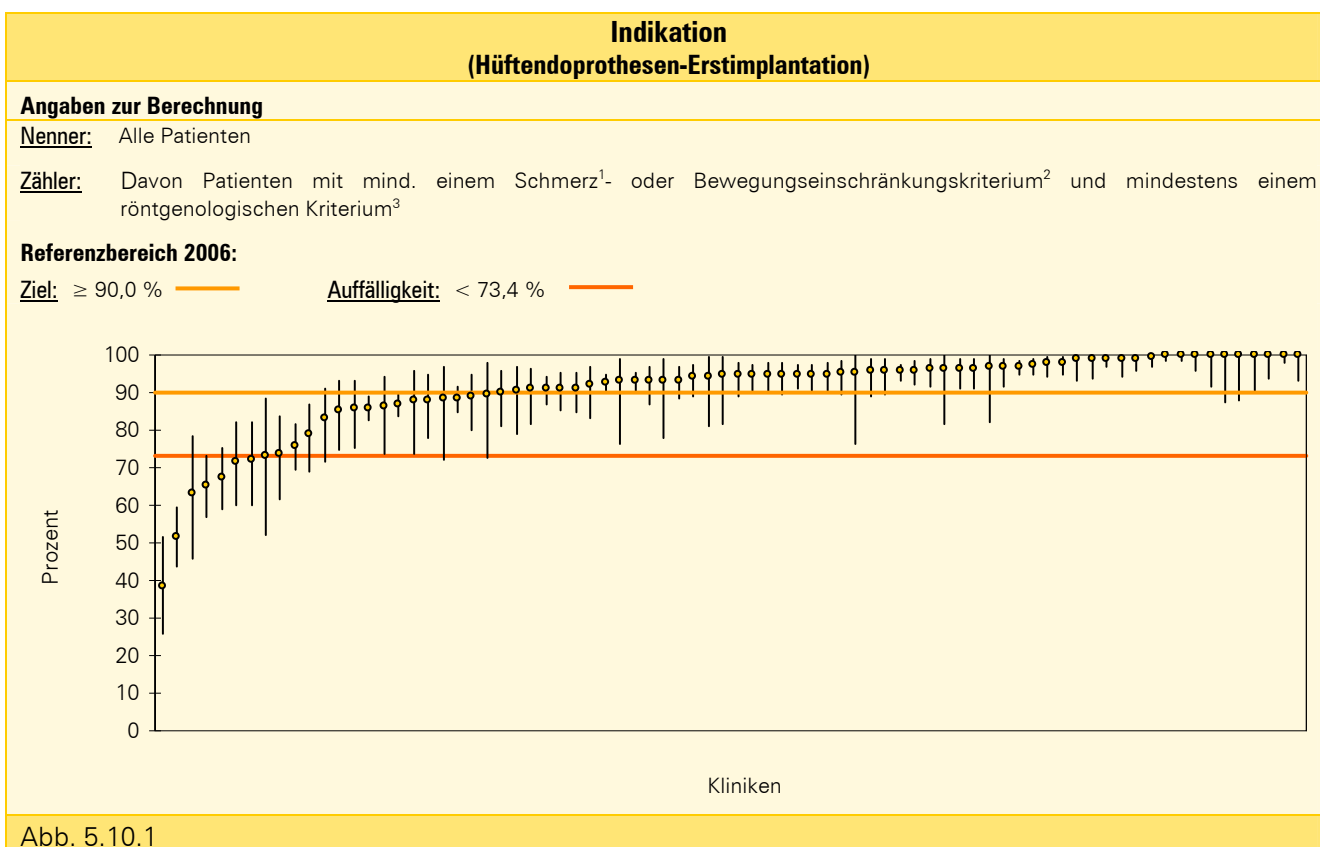


Abb. 5.10.1

¹ Ruheschmerz, Belastungsschmerz

² Bewegungseinschränkung: Ex./ Flex. schlechter als 0/0/90, Ab-/ Adduktion schlechter als 20/0/10, Außen-/Innenrotation schlechter als 20 Grad Gesamttumfang

³ Kellgren & Lawrence Score (modifiziert): 5 - 10 Punkte. Der modifizierte Kellgren & Lawrence Score ergibt sich aus der Summe der Punktwerte bei den Angaben zu Osteophyten, Gelenkspalt, Sklerose und Deformierung im Rahmen der radiologischen Beurteilung

Reoperation wegen Komplikation (Hüftendoprothesen-Erstimplantation)

Angaben zur Berechnung

Nenner: Alle Patienten

Zähler: Davon Patienten mit Reoperation aufgrund einer Komplikation

Referenzbereich 2006:

≤ 3,2 %

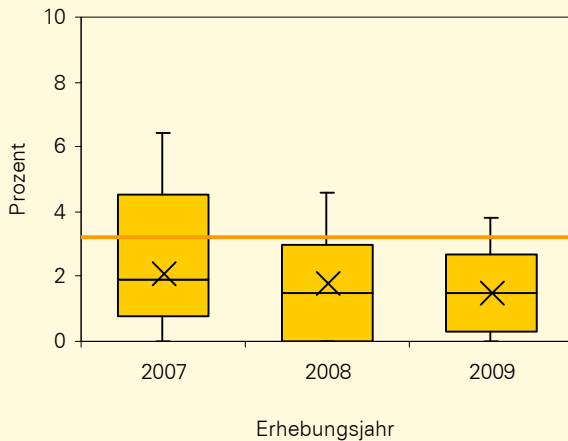


Abb. 5.10.2

Indikation

(Hüft-Endoprothesenwechsel/-komponentenwechsel)

Angaben zur Berechnung

Nenner: Alle Patienten

Zähler: Davon Patienten mit mindestens einem Schmerz¹- und mindestens einem röntgenologischen Kriterium² oder Entzündungskriterium³

Referenzbereich:

Ziel: ≥ 97,1 %

Auffälligkeit: < 87,5 %

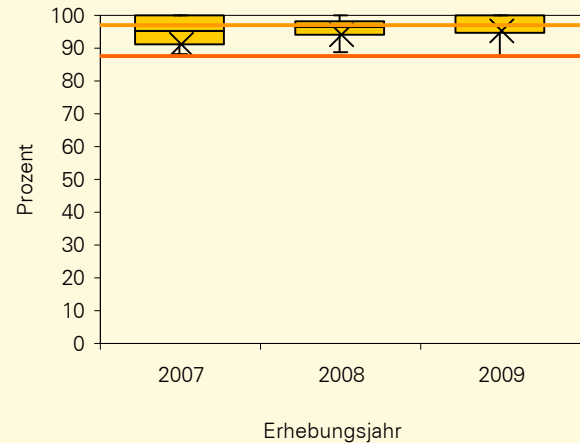


Abb. 5.10.3

Sehr erfreulich ist die Entwicklung im Bereich des Qualitätsindikators „Selten Reoperationen bei Komplikationen“ (Abb. 5.10.2). Hier verbesserte sich der Landeswert signifikant von 2,1 % in 2006 auf 1,5 % im Erhebungsjahr 2009. Die Zahl der auffälligen Kliniken halbierte sich.

Neben der Indikationsstellung wurden am häufigsten die Komplikationen Wundhämatom und Nachblutung vom Fachausschuss nachgefragt. Überwiegend lag hier ein Verständnisproblem vor, insofern als oft auch nicht behandlungsbedürftige Erscheinungen dokumentiert wurden.

¹ Ruheschmerz, Belastungsschmerz

² Implantatwanderung, Lockerung der Pfannen-Komponente, Lockerung der Schaft-Komponente, Substanzverlust Pfanne, Substanzverlust Femur, periprothetische Fraktur, Prothesen(sub)luxation

³ Entzündungszeichen im Labor, Erregernachweis



5.11 Dekubitusprophylaxe

DATENEINGANG

Im Erhebungsjahr 2009 wurden in den hessischen Krankenhäusern für den dokumentationspflichtigen Zeitraum (1. Quartal) von 137 Kliniken insgesamt 76.276 Datensätze erhoben (Fall-Range 2 – 2.084).

QUALITÄTSINDIKATOREN

Hauptziel der Qualitätssicherung mit dem Generalindikator Dekubitus ist es, das Auftreten neuer Dekubitalulzera im Laufe des stationären Aufenthaltes zu vermeiden und bereits bei Aufnahme vorhandene Schädigungen durch geeignete pflegerische Maßnahmen im Schweregrad zu reduzieren bzw. zur Abheilung zu bringen. Daher konzentriert sich die Abfrage auf klar messbare Ergebnisindikatoren, die das Vorhandensein eines Dekubitus bei der Aufnahme des Patienten und die Neuentstehung während des stationären Aufenthaltes im Focus haben.

Folgende Qualitätsindikatoren kamen zur Auswertung:

Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden:

- Beobachtete / Risikoadjustierte Rate der Patienten mit Dekubitus Grad 1 bis 4 bei Entlassung
- Beobachtete / Risikoadjustierte Rate der Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung

Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden:

- Beobachtete Rate der Patienten mit Zunahme der Gradzahl bis zur Entlassung
- Beobachtete Rate der Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung
- Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4 (Sentinel Event)

Bei den risikoadjustierten Raten werden folgende Einflussfaktoren berücksichtigt:

- Alter
- Mikrobewegung bei Aufnahme
- Intensivbehandlungsdauer
- insulinpflichtiger Diabetes mellitus



STRUKTURIERTER DIALOG

Zu den Ergebnissen 2009 wurde ein Strukturierter Dialog eingeleitet bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden mit

- Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthaltes (Risikoadjustierte Rate Dekubitus Grad 2 bis 4) (Abb. 5.11.1)
- neu aufgetretenem Dekubitus Grad 4 mit und ohne Risikofaktoren („Sentinel Event“)

Veränderung des Dekubitusstatus während des stat. Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden Risikoadjustierte Rate der Patienten mit Dekubitus Grad 2 - 4 bei Entlassung

Angaben zur Berechnung

Nenner: Patienten die ohne Dekubitus aufgenommen wurden

Zähler: Davon Patienten die mit Dekubitus Grad 2-4 entlassen wurden

Referenzbereich:

≤ 1,9 %

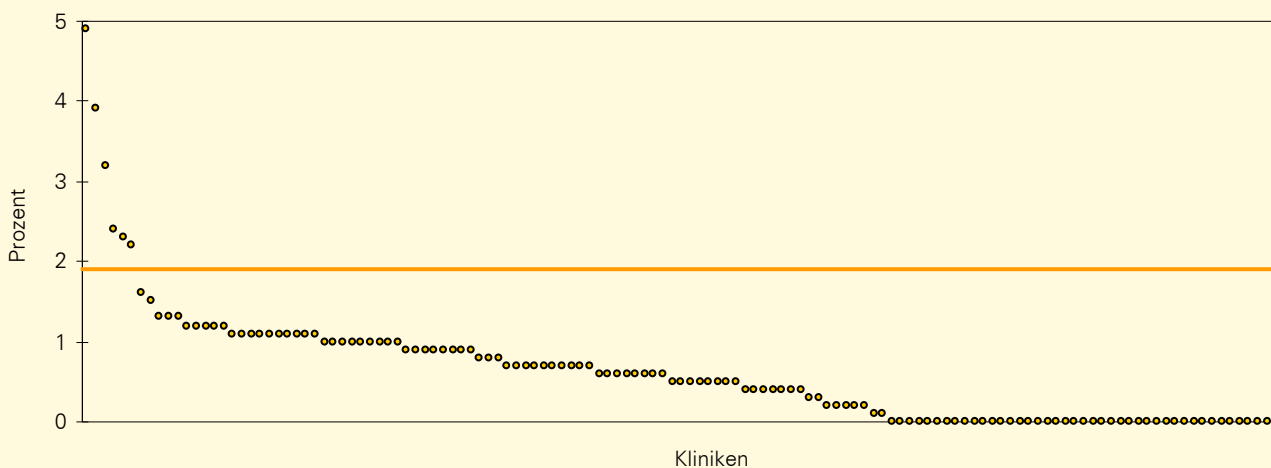


Abb. 5.11.1

Insbesondere bei den Sentinel Events ist eine deutliche Reduzierung zu sehen: Gegenüber 14 Fällen insgesamt und davon sechs ohne Risikofaktoren in 2008 fanden sich jetzt nur noch sechs bzw. zwei Sentinel Events. Ob dies an einer verbesserten Dokumentation oder an verbesserter Pflege liegt, kann noch nicht eruiert werden. In 2009 wurden insgesamt 16 Kliniken aufgrund von Auffälligkeiten kontaktiert. Sechs Häuser wiesen kein Qualitätsdefizit auf, zehn Kliniken wurden vom Fachausschuss als auffällig beurteilt, davon zwei Häuser im Rahmen eines kollegialen Gesprächs, an dessen Ende Zielvereinbarungen geschlossen und eine Kontrolle im folgenden Jahr vorgesehen wurde.

Ursachen für die Auffälligkeiten waren wie im Vorjahr oft lückenhafte Dokumentation sowie Dokumentationsfehler. Schwachstellen waren weiterhin falsche Dekubituseinstufungen bei Aufnahme und verspätete Risikoeinschätzung. Zuständigkeiten waren vielfach nicht geklärt, insbesondere wenn es um den rechtzeitigen Einsatz von Lagerungssystemen ging. Bei drei Kliniken waren aufgrund fehlender Nachvollziehbarkeit bei den Einzelfalldarstellungen Nachfragen erforderlich.

Die Stellungnahmen der Kliniken waren zum größten Teil sehr ausführlich und komplex, Standards und interne Leitlinien wurden, soweit vorhanden, dem Fachausschuss zur Verfügung gestellt. Von mehreren Häusern wurde betont, dass Personalmangel bzw. hohe Personalfluktuations auch erheblich zu mangelnder Dokumentationsqualität und nicht immer stringenter Anwendung der Standards führen können.



5.12 Ambulant erworbene Pneumonie

DATENEINGANG

Für das Jahr 2009 liegen der GQH 15.898 stationäre Fälle aus 98 hessischen Kliniken vor (Fallrange 1 – 511).

QUALITÄTSINDIKATOREN

Für die Bewertung der Daten kommen die folgenden aufgelisteten Qualitätsindikatoren zur Anwendung. Die Indikatoren orientieren sich vorwiegend an der deutschen S3-Leitlinie, die im Sommer 2005 veröffentlicht wurde. Seit dem Erhebungsjahr 2009 wurde die Bezeichnung „Anpassung“ von Diagnostik und Therapie geändert in „Überprüfung“ von Diagnostik und Therapie, da es Fälle gibt, bei denen trotz unveränderter Werte bei CRP-Kontrolle eine Beibehaltung des bisherigen Antibiotika-Regimes aus bestimmten Gründen sinnvoll erscheint.

Prozessindikatoren:

- Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
- Antimikrobielle Therapie
- Frühmobilisation
- Verlaufskontrolle CRP
- Überprüfung (bis 2008: Anpassung) Diagnostik/Therapie
- Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien.

Ergebnisindikatoren:

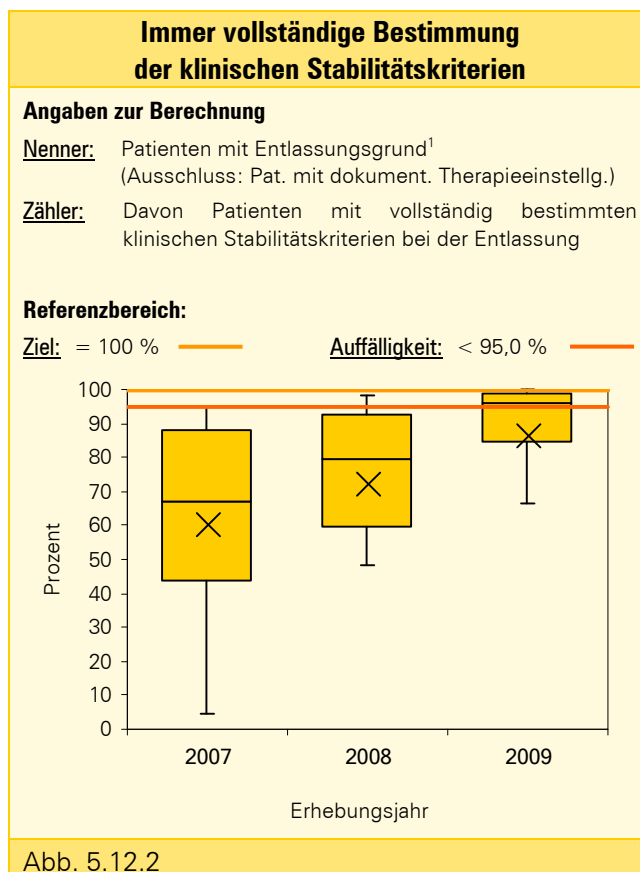
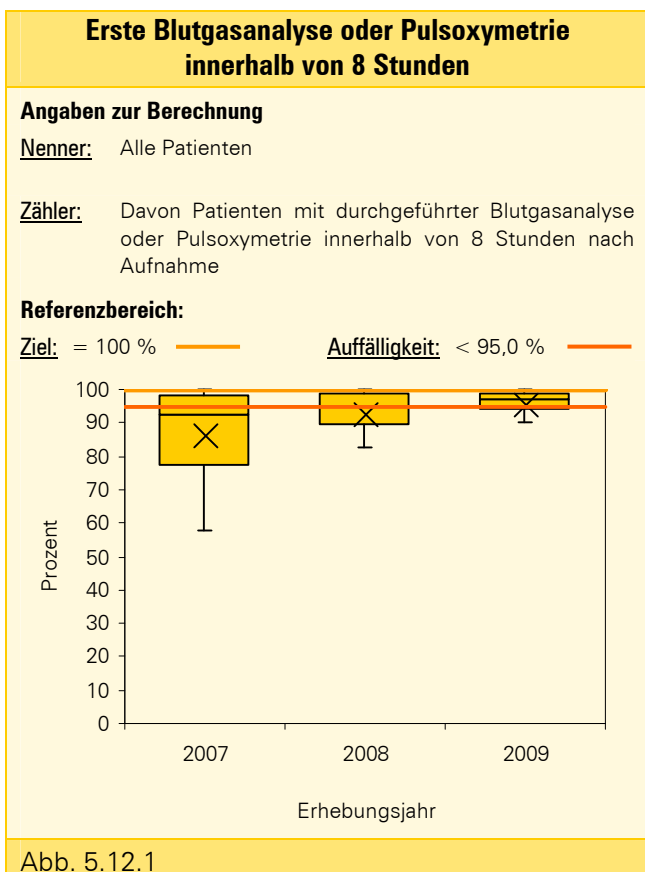
- Erfüllte klinische Stabilitätskriterien
- Krankenhaus-Letalität



STRUKTURIERTER DIALOG

Basierend auf den Ergebnissen des Erhebungsjahres 2009 und dem Strukturierten Dialog des Vorjahres wurden neben der Versendung von Hinweisen insgesamt 48 Kliniken um eine schriftliche Stellungnahme gebeten, davon 22 Häuser wegen auffälliger Werte bei den Indikatoren aus der Datenvalidierung. Wie schon im Vorjahr waren auch im Erhebungszeitraum 2009 wieder bei den Indikatoren zur Blutgasanalyse und zur Bestimmung der Stabilitätskriterien die meisten Auffälligkeiten zu verzeichnen. Wenngleich sich die Ergebnisse verbessert haben, ist in diesen beiden Bereichen immer noch nicht die flächendeckende Umsetzung erreicht.

Zwar sind die Untersuchungen zur Blutsauerstoffbestimmung (Abb. 5.12.1) mittlerweile etablierte Verfahren, doch ist die Ausstattung der Krankenhäuser weiterhin unterschiedlich; insbesondere kleine Krankenhäuser haben die entsprechende Technik zum Teil noch nicht implementiert. Bei den angeschriebenen Häusern handelte es sich zum Teil um Übertragungsfehler aufgrund organisatorischer Probleme; von den restlichen haben fast alle mitgeteilt, dass inzwischen Pulsoximeter angeschafft wurden.



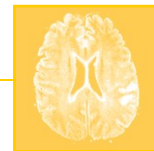
¹ Behandlung regulär beendet, Behandlung beendet und nachstationäre Behandlung vorgesehen, Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, externe Verlegung zur psychosomatischen Betreuung oder Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen

² Stabilitätskriterien: keine Desorientierung oder Desorientierung bereits bei Aufnahme, stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme, spontane Atemfrequenz von max. 24/min., Herzfrequenz von max. 100/min., Temperatur von max. 37,2 °C, Sauerstoffsättigung min. 90 %



Beim Indikator „Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien“ (Abb. 5.12.2) erreichen inzwischen über 45 % der Kliniken den von der Bundes-Fachgruppe geforderten Referenzbereich von 95 %, jedoch liegt der Landesdurchschnitt von 86,1 % noch deutlich unter dem Bundeszielwert von ≥ 95 %. Oft ist, wie in den Vorjahren, bei unauffälliger Klinik auf eine Bestimmung verzichtet worden oder die wiederholte Messung der Sauerstoffsättigung wurde nicht durchgeführt. Alle angeschriebenen Häuser teilten mit, dass das Entlassungsmanagement in dieser Hinsicht angepasst wird.

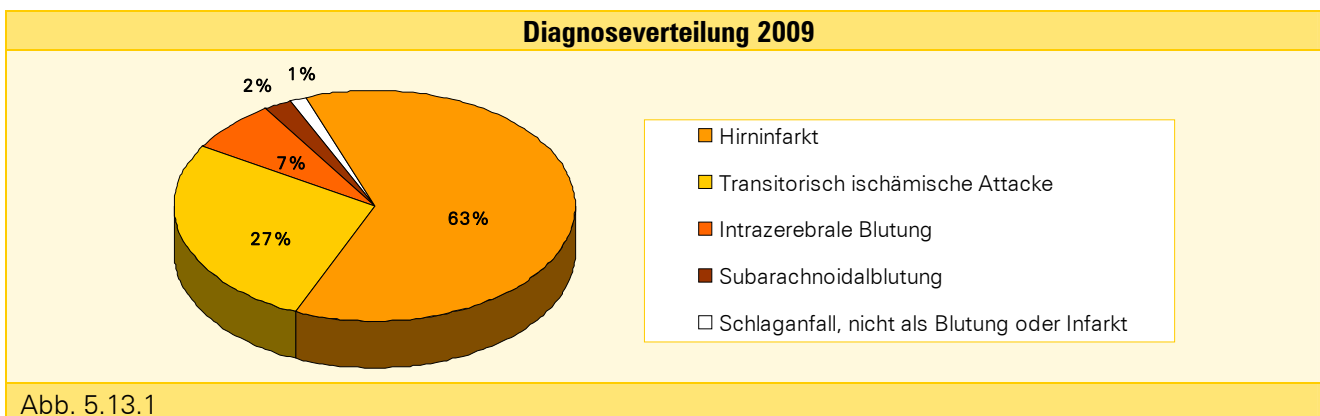
Die im Jahr 2008 eingeführte Neuerung der zusätzlichen Dokumentation, dass auf eine antimikrobielle Therapie im Rahmen einer „palliativen Versorgung“ verzichtet bzw. die Therapie vorzeitig eingestellt wurde, sollte eine bessere Interpretierbarkeit der Indikatoren, insbesondere der Letalitätsraten gewährleisten. In diesem Zusammenhang erschien es dem Fachausschuss Pneumonie von Interesse zu erfahren, wie viele Patienten der Risikoklasse I ohne Therapieeinstellung verstorben waren, welche medizinischen Gründe zum Tod geführt haben bzw. ob es sich um einen Dokumentationsfehler handelte. Hierzu wurden acht Krankenhäuser mit insgesamt 32 Fällen um die Zusendung des anonymisierten Arztbriefes gebeten.



5.13 Schlaganfall-Akutbehandlung

DATENEINGANG

Für das Erhebungsjahr 2009 wurden insgesamt 24.185 Basisdatensätze zur Qualitätssicherung in der Schlaganfall-Akutbehandlung aus 90 Kliniken an die GQH übermittelt.



QUALITÄTSINDIKATOREN

Zur Bewertung der Behandlungsdaten wurden 2009 die bereits 2008 abgebildeten Qualitätsindikatoren angewandt. Diese gliedern sich in 14 Indikatoren zur Prozess- und zwei Indikatoren zur Ergebnisqualität.

Prozessindikatoren:

- Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall
- Bildgebung ≤ 1 Stunde bei Intervall Ereignis-Aufnahme ≤ 2 Stunden
- Bildgebung ≤ 3 Stunden bei Intervall Ereignis-Aufnahme ≤ 6 Stunden
- Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA
- Screening für Schluckstörungen
- Anteil Schluckstörungen
- Frühe systemische Thrombolyse
- Antithrombotische Therapie - Antiaggregation ≤ 48 Stunden nach Ereignis
- Frühzeitige Rehabilitation
- Physio-/Ergotherapie
- Logopädie
- Frühzeitige Mobilisierung
- Information des Patienten und des sozialen Umfeldes
- Antithrombotische Therapie als Sekundärprophylaxe
- Antiaggregation
- Antikoagulation bei Vorhofflimmern

Ergebnisindikatoren:

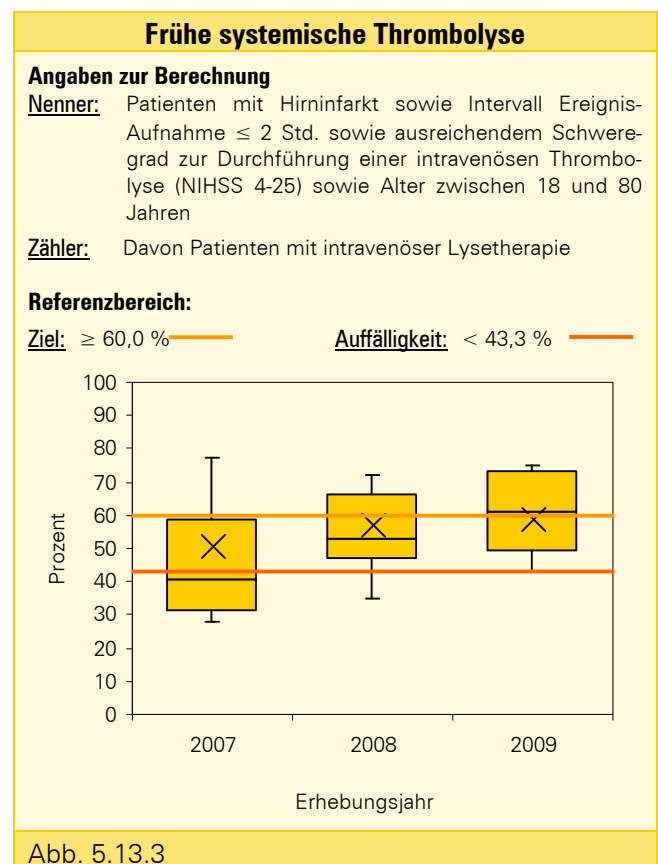
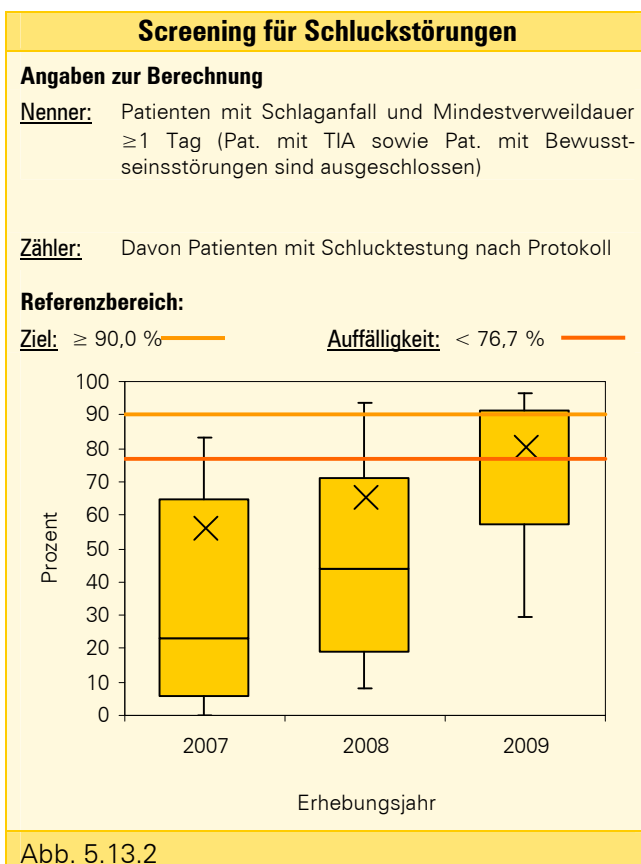
- Krankenhaussterblichkeit ab Tag sieben nach akutem Schlaganfall (risikoadjustiert)
- Pneumonierate nach Schlaganfall (risikoadjustiert)



STRUKTURIERTER DIALOG

Nachdem sich der Strukturierte Dialog für das Erhebungsjahr 2008 schwerpunktmäßig mit dem Schluckscreening befasste, lässt sich beim Drei-Jahres-Vergleich (Abb. 5.13.2) ein deutlich positiver Trend verzeichnen.

Im Indikator zur frühen systemischen Thrombolyse (Abb. 5.13.3) ist ebenfalls eine eindeutige Verbesserung der Ergebnisse ersichtlich. Dies könnte unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass die Primärbehandlung von Schlaganfallpatienten in Hessen immer häufiger in Kliniken mit angeschlossener Stroke Unit erfolgt. So wurden im Jahr 2007 61 % der Patienten in Kliniken mit Stroke Unit behandelt, in 2009 waren es bereits 68 %.



Einer der Hauptaugenmerke im Strukturierten Dialog wurde auch auf den Indikator „Pneumonierate nach Schlaganfall“ gerichtet werden. Häufig kontaktiert wurden hierzu Stroke Units, da in diesen auffällig hohe Pneumonieraten abgebildet wurden. Das Ergebnis im Strukturierten Dialog war eine doch sehr unterschiedliche Interpretation der Pneumonie als Komplikation in den einzelnen Kliniken. Der Fachausschuss ZNS hat sich daraufhin auf die Definition des Robert-Koch-Institutes geeinigt und es erfolgte eine entsprechende Information der Kliniken.

Im Strukturierten Dialog für das Erhebungsjahr 2009 wurden die Kliniken insbesondere zu Auffälligkeiten im Indikator (QI) „Information des Patienten und des sozialen Umfeldes“ (Abb. 5.13.4) kontaktiert. Dieser QI zeigt die Anzahl der Patienten und/oder Angehörigen, die vor Entlassung durch den Arzt zum Krankheitsverlauf bzw.



zu Präventionsmaßnahmen und durch den Sozialdienst bzw. Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten informiert wurden. Auch wenn die Effektivität dieser Maßnahmen in Bezug auf das Behandlungsergebnis nicht eindeutig belegt werden kann, so sind sie dennoch zu empfehlen, da somit ein besseres Krankheitsverständnis bei Patienten und Angehörigen erzielt wird.

Informationen des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)

Angaben zur Berechnung

Nenner: Alle Patienten (Verstorbene sind ausgeschlossen)

Zähler: Davon Patienten mit Information Patient und/oder Angehörige vor Entlassung durch Arzt zu Krankheitsverlauf/Prävention und mit Information Patient und/oder Angehörige vor Entlassung durch Sozial-/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten

Referenzbereich 2009:

Ziel: $\geq 90,0\%$

Auffälligkeit: $< 72,3\%$

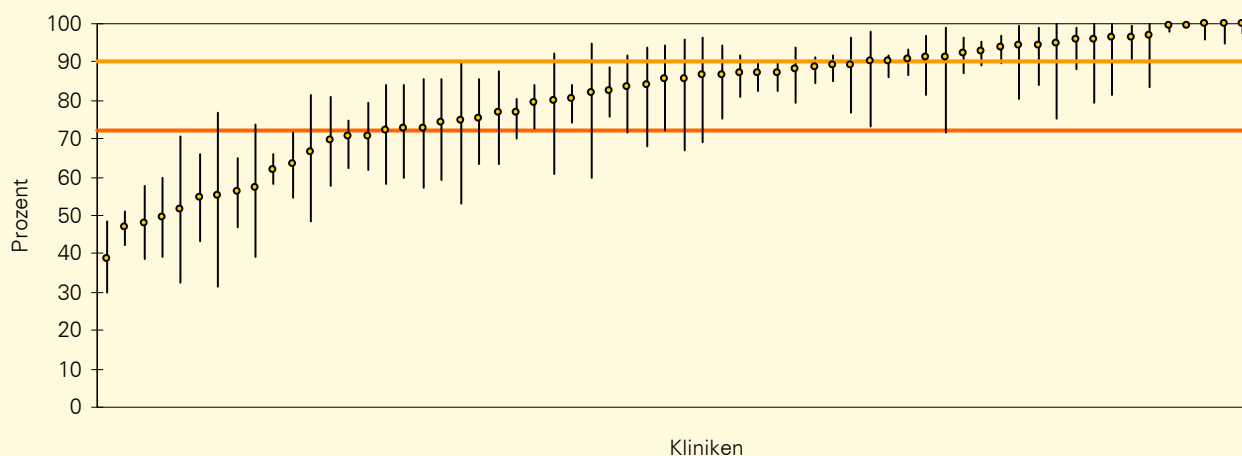


Abb. 5.13.4

Erstmals erfolgten im Rahmen des Strukturierten Dialoges Begehungen in drei Kliniken, bei denen Zweifel an einer optimalen Versorgungsqualität von Schlaganfallpatienten bestand. Diese Begehungen, welche auch durch einen Vertreter des Fachausschusses begleitet wurden, gestalteten sich wie folgt:

1. Vorstellung und Einführungsgespräch
2. Begehung und Nachvollzug der diagnostischen und therapeutischen Kette, insbesondere Notaufnahme, Bildgebung, Dopplersonographie, Überwachungsstation, ggf. Intensivstation, therapeutisches Team, Vorstellung des clinical pathway
3. Prüfung der Datenvalidität durch Einsicht in Patientenakten und Abgleich mit der QS-Dokumentation
4. Schlussbesprechung mit Zielvereinbarungen

Zum einen zeigten sich bei dem Datenabgleich in zwei Kliniken gravierende Fehldokumentationen. Weiterhin existieren in zwei Kliniken Vereinbarungen mit dem regionalen Rettungsdienst, dass alle Schlaganfallpatienten (mit eindeutiger Diagnose oder Verdachtsdiagnose), die innerhalb des Lysefensters gemeldet werden, direkt auf eine Stroke Unit verbracht werden. In einer Klinik stellte sich eine geänderte Situation in der Schlaganfallversorgung dar; hier wurde inzwischen eine Kooperationsvereinbarung mit einer neurologischen Klinik in Form von Tele-Medizin getroffen.

Die Ergebnisse dieser Kliniken des Jahres 2010 werden unter Berücksichtigung der getroffenen Zielvereinbarungen bewertet. Sollte nach wie vor keine Verbesserung zu verzeichnen sein, erfolgt eine Aufhebung der Anonymität im Lenkungsausschuss.



5.14 Neonatologie

DATENEINGANG

Im Jahr 2008 wurden im Rahmen der Neonatalerhebung Hessen 6.329 Kinder, die innerhalb von zehn Tagen nach ihrer Geburt stationär aufgenommen werden mussten, erfasst. Insgesamt beteiligten sich in Hessen 14 Kinderkliniken an diesem Projekt. Die Fallzahlen reichten von 89 bis 816 bei einem durchschnittlichen Wert von 452 pro Klinik.

QUALITÄTSINDIKATOREN

Prozessindikatoren:

- Augenärztliche Untersuchung bei Frühgeborenen < 1.500 g
- Hörscreening bei Frühgeborenen < 1.500 g
- Aufnahmetemperatur < 36°C

Ergebnisindikatoren:

- Pneumothorax unter Beatmung
- Sterblichkeit bei Frühgeborenen (< 1.500 g und/oder < 32 Wochen)
- Intraventrikuläre Hämorrhagie > II° bei Frühgeborenen < 1.500 g
- Retinopathie > II° bei Frühgeborenen < 1.500 g
- Bronchopulmonale Dysplasie bei Frühgeborenen < 1.500 g

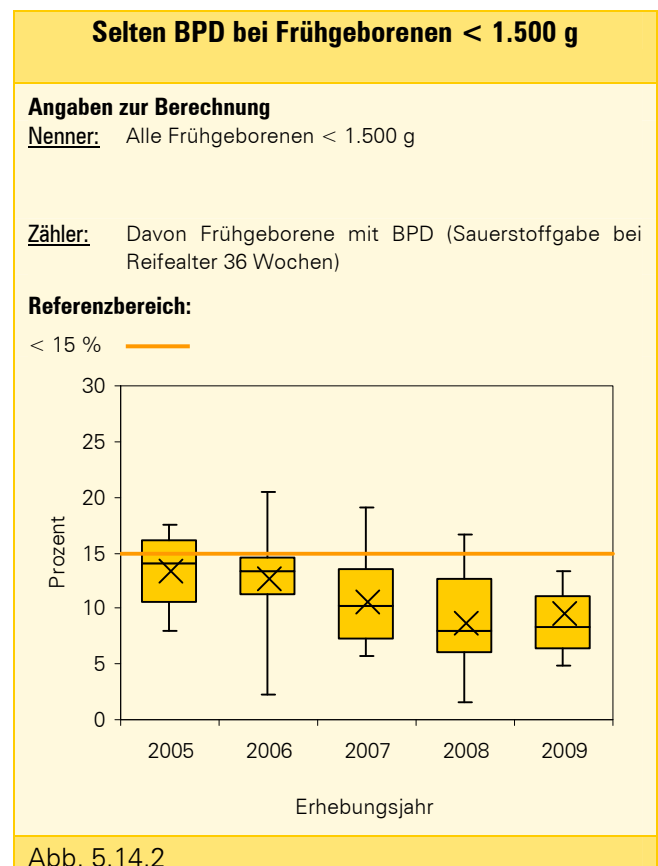
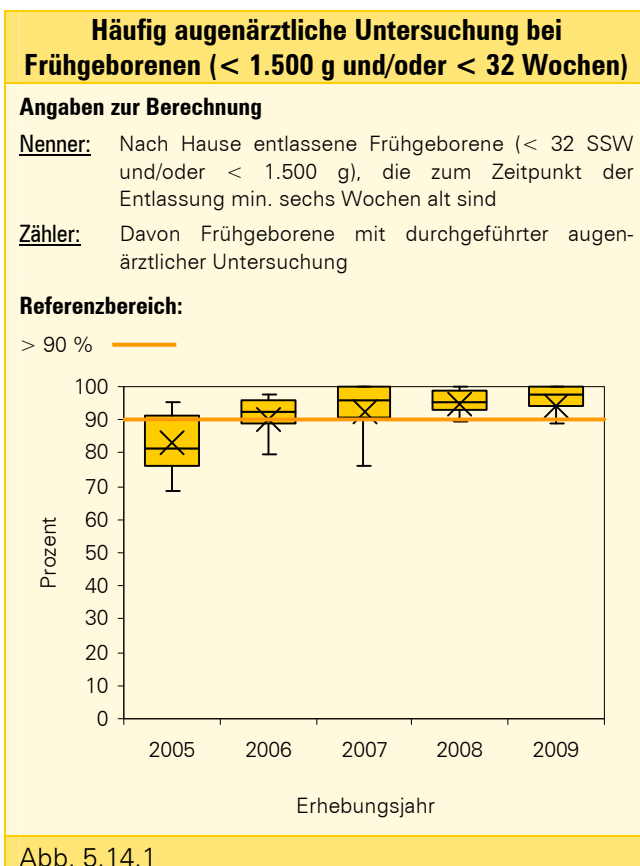


STRUKTURIERTER DIALOG

Im Rahmen der hessischen Neonatalerhebung werden mittlerweile seit 2004 Qualitätsindikatoren ausgewertet und basierend darauf auch Strukturierte Dialoge durchgeführt. Im Bereich der Neonatologie ist dies in dieser Weise in keinem weiteren Bundesland bisher umgesetzt worden.

Das Hauptaugenmerk beim Strukturierten Dialog liegt auf den Prozessindikatoren, da für die Ergebnisindikatoren eine bisher fehlende Risikoadjustierung auch die Vergleichbarkeit der Daten verhindert.

Am Beispiel des Qualitätsindikators „Häufig augenärztliche Untersuchung bei Frühgeborenen“ (Abb. 5.14.1) sieht man die positive Entwicklung, welche vergleichbar bei allen Prozessindikatoren zu sehen ist. Trotzdem bittet die GQH regelmäßig und auf immer höherem Niveau um Stellungnahme bei Abweichung vom Referenzbereich. Für das Jahr 2009 wurden im Rahmen der Prozessindikatoren drei Kliniken angeschrieben, zwei wegen vergleichsweise vielen Fällen mit Aufnahmetemperatur $< 36^{\circ}\text{C}$, eine Klinik bei Abweichung im Indikator „Augenärztliche Untersuchung bei Frühgeborenen“. Die Gründe der Kliniken hierzu sind, wie so oft, multifaktoriell, zum Teil waren es besondere Einzelfälle welche ein abweichendes Ergebnis begründeten (z.B. Hypothermiebehandlung), zum Teil aber auch Dokumentationsfehler in den Kliniken. Auch kritische Äußerungen zur Definition eines Indikators wurden laut. Diese werden im Fachausschuss Perinatalogie diskutiert und ggf. auch bei der Weiterentwicklung der Indikatoren berücksichtigt.



Eine sehr erfreuliche Entwicklung zeigt sich beim Qualitätsindikator „Möglichst selten BPD bei Frühgeborenen < 1.500 g“ (siehe hierzu Abb. 5.14.2). Die Bronchopulmonale Dysplasie ist eine Lungenerkrankung bei



Frühgeborenen, die unter anderem auch durch unsachgemäßes Beatmungsmanagement entstehen kann. Sie konnte in den letzten Jahren in Hessen, auch unter Mithilfe des Strukturierten Dialoges, massiv gesenkt werden.

Anmerkung:

Die Qualitätssicherung in der Neonatologie wurde mit den Daten 2009 zum letzten Mal als Landesprojekt umgesetzt. Seit 2010 ist es in den Katalog der bundesweit einheitlichen Verfahren aufgenommen worden. Diesbezüglich erfolgten auch eine Anpassung der Datensätze sowie eine Neudefinition von Qualitätsindikatoren (die sich jedoch zum Großteil von den hessischen Indikatoren ableiten).

Leseanleitung zu den Abbildungen

Box-and-Whisker-Plot

Für die Darstellung von Ergebnissen im zeitlichen Verlauf werden Box-and-Whisker-Plots verwendet, die im Folgenden an einem ausgewählten Beispiel erläutert werden (s. Abb. 1 und 2).

Die Referenzbereiche werden jeweils durch eine gelbe horizontale Linie repräsentiert, der Hessenwert ist durch ein X dargestellt. Als Box wird das durch die Quartile bestimmte (gelbe) Rechteck bezeichnet. Sie umfasst 50 % der Krankenhäuser. Durch die Länge der Box ist der Interquartilabstand abzulesen. Dies ist ein Maß der Streuung, welches durch die Differenz des oberen und unteren Quartils bestimmt ist. Als Weiteres ist der Median in der Box eingezeichnet, welcher durch seine Lage innerhalb der Box einen Eindruck von der Schiefe der den Daten zugrunde liegenden Verteilung vermittelt.

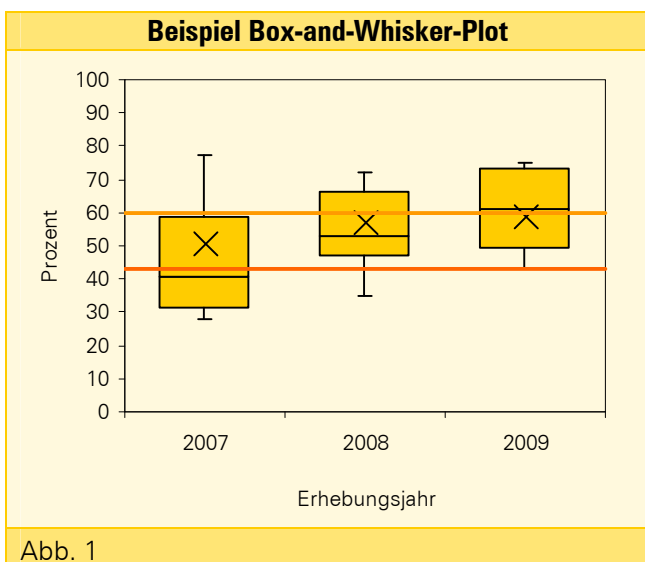


Abb. 1

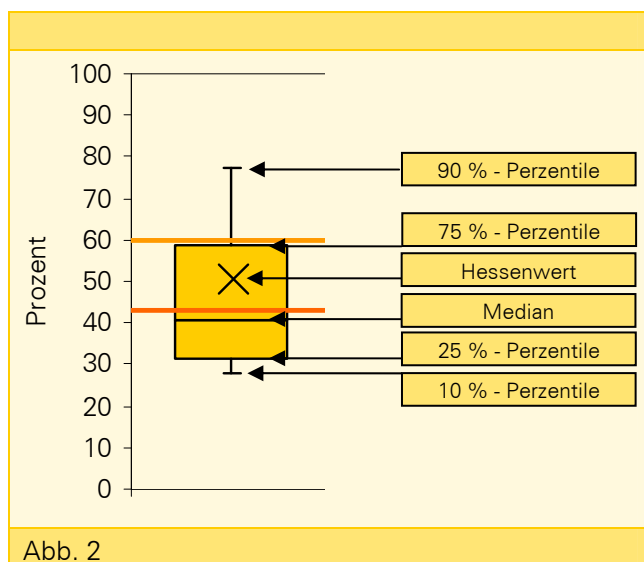


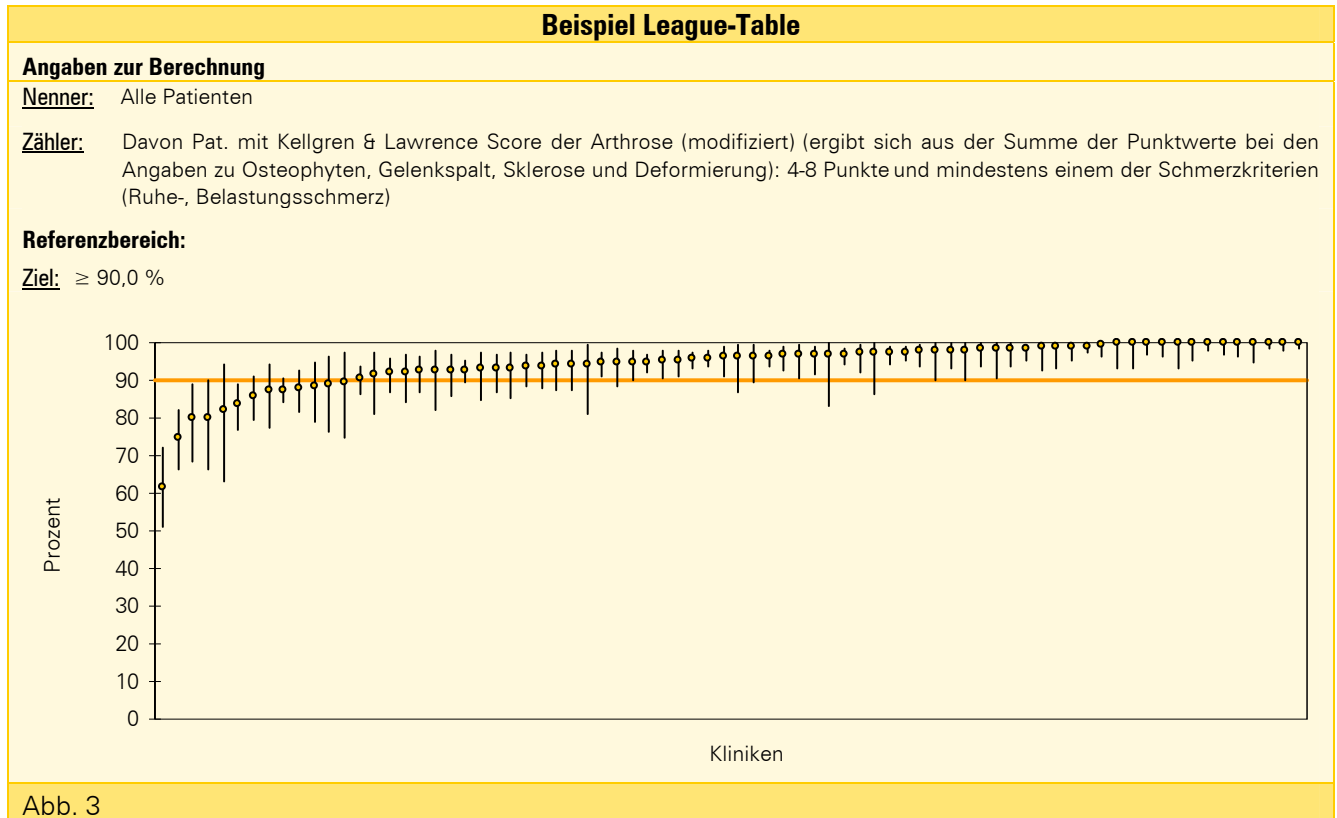
Abb. 2

League-Table

Die Darstellung in Form von league-tables (Liga-Tabellen) ermöglicht die Abbildung signifikanter Unterschiede zwischen beteiligten Einrichtungen bzw. zwischen einer Einrichtung und dem geforderten Referenzbereich. Der Aufbau der Grafik wird anhand eines Beispiels aus dem Bereich der Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation erläutert (Abb. 3).

Auf der x-Achse werden die Ergebnisse der Kliniken für den jeweiligen Qualitätsindikator in Prozent angegeben. Jeder Punkt repräsentiert den Wert einer Klinik. Die vertikalen Linien auf beiden Seiten der Punkte kennzeichnen das 95%-Konfidenzintervall. Hierbei weisen große Intervalle (=lange Linien) auf geringe Fallzahlen hin. Aus methodischen Gründen fehlt das Konfidenzintervall bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren. Klinikwerte mit Fallzahlen von unter 20 (Nennerbedingung) werden aufgrund der großen Konfidenzintervalle in der Grafik nicht aufgeführt. Der Ziel- und Auffälligkeitsbereich – sofern definiert – wird jeweils durch eine gelbe horizontale Linie gekennzeichnet. Als Sortierkriterium wird der Grad der Zielerreichung in aufsteigender Form gewählt („auffällige“ Klinikergebnisse sind links angeordnet).

Alle Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs stellen eine rechnerische Auffälligkeit dar. Zeigt das Konfidenzintervall zusätzlich keine Überschneidung mit dem geforderten Bereich, liegt eine statistisch signifikante Auffälligkeit vor.





GQH

Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen

Frankfurter Straße 10-14
65760 Eschborn

Telefon: (06196) 40 99 74
Telefax: (06196) 40 99 98
eMail: mail@gqhnet.de
Internet: www.gqhnet.de