

Bericht an den Gemeinsamen Bundesausschuss

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

Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2013

Niedersachsen

Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung
Thielenplatz 3
30159 Hannover

Stand: 23. März 2015

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

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

Der Bericht zum strukturierten Dialog orientiert sich genau an dem mit der Arbeitsgruppe „Externe stationäre Qualitätssicherung“ des Unterausschusses „Qualitätssicherung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) abgestimmten Berichtsentwurf zur Gliederung und inhaltlichen Ausgestaltung der Textform der Berichte zum strukturierten Dialog.

Inhaltsverzeichnis:

1. Zusammenfassung	Seite 3
2. Schwerpunktthemen der Bundesebene	Seite 7
2.1 Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf aus Sicht der Bundesebene (C-Indikatoren)	Seite 8
2.2 Anfragen der AG „Externe stationäre Qualitätssicherung“	Seite 10
2.3 Empfehlungen der Bundesfachgruppen zum Strukturierten Dialog 2013	Seite 10
3. Qualitätsindikatoren mit Abweichung des Landesergebnisses vom Bundes-Referenzbereich / Sentinel Events	Seite 15
4. Datenvalidierungsverfahren der Bundesebene	Seite 24
4.1 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich	Seite 24
4.2 Statistische Basisprüfung	Seite 26
4.3 Vollzähligkeit	Seite 28
4.4 Anlage von Minimaldatensätzen (MDS)	Seite 29
5. Landesspezifika	Seite 30

1. Zusammenfassung

Von den niedersächsischen Arbeitsgruppen wurden für das Erfassungsjahr 2013 die statistischen Ergebnisse von 273.912 Datensätzen und Risikostatistiken der externen Qualitätssicherung aus 188 niedersächsischen Krankenhäusern beurteilt.

In den 20 von der Landesebene betreuten Leistungsbereichen wurden insgesamt 403 Qualitätsindikatoren ausgewertet. Von allen, insgesamt 21.258 berechneten Einzelergebnissen, wurden bei 1.891 (8,9%) eine Abweichung vom festgelegten Referenzbereich festgestellt (rechnerische Auffälligkeit). Daraufhin wurde mit den Krankenhäusern mit rechnerischen Auffälligkeiten Kontakt aufgenommen. In 558 (29,5%) dieser Fälle wurden die Krankenhäuser in Form eines Hinweisschreibens um interne Prüfung gebeten. Bei 1.335 (70,5%) der Fälle wurden die Krankenhäuser zur schriftlichen Stellungnahme aufgefordert. In 50 (3,7%) Fällen mit der Bitte um Stellungnahme waren abschließend zur Bewertung kollegiale Gespräche zwischen der zuständigen Arbeitsgruppe und dem betreffenden Krankenhaus notwendig. Die nachfolgende Übersicht gibt einen Überblick über das Gesamtmengengerüst einschließlich der abschließenden Bewertung sowie eine getrennte Darstellung pro Arbeitsgruppe:

		Kardiologie	Chirurgie	Gynäkologie und Geburtshilfe	Orthopädie und Unfallchirurgie	Dekubitusprophylaxe	Pneumonie	Gesamt
betrachtete Einzelergebnisse im strukturierten Dialog		6.720	1.432	3.097	7.852	376	1.781	21.258
		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
davon Abweichungen vom Referenzbereich		373	126	291	625	85	391	1.891
		5,55%	8,80%	9,40%	7,96%	22,61%	21,95%	8,90%
davon Hinweise		71	0	50	228	0	209	558
		19,03%	0,00%	17,18%	36,48%	0,00%	53,45%	29,51%
davon Stellungnahmen		302	126	241	399	85	182	1.335
		80,97%	100,00%	82,82%	63,84%	100,00%	46,55%	70,60%
davon kollegiale Gespräche		14	4	7	15	0	10	50
		4,64%	3,17%	2,90%	3,76%	0,00%	5,49%	3,75%
Bewertung auf Basis aller Einzelergebnisse	auffällig	90	13	45	79	23	100	350
		1,34%	0,91%	1,45%	1,01%	6,12%	5,61%	1,65%
	Hinweise	71	0	50	228	0	209	558
		1,06%	0,00%	1,61%	2,90%	0,00%	11,73%	2,62%
	unauffällig	6.559	1.419	3.000	7.543	353	1.472	20.346
		97,60%	99,09%	96,87%	96,06%	93,88%	82,65%	95,71%
Bewertung auf Basis der Einzelergebnisse mit Abweichung vom Referenzbereich	auffällig	90	13	45	79	23	100	350
		24,13%	10,32%	15,46%	12,64%	27,06%	25,58%	18,51%
	Hinweise	71	0	50	228	0	209	558
		19,03%	0,00%	17,18%	36,48%	0,00%	53,45%	29,51%
	unauffällig	212	113	196	318	62	82	983
		56,84%	89,68%	67,35%	50,88%	72,94%	20,97%	51,98%

Am Ende eines kollegialen Gespräches wurde mit 19 der 22 betroffenen Krankenhäuser eine Zielvereinbarung geschlossen. Dies betraf die Leistungsbereiche aus den Fachgebieten Kardiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Pneumonie. In einem Fall war keine Zielvereinbarung mit dem Krankenhaus notwendig, da das Krankenhaus bereits Maßnahmen umgesetzt hat, die eine Zielvereinbarung aus Sicht der Arbeitsgruppe entbehrlich machten. Im zweiten Fall wurde von der zuständigen Arbeitsgruppe die Empfehlung ausgesprochen, die Patienten zeitnah zur Behandlung in andere Krankenhäuser zu verlegen. Eine gesonderte Zielvereinbarung über die Empfehlung hinaus wurde von der Arbeitsgruppe mit dem Krankenhaus nicht vereinbart. Auch im dritten Fall war eine Zielvereinbarung mit dem Krankenhaus nicht notwendig, da bereits zum Zeitpunkt des kollegialen Gespräches eine geänderte Versorgungsstruktur des Krankenhauses vorlegen hatte.

Übersicht über kollegiale Gespräche und Zielvereinbarungen 2013 (22 Krankenhäuser zu 50 Qualitätsindikatoren)

Krankenhaus	Kardiologie		Chirurgie	Gynäkologie und Geburtshilfe			Orthopädie und Unfallchirurgie			Pneumonie	Gesamt	Kategorien der Zielvereinbarungen					
	09/1	21/3	10/2	16/1	18/1	NEO	17/1	17/2	17/5	PNEU		Prozessanpassung der med. Leistungserbringung	Konzeptentwicklung	Anschaffung neuer Geräte	Fort- und Weiterbildung des Personals	Überprüfung/Anpassung der Dokumentation	Leistung ggf. nicht mehr erbringen
1		1									1		x				
2		4									4	x	x				
3	1										1	x	x			x	
4		2									2		x				
5	1	2									3		x		x		
6	2	1									3	x					
7			2								2	x	x				
8			1								1	x			x		
9			1								1	x			x		
10				1							1		x		x		
11				1							1	x					
12				2							2	x		x			
13					1						1	x					
14						2					2	x		x			
15							1				1	x					x
16								1			1						x
17								3	2		5		x		x		
18								1			1			x	x		
19								6			6			x	x		
20							1				1						x
21										5	5				x		
22										5	5	x	x		x		
Gesamt	4	10	4	4	1	2	2	11	2	10	50	x	x		x		

Darüber hinaus sind als weitere Maßnahmen mit 76 Krankenhäusern 84 Zielvereinbarungen ohne kollegiales Gespräch getroffen worden. Dies betraf die Leistungsbereiche aus den Fachgebieten Kardiologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädie und Unfallchirurgie, Dekubitus sowie Pneumonie.

Übersicht über die Zielvereinbarungen ohne kollegiales Gespräch

Anzahl KH	Kardiologie			Gynäkologie und Geburtshilfe		Orthopädie und Unfallchirurgie		Dekubitus	Pneumonie	Anzahl QI	Kategorien der Zielvereinbarungen			
	09/1	09/4	21/3	18/1	NEO	17/1	17/2	DEK	PNEU		Prozessanpassung der med. Leistungserbringung	Konzeptentwicklung	Fort- und Weiterbildung des Personals	Überprüfung/Anpassung der Dokumentation
3	3									3	1	1		3
1		1								1				1
2			4							4				4
3				3						3	2			3
3					4					4				4
22						22				22			22	22
36							37			37				37
1								1		1			1	1
5									9	9	9		5	3
Gesamt	3	1	4	3	4	22	37	1	9	84	12	1	28	78

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

Die Bundesfachgruppen haben für das Jahr 2013 sechs Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf (sog. C-Indikatoren) identifiziert. Diese betreffen die Module 09/3 (Herzschrittmacher - Revision/-Systemwechsel/-Explantation), 09/4 (Implantierbare Defibrillatoren), 09/6 (Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation), 16/1 (Geburtshilfe), 18/1 (Mammachirurgie) und PNEU (Pneumonie).

Qualitätsindikatoren mit Abweichung des Landesergebnisses vom Bundes-Referenzbereich

Bei 23 Qualitätsindikatoren zeigten sich in Niedersachsen Abweichungen der Landesergebnisse von den Referenzbereichen der Bundesebene (Tabellen 2 und 3). Davon sind 19 Sentinel-Event-Indikatoren, bei denen jeder Einzelfall geprüft wird. Bei zwei der übrigen vier Qualitätsindikatoren hat sich das Ergebnis im Vergleich zum Jahr 2011 signifikant verbessert. Bei den anderen zwei Qualitätsindikatoren hat sich das Ergebnis im Vergleich zum Jahr 2011 nicht signifikant verändert.

Datenvalidierung

Im Rahmen der Datenvalidierung werden die von den Krankenhäusern übermittelten Daten auf Vollständigkeit, Vollständigkeit und Plausibilität überprüft (Tabelle 4). Dafür werden sowohl das Stichprobenverfahren mit Zweitabgleich (Vor-Ort-Überprüfung der Dokumentation in landesweit 5% der Krankenhäuser pro Modul) als auch die statistische Basisprüfung mit strukturiertem Dialog durchgeführt. Für das Erfassungsjahr 2013 wurden von der Bundesebene die Module 10/2 (Karotis-Revaskularisation) und 17/7 (Knie-Totalendoprothesenwechsel und komponentenwechsel) in diesem Verfahren ausgewählt.

Im Rahmen der Vor-Ort-Prüfung der Daten im Krankenhaus wurden für das Modul 10/2 drei Krankenhäuser und für das Modul 17/7 fünf Krankenhäuser in Niedersachsen von der Projektgeschäftsstelle besucht und die Qualitätssicherungs-Dokumentation mit der Dokumentation in der Patientenakte verglichen. Bedeutsame qualitätssicherungsrelevante Abweichungen lagen in keinem Krankenhaus vor.

Im Rahmen der statistischen Basisprüfung mit strukturiertem Dialog wurden anhand von Rechenmodellen die Daten der Krankenhäuser mittels neu entwickelter als auch bereits bewährter Auffälligkeitskriterien überprüft. Dabei waren zwischen 0 und 16,7% (2 von 12 Krankenhäusern) rechnerisch auffällig.

Als Hauptgrund für die Abweichungen im Bereich der Datenvalidierung wurde in den von den Krankenhäusern übermittelten Stellungnahmen das fehlende Verständnis der Krankenhäuser bezüglich der Anfragen zur Dokumentationsqualität identifiziert. Dem AQUA-Institut wurde mitgeteilt, dass Anfragen bezüglich der Dokumentation im Krankenhaus einfach und verständlich formuliert werden müssen. Dies war bisher nicht der Fall. Selbst Arbeitsgruppenmitglieder haben die Anfragen zur Dokumentationsqualität erst nach intensiver Beratung innerhalb der Arbeitsgruppen richtig interpretieren können.

Abschließend wurde für jedes Modul und jedes Krankenhaus sowohl eine Unter- (< 95%) als auch eine Überdokumentation (> 110%) hinterfragt. Die häufigsten Ursachen für die Underdokumentation waren organisatorische Probleme des Krankenhauses (z.B. Softwareprobleme/ -wechsel) und eine fehlerhafte Dokumentation. Als Ursachen für eine Überdokumentation wurden hier vor allem fehlerhafte Dokumentationen identifiziert. Zum größten Teil haben die Krankenhäuser bereits mit der Behebung der Probleme begonnen.

Alle niedersächsischen Krankenhäuser wurden von der Projektgeschäftsstelle über die Erkenntnisse aus der Datenvalidierung für 2013 informiert und gebeten, die Dokumentation für das Erfassungsjahr 2014 intern zu überprüfen, ggf. fehlerhafte Datensätze zu korrigieren und bis zum 28. Februar 2015 erneut zu übermitteln. So können die Erkenntnisse aus dem Erfassungsjahr 2013 bereits für die Dokumentation des Erfassungsjahres 2014 genutzt werden.

2. Schwerpunktthemen der Bundesebene

Tabelle 1: Schwerpunkt-Qualitätsindikatoren der Bundesebene							
Leistungsbereich	Modul-Kennzahl	Bezeichnung: Schwerpunkt-Indikatoren	Referenzbereich 2013	Ergebnis		Tendenz	Kommentierung
				2013	2011		
Herzschrittmacher-Implantation	09/1 - 10223	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)	>=75,0%	94,90%	94,60%	↑	Seite 10
	09/1 - 10249	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (DDD)	>=80,0%	98,20%	97,90%	↑	Seite 10
Herzschrittmacher -Revision/-Systemwechsel/ -Explantation	09/3 - 51988	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	<=6,0%	3,60%	*	hier nicht anwendbar	Seite 8
	09/4 - 50004	Leitlinienkonforme Indikation	>=90,0%	96,30%	**	**	Seite 8
Implantierbare Defibrillatoren	09/4 - 50010	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)	>=75,0%	96,80%	95,00%	↑	Seite 11
	09/4 - 50011	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)	>=80,0%	95,80%	95,20%	↑	Seite 11
	09/4 - 50012	Durchleuchtungszeit bis 60 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems	>=90,0%	96,50%	95,50%	↑	Seite 11
	09/6 - 52001	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	<=6,0%	5,40%	*	hier nicht anwendbar	Seite 8
Geburtshilfe	16/1 - 318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	>= 90,0 %	95,20%	94,60%	↑	Seite 9
	18/1 - 50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	<= 29,8 %	19,50%	**	**	Seite 9
Mammachirurgie	18/1 - 51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	>= 90,0 %	97,00%	*	hier nicht anwendbar	Seite 12
	18/1 - 51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	>= 80,0 %	93,90%	*	hier nicht anwendbar	Seite 13
Ambulant erworbene Pneumonie	PNEU - 50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	>= 98,0 %	94,50%	**	hier nicht anwendbar	Seite 9

* Indikator in dieser Form im Jahr 2011 nicht existent
 ** Ergebnis 2011 auf Grund von (leicht) veränderten Rechenregeln nur bedingt mit Ergebnis 2013 vergleichbar

Legende

Ergebnis liegt innerhalb des Referenzbereichs
 signifikant verbessert
 nicht signifikant verändert
 signifikant verschlechtert

Die Entscheidung über Signifikanz wird getroffen anhand des Ergebnisses plus 95%-Konfidenzgrenzen. Wenn sich die Bereiche aus beiden Jahren nicht überlappen, dann liegt eine signifikante Veränderung vor. Ob ein Ergebnis verbessert oder verschlechtert ist, entscheidet sich durch Interpretation der Veränderung in Bezug zum geforderten Referenzwert.

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

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
09/3	Herzschrittmacher – Revision/-Systemwechsel / -Explantation
09n3 – 51988	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeingriff

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\leq 6\%$ ein Wert von 3,6% vor. Aussagen zur Tendenz bezüglich des Vergleichsjahres 2011 sind nicht möglich, da dieser Indikator im Jahr 2011 noch nicht existierte.

Mit 22 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog geführt. 19 Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“ und drei als „qualitativ auffällig“ eingestuft.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
09/4	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation
09n4 – 50004	Leitlinienkonforme Indikation

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\geq 90\%$ eine Rate von 96,3% gegenüber 95,3% im Jahr 2011 vor. Aussagen zur Tendenz bezüglich des Vergleichsjahres 2011 sind auf Grund von leicht veränderten Rechenregeln nur bedingt möglich.

Mit drei Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog geführt. Zwei Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“ und eins als „qualitativ auffällig“ eingestuft.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
09/6	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/ Explantation
09n6 – 52001	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeingriff

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\leq 6\%$ ein Wert von 5,4% vor. Aussagen zur Tendenz bezüglich des Vergleichsjahres 2011 sind nicht möglich, da dieser Indikator im Jahr 2011 noch nicht existierte.

Mit 18 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog geführt. 16 Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“ und zwei als „qualitativ auffällig“ eingestuft.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
16/1	Geburtshilfe
16n1 – 318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburt

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\geq 90,0\%$ eine nicht signifikant veränderte Rate von $95,2\%$ gegenüber $94,6\%$ im Jahr 2011 vor.

Mit 24 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. 22 Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“, eins als „nicht bewertbar aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation“ und eins als „qualitativ auffällig“ eingestuft.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
18/1	Mammachirurgie
18n1 – 50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\leq 29,8\%$ eine Rate von $19,5\%$ vor. Aussagen zur Tendenz bzgl. des Vergleichsjahres 2011 sind nicht möglich, da bei diesem Indikator die Rechenregeln geändert wurden.

Mit 11 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Alle 11 Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie
PNEU – 50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\geq 98,0\%$ eine Rate von $94,5\%$ vor. Aussagen zur Tendenz bzgl. des Vergleichsjahres 2011 sind nicht möglich, da bei diesem Indikator der Referenzbereich und die Rechenregeln geändert wurden.

Mit 41 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Davon wurden abschließend elf Krankenhäuser als „qualitativ unauffällig“, drei Krankenhäuser mit „Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation“ und 27 Krankenhäuser als „qualitativ auffällig“ eingestuft. Weiterhin wurde an alle im strukturierten Dialog beteiligten Krankenhäuser der Artikel „Prognostische Bedeutung der Atemfrequenz bei Pneumonie-Patienten“ aus dem Deutschen Ärzteblatt, Heft 29-30 vom 21. Juli 2014, versandt.

2.2 Anfragen der AG „Externe stationäre Qualitätssicherung“

Entfällt für das Jahr 2013

2.3 Empfehlungen der Bundesfachgruppen zum Strukturierten Dialog 2013

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
09/1	Herzschrittmacher – Implantation
09n1 – 10223	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\geq 75\%$ eine nicht signifikant veränderte Rate von 94,9% gegenüber 94,6% im Jahr 2011 vor.

Mit drei Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Zwei Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“ und eins als „qualitativ auffällig“ eingestuft.

In einem Fall wurde ein kollegiales Gespräch geführt und folgende Zielvereinbarung getroffen:

1. Das Krankenhaus klärt intern, ob weiterhin Herzschrittmacher implantiert oder ob Patienten zur Herzschrittmacher-Implantation an das Kooperationskrankenhaus überwiesen werden sollen.
2. Für den Fall, dass weiterhin Herzschrittmacher-Eingriffe vorgenommen werden sollen, erstellt das Krankenhaus ein Konzept für eine kompetente und komplikationsarme Herzschrittmacher-Versorgung. Dieses Konzept beinhaltet auch detaillierte Maßnahmen zur Komplikationslogistik und –beherrschung. In diesem Konzept muss auch ein(e) letztverantwortliche(r) Arzt/ Ärztin mit Namen benannt sein, der/die -ohne weisungsgebunden zu sein- sowohl die fachliche als auch organisatorische Verantwortung für die Herzschrittmachertherapie (Indikationsstellung und Implantation) trägt und auch nach außen repräsentiert (Chefarzt/Chefärztin). Dieses Konzept wird der Projektgeschäftsstelle bis zum 31. Dezember 2014 zugesandt.
3. Bis zur Implementierung dieses Konzeptes werden keine weiteren Herzschrittmacher-Implantationen durchgeführt.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
09/1	Herzschrittmacher – Implantation
09n1 – 10249	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (DDD)

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\geq 80\%$ eine nicht signifikant veränderte Rate von 98,2% gegenüber 97,9% im Jahr 2011 vor.

Alle Krankenhäuser wiesen Ergebnisse innerhalb des Bundes-Referenzbereichs aus.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
09/4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
09n4 – 50010	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\geq 75\%$ eine nicht signifikant veränderte Rate von 96,8% gegenüber 95,0% im Jahr 2011 vor.

Mit einem Krankenhaus, das vom Bundes-Referenzbereich abwich, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Das Krankenhaus wurde abschließend als „qualitativ auffällig“ eingestuft.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
09/4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
09n4 – 50011	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\geq 80\%$ eine nicht signifikant veränderte Rate von 95,8% gegenüber 95,2% im Jahr 2011 vor.

Mit zwei Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Beide Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
09/4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
09n4 – 50012	Durchleuchtungszeit bis 60 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\geq 80\%$ eine nicht signifikant veränderte Rate von 96,5% gegenüber 95,5% im Jahr 2011 vor.

Mit fünf Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Alle fünf Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
18/1	Mammachirurgie
18n1 – 51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\geq 90,0\%$ eine Rate von $97,0\%$ vor. Aussagen zur Tendenz bzgl. des Vergleichsjahres 2011 sind nicht möglich, da dieser Indikator im Jahr 2011 noch nicht existierte.

Mit 16 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. 13 Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“ und eins als „nicht bewertbar aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation“ eingestuft. Außerdem wurde an zwei Krankenhäuser ein Hinweis mit der Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit versandt.

Darüber hinaus wurde auf Empfehlung der Bundesfachgruppe Mammachirurgie bei 14 Krankenhäusern mit < 20 Fällen eine Abfrage nach den notwendigen Strukturen für die prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durchgeführt. Folgende Fragen wurden gestellt:

Frage 1: Sind für die Stanz- als auch für die Vakuumbiopsie die jeweils notwendigen Strukturen im Krankenhaus vorhanden?

Frage 2: Sind die Möglichkeiten zur Durchführung sonographisch gesteuerter sowie stereotaktischer Biopsien gegeben?

Ergebnisse:

		Anzahl	%
Frage 1	ja	7	50,00
	nein	3	21,43
	keine Angaben	4	28,57
	Gesamt	14	100,00

		Anzahl	%
Frage 2	ja	4	28,57
	nein	6	42,86
	keine Angaben	4	28,57
	Gesamt	14	100,00

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
18/1	Mammachirurgie
18n1 – 51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\geq 80,0\%$ eine Rate von 93,9% vor. Aussagen zur Tendenz bzgl. des Vergleichsjahres 2011 sind nicht möglich, da dieser Indikator im Jahr 2011 noch nicht existierte.

Mit 14 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Sechs Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“, vier als „nicht bewertbar aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation“ und vier als „qualitativ auffällig“ eingestuft.

In einem Fall wurde ein kollegiales Gespräch geführt. Dabei wurde jeder Fall besprochen. Mit dem Krankenhaus wurde folgende Zielvereinbarung geschlossen:

1. Eine Infiltration der Mamille ist keine Kontraindikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie.
2. Eine Ablatio ist keine Kontraindikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie.
3. Mögliche Anfragen der Arbeitsgruppe im Rahmen des strukturierten Dialogs sollen zukünftig sprachlich besser durch das Krankenhaus beantwortet werden.
4. Verminderte oder fehlende Einsichtsfähigkeit bei Patientinnen sollten nicht dazu führen, dass die Radikalität der Operation zunimmt.

Zusätzlich wurde auf Empfehlung der Bundesfachgruppe Mammachirurgie bei 14 Krankenhäusern mit < 20 Fällen eine Abfrage nach den notwendigen Strukturen für die prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durchgeführt. Folgende Fragen wurden gestellt::

1. Liegen die strukturellen Voraussetzungen für die Durchführung der Sentinel-Lymphknoten-Biopsie im Krankenhaus vor?
2. Ist eine Gammasonde im Krankenhaus vorhanden und eine Kooperation mit dem Fachbereich Nuklearmedizin gegeben?

Ergebnisse:

		Anzahl	%
Frage 1	ja	7	50,00
	nein	3	21,43
	keine Angaben	4	28,57
	Gesamt	14	100,00

		Anzahl	%
Frage 2	ja	7	50,00
	nein	3	21,43
	keine Angaben	4	28,57
	Gesamt	14	100,00

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
DEK	Dekubitusprophylaxe
DEK	Empfehlung der Bundesfachgruppe „Pflege“ zur Analyse von Dekubitalulcera mit nicht näher bezeichnetem Grad und Fällen mit Dekubitalulcera bei Aufnahme

Die niedersächsische Arbeitsgruppe „Dekubitusprophylaxe“ hat entschieden, für das Erfassungsjahr 2013, in dem der geänderte Erfassungsbogen erstmals zum Einsatz gekommen ist, noch nicht weiter in diese Analyse einzusteigen und somit keinen strukturierten Dialog durchzuführen, sondern die Ergebnisse aus dem Erfassungsjahr 2014 abzuwarten.

3. Qualitätsindikatoren mit Abweichung des Landesergebnisses vom Bundes-Referenzbereich / Sentinel Events

Tabelle 2: Qualitätsindikatoren mit Abweichungen vom Referenzbereich der Bundesebene

Leistungsbereich	Modul-Kennzahl	QI mit Abweichung vom Bundesreferenzbereich	Referenzbereich		Ergebnis		Tendenz	Kommentierung
			2013	2011	2013	2011		
Geburtshilfe	16/1 - 50046	Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung	>= 95,0 %		80,70%	63,27%		Seite 17
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	17/2 - 2223	Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach der Neutra-Null-Methode	>= 95,0 %		91,90%	91,60%		Seite 17
Ambulant erworbene Pneumonie	PNEU - 2013	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Score=1 oder 2)	>= 90,0 %		89,80%	89,60%		Seite 17
	PNEU - 2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	>= 95,0 %		91,50%	87,40%		Seite 18

Indikator in dieser Form im Jahr 2011 nicht
* existent
** Ergebnis 2011 auf Grund von (leicht) veränderten Rechenregeln nur bedingt mit Ergebnis 2013 vergleichbar

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

Tabelle 3: Qualitätsindikatoren - Sentinel Events

Leistungsbereich	Modul-Kennzahl	QI mit Abweichung vom Bundesreferenzbereich: Sentinel Events (Sentinel-Events erfassen seltene, schwerwiegende Ereignisse von besonderer Bedeutung. Jeder Fall zieht eine Einzelfallanalyse im Strukturierten Dialog nach sich.)	Referenzbereich		Ergebnis		Tendenz	Kommentierung
			2013	2013	2013	2011		
Herzschrittmacher - Aggregatwechsel	09/2-1092	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahre bei Einkammersystem (AAI, VI)	sentinel event	1 v. 361	3 v. 335	hier nicht anwendbar	Seite 18	
	09/2-1093	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahre bei Zweikammersystem (VDD, DDD)	sentinel event	10 v. 933	8 v. 854	hier nicht anwendbar	Seite 18	
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	09/2-51398	Sterblichkeit im Krankenhaus	sentinel event	4 v. 1.377	nicht vorhanden	hier nicht anwendbar	Seite 19	
	09/5-50030	Chirurgische Komplikationen	sentinel event	1 v. 742	2 v. 560	hier nicht anwendbar	Seite 19	
Cholezystektomie	09/5-50031	Sterblichkeit im Krankenhaus	sentinel event	2 v. 742	1 v. 560	hier nicht anwendbar	Seite 19	
	12/1-220	Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus	sentinel event	21 v. 17.438	12 v. 17.133	hier nicht anwendbar	Seite 19	
Gynäkologische Operationen	12/1-50824	Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko	sentinel event	21 v. 17.438	34 v. 17.133	hier nicht anwendbar	Seite 20	
	15/1-51418	Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation	sentinel event	21 v. 4.247	nicht vorhanden	hier nicht anwendbar	Seite 20	
Geburtshilfe	16/1-1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	sentinel event	7 v. 756	7 v. 745	hier nicht anwendbar	Seite 20	
	16/1-331	Müttersterblichkeit bei Geburten	sentinel event	2 v. 58.182	5 v. 56.507	hier nicht anwendbar	Seite 20	
Hüftgelenknahe Femurfraktur	17/1-2277	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 1 oder 2	sentinel event	28 v. 2.885	45 v. 2.849	hier nicht anwendbar	Seite 21	
	17/2-457	Sterblichkeit im Krankenhaus	sentinel event	37 v. 14.596	31 v. 15.103	hier nicht anwendbar	Seite 21	
Hüft-Endoprothesen -wechsel und -komponentenwechsel	17/3-471	Sterblichkeit im Krankenhaus	sentinel event	42 v. 2.498	46 v. 2.499	hier nicht anwendbar	Seite 21	
	17/3-51866	Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen	sentinel event	21 v. 1.566	nicht vorhanden	hier nicht anwendbar	Seite 22	
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	17/5-472	Sterblichkeit im Krankenhaus	sentinel event	16 v. 11.423	14 v. 13.470	hier nicht anwendbar	Seite 22	
	17/7-476	Sterblichkeit im Krankenhaus	sentinel event	8 v. 1.637	0 v. 1.106	hier nicht anwendbar	Seite 22	
Knie-Endoprothesen -wechsel und -komponentenwechsel	17/7-51874	Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen	sentinel event	3 v. 853	nicht vorhanden	hier nicht anwendbar	Seite 22	
	PNEU-2019	Keine Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)	sentinel event	1 v. 178	anderer Referenzbereich	hier nicht anwendbar	Seite 23	
Dekubitusprophylaxe	DEK-52010	Alle stationär erworbenen Dekubitalucera Grad 4	sentinel event	198 v. 1.381.605	nicht vorhanden	hier nicht anwendbar	Seite 23	

Qualitätsindikatoren mit Abweichungen vom Referenzbereich der Bundesebene

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
16/1	Geburtshilfe
16n1 – 50046	Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\geq 95,0\%$ eine signifikant verbesserte Rate von $80,7\%$ gegenüber $63,3\%$ im Jahr 2011 vor.

Mit 20 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Sechs Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“ und zwei als „nicht bewertbar aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation“ eingestuft. Außerdem wurde an 12 Krankenhäuser ein Hinweis mit der Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit versandt.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17/2	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
17n2 – 2223	Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\geq 95,0\%$ keine signifikant veränderte Rate von $91,9\%$ gegenüber $91,6\%$ im Jahr 2011 vor.

Es wurde an insgesamt 33 rechnerisch auffällige Krankenhäuser der Hinweis mit der Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit versandt.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie
PNEU – 2013	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Score=1 oder 2)

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\geq 90,0\%$ keine signifikant veränderte Rate von $89,8\%$ gegenüber $89,6\%$ im Jahr 2011 vor.

Es wurde, auch auf Vorschlag der Bundesfachgruppe „Pneumonie“, an insgesamt 60 rechnerisch auffällige Krankenhäuser der Hinweis versandt, dass der Ausfüllhinweis zu dem Datenfeld „Frühmobilisation“ unterjährig angepasst wurde.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie
PNEU – 2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bei Entlassung

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\geq 95,0\%$ eine signifikant verbesserte Rate von $91,5\%$ gegenüber $87,4\%$ im Jahr 2011 vor.

Mit 32 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Zwei Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“, fünf als „nicht bewertbar aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation“ und 25 als „qualitativ auffällig“ eingestuft. Mit zwei Krankenhäusern wurden kollegiale Gespräche geführt und folgende Zielvereinbarungen getroffen:

1. Bitte um Übermittlung der Verfahrensanweisung zur BGA-Pflichtbestimmung bis zur Entlassung.
2. Bitte um Übersendung des geplanten neuen Dokumentes, um die Dokumentation zu vereinfachen und die Vollständigkeit zu sichern.

Sentinel-Event-Indikatoren

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
09n2 – 1092	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Einkammersystem (AAI, VVI)

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von $= 0\%$ ein Wert von 1 von 361 Fällen vor gegenüber 3 von 335 Fällen im Jahr 2011.

Es wurde an das rechnerisch auffällige Krankenhaus ein Hinweis mit der Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit versandt.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
09n2 – 1093	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Zweikammersystem (VDD, DDD)

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von $= 0\%$ ein Wert von 10 von 933 Fällen vor gegenüber 8 von 854 Fällen im Jahr 2011.

Es wurde an insgesamt 10 rechnerisch auffällige Krankenhäuser der Hinweis mit der Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit versandt.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
09/2	Herzschrittmacher – Aggregatwechsel
09n2 – 51398	Sterblichkeit im Krankenhaus

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0% ein Wert von 4 von 1.377 Fällen vor. Aussagen zu Ergebnissen bezüglich des Vergleichsjahres 2011 sind nicht möglich, da dieser Indikator im Jahr 2011 noch nicht existierte.

Mit vier Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. Alle Krankenhäuser wurden nach Abschluss des strukturierten Dialoges als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
09/5	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
09n5 – 50030	Chirurgische Komplikationen

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0% ein Wert von 1 von 742 Fällen vor gegenüber 2 von 560 Fällen im Jahr 2011.

Mit einem Krankenhaus, das vom Bundes-Referenzbereich abwich, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde der Einzelfall überprüft. Das Krankenhaus wurde nach Abschluss des strukturierten Dialoges als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
09/5	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
09n5 – 50031	Sterblichkeit im Krankenhaus

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0% ein Wert von 2 von 742 Fällen vor gegenüber 1 von 560 Fällen im Jahr 2011.

Mit zwei Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurden beide Einzelfälle überprüft. Beide Krankenhäuser wurden nach Abschluss des strukturierten Dialoges als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
12/1	Cholezystektomie
12n1 – 220	Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0% ein Wert von 21 von 17.438 Fällen vor gegenüber 12 von 17.133 Fällen im Jahr 2011.

Mit 20 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. Alle Krankenhäuser wurden nach Abschluss des strukturierten Dialoges als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

19 Krankenhäuser haben jeweils einen besonderen Einzelfall geschildert, der zu dem Ergebnis geführt hat. Bei einem Krankenhaus hat die Arbeitsgruppe die Fehldokumentation eines Einzelfalles festgestellt.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
12/1	Cholezystektomie
12n1 – 50824	Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0% ein Wert von 21 von 17.438 Fällen vor gegenüber 34 von 17.133 Fällen im Jahr 2011.

Mit 20 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. Alle 20 Krankenhäuser wurden nach Abschluss des strukturierten Dialoges als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
15/1	Gynäkologische Operationen
15n1 – 51418	Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0% ein Wert von 21 von 4.247 Fällen vor. Aussagen zu den Ergebnissen bzgl. des Vergleichsjahres 2011 sind nicht möglich, da dieser Indikator im Jahr 2011 noch nicht existierte.

Mit 18 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. Alle Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
16/1	Geburtshilfe
16n1 – 1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0% ein Wert von 7 von 756 Fällen vor gegenüber 7 von 745 Fällen im Jahr 2011.

Mit sieben Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. Sechs Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“ eingestuft und eins als „qualitativ auffällig“.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
16/1	Geburtshilfe
16n1 – 331	Müttersterblichkeit bei Geburten

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0% ein Wert von 2 von 58.182 Fällen vor gegenüber 5 von 56.507 Fällen im Jahr 2011.

Mit zwei Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. Beide Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur
17n1 – 2277	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 1 oder 2

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0% ein Wert von 28 von 2.885 Fällen vor gegenüber 45 von 2.849 Fällen im Jahr 2011.

Mit 21 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. 16 Krankenhäuser wurden nach Abschluss des strukturierten Dialoges als „qualitativ unauffällig“ und fünf als „qualitativ auffällig“ eingestuft.

Da bei den überwiegenden Fällen eine Fehldokumentation der ASA-Klassifikation vorlag, der erst im Rahmen der Präzisierungen ersichtlich wurde, wurden die Krankenhäuser im Rahmen einer Zielvereinbarung darum gebeten, eine Schulung zur richtigen präoperativen Einschätzung der ASA-Klassifikation vorzunehmen.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17/2	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
17n2 – 457	Sterblichkeit im Krankenhaus

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0% ein Wert von 37 von 14.596 Fällen vor gegenüber 31 von 15.103 Fällen im Jahr 2011.

Mit 28 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. Alle Krankenhäuser wurden nach Abschluss des strukturierten Dialoges als „qualitativ unauffällig“ bewertet.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17/3	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
17n3 – 471	Sterblichkeit im Krankenhaus

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0% ein Wert von 42 von 2.498 Fällen vor gegenüber 46 von 2.499 Fällen im Jahr 2011.

Mit 30 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. 29 Krankenhäuser wurden nach Abschluss des strukturierten Dialoges als „qualitativ unauffällig“ eingestuft und ein Krankenhaus als „qualitativ auffällig“.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17/3	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
17n3 – 51866	Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0% ein Wert von 21 von 1.566 Fällen vor. Aussagen zu Ergebnissen bezüglich des Vergleichsjahres 2011 sind nicht möglich, da dieser Indikator im Jahr 2011 noch nicht existierte.

Mit 16 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. Alle Krankenhäuser wurden nach Abschluss des strukturierten Dialoges als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17/5	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
17n5 – 472	Sterblichkeit im Krankenhaus

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0% ein Wert von 16 von 11.423 Fällen vor gegenüber 14 von 13.470 Fällen im Jahr 2011.

Mit 14 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. 13 Krankenhäuser wurden nach Abschluss des strukturierten Dialoges als „qualitativ unauffällig“ eingestuft und ein Krankenhaus als „nicht bewertbar aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation“.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17/7	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
17n7 – 476	Sterblichkeit im Krankenhaus

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0% ein Wert von 8 von 1.637 Fällen vor gegenüber 0 von 1.106 Fällen im Jahr 2011.

Mit acht Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. Alle Krankenhäuser wurden nach Abschluss des strukturierten Dialoges als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17/7	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
17n7 – 51874	Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0% ein Wert von 3 von 853 Fällen vor. Aussagen zu Ergebnissen bezüglich des Vergleichsjahres 2011 sind nicht möglich, da dieser Indikator im Jahr 2011 noch nicht existierte.

Mit drei Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. Zwei Krankenhäuser wurden nach Abschluss des strukturierten Dialoges als „qualitativ unauffällig“ eingestuft und ein Krankenhaus als „nicht bewertbar aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation“.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie
PNEU – 2019	Keine Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0% ein Wert von 1 von 176 Fällen vor. Aussagen zu Ergebnissen bezüglich des Vergleichsjahres 2011 sind nicht möglich, da dieser Indikator im Jahr 2011 noch anderes berechnet wurde und auch ein anderer Referenzbereich existierte.

Mit dem einen Krankenhaus, das vom Bundes-Referenzbereich abwich, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt und das Krankenhaus als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
DEK	Dekubitusprophylaxe
DEK – 52010	Alle stationär erworbenen Dekubitalulcera Grad 4

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2013 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0% ein Wert von 198 von 1.381.605 Fällen vor. Aussagen zu Ergebnissen bezüglich des Vergleichsjahres 2011 sind nicht möglich, da dieser Indikator im Jahr 2011 noch nicht existierte.

Mit 63 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. 58 Krankenhäuser wurden nach Abschluss des strukturierten Dialoges als „qualitativ unauffällig“ eingestuft und fünf Krankenhäuser als „nicht bewertbar aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation“.

4. Datenvalidierungsverfahren der Bundesebene

4.1 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

In den vom G-BA für die Datenvalidierung festgelegten indirekten Leistungsbereichen „Karotis-Revaskularisation“ (Modul 10/2) und „Knie-Totalendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel“ (Modul 17/7) sind in Niedersachsen im Jahr 2014 von der Bundesebene zufällig ausgewählte Krankenhäuser auf korrekte Datenübermittlung für bis zu 20 Datensätze für das Erfassungsjahr 2013 überprüft worden. Beim Datenabgleich zwischen übermittelten Datensätzen und Patientenakten sind hauptsächlich folgende Diskrepanzen aufgefallen und den Verantwortlichen im Krankenhaus unmittelbar vor Ort mitgeteilt worden:

Leistungsbereich „Karotis-Revaskularisation“ (3 Krankenhäuser)

- Datenfelder 32 (Stenosegrad links (nach NASCET)) und 33 (Stenosegrad rechts (nach NASCET)):
Die Projektgeschäftsstelle empfiehlt, bei Stenosegraden die Informationen einheitlich aus der apparativen Diagnostik in die QS-Dokumentation zu übernehmen.
- Datenfeld 50 (Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff)):
Aus Sicht der Projektgeschäftsstelle sollte die präoperative Einstufung der ASA-Klassifikation einheitlich von einer Arztgruppe (Anästhesisten oder Operateure) vorgenommen werden. Außerdem empfiehlt die Projektgeschäftsstelle, die ASA-Einstufung orts- und zeitnah bereits im OP-Saal zu dokumentieren.
- Datenfeld 97 (Abklemmdauer):
Die Projektgeschäftsstelle empfiehlt, die Abklemmdauer orts- und zeitnah bereits im OP-Saal zu dokumentieren.

Leistungsbereich „Knie-Totalendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel“ (5 Krankenhäuser)

- Datenfelder 36 (Implantatdislokation) und 38 (Wundhämatom/Nachblutung)
Erfolgt während desselben stationären Krankenhausaufenthaltes oder nach Fallzusammenführung sowohl eine Endoprothesen-Erstimplantation (QS-Dokumentation im Modul 17/2 „Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“ oder 17/5 „Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation“) als auch aufgrund von Komplikationen (z.B. mechanische Komplikationen wie Implantatfehlage, Implantatdislokation, Fraktur oder Wundinfektionen) ein Endoprothesenwechseleingriff (QS-Dokumentation im Modul 17/3 „Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel“ oder 17/7 „Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel“), so ist eine Komplikation bzw. eine Reoperation als Komplikation bzw. Reoperation des Ersteingriffes (hier: Endoprothesen-Erstimplantation) zu dokumentieren. Die Komplikation ist in diesen Fällen die Indikation für den nachfolgenden Zweiteingriff (hier: Endoprothesenwechseleingriff). Sofern der weitere stationäre Verlauf nach dem Zweiteingriff komplikationslos verläuft, darf für die QS-Dokumentation im Modul 17/3 bzw. Modul 17/7 KEINE Komplikation bzw. Reoperation angegeben werden.
- Datenfeld 14 (zweizeitiger Wechsel)
Das Datenfeld „zweizeitiger Wechsel“ ist fälschlicherweise kein Muss-Feld. Die Projektgeschäftsstelle hat dies als Rückmeldung an das AQUA-Institut weitergegeben. Dies betrifft analog das Datenfeld im Modul 17/3. Der Fehler konnte in der Datenbank des AQUA-

Institutes und somit auch in der Erfassungssoftware der Krankenhäuser nicht mehr für das Erfassungsjahr 2014 angepasst werden.

➤ Datenfelder 16 bis 18

Die Datenfelder „Entzündungszeichen im Labor“, „Gelenkpunktion“ und „Entzündungszeichen“ unter der Kategorie „Labordaten präoperativ“ beziehen sich auf einen Nachweis im Gelenk 14 Tage vor der Operation. Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Ergebnisse des Ersteingriffes / der Explantation anzugeben. Dies betrifft analog die Datenfelder im Modul 17/3.

Alle niedersächsischen Krankenhäuser wurden von der Projektgeschäftsstelle über die o.g. Erkenntnisse aus der Datenvalidierung informiert und gebeten, die Dokumentation für das Erfassungsjahr 2014 intern zu überprüfen, ggf. fehlerhafte Datensätze zu korrigieren und bis zum 28. Februar 2015 erneut an die Projektgeschäftsstelle zu übermitteln. So können die Erkenntnisse aus dem Erfassungsjahr 2013 bereits für die Dokumentation des Erfassungsjahres 2014 genutzt werden.

4.2 Statistische Basisprüfung

Tabelle 4: Auffälligkeitskriterien zur Datenvalidierung (Statistische Prüfung)

Leistungsbereich	Modul - Kennzahl	Auffälligkeitskriterium (AK)	Referenzbereich	Dokumentationsqualität: Anzahl Krankenhäuser		
				Grundgesamtheit zur Kennzahl (mit Fallzahlbeschränkung gemäß Berechnungsregel)	rechnerisch auffällig	in %
Herzschrittmacher-Implantation	09/1 - 813070	Häufig führendes Symptom „sonstiges“	<= 15,0 %	82	0	0,0%
	09/1 - 813071	Häufig führende Indikation „sonstiges“	<= 15,0 %	82	0	0,0%
Implantierbare Defibrillatoren: Implantation	09/4 - 850313	Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstiges“	<= 9,2 %	43	0	0,0%
	09/4 - 850315	Häufige Angabe von LVEF „nicht bekannt“	<= 4,2 %	43	1	2,3%
	09/4 - 850316	Häufige Angabe von ASA 4	<= 21,8 %	43	2	4,7%
	09/4 - 850317	Häufige Angabe von ASA 5	= 0	43	0	0,0%
Karotis-Revaskularisation	10/2 - 850331	Angabe von ASA 5 bei asymptomatischen Patienten	= 0	54	0	0,0%
	10/2 - 850332	Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patienten	<= 4,6 %	54	4	7,4%
	10/2 - 850333	Häufige Angabe von schweren neurologischen Defiziten bei Aufnahme bei asymptomatischen Patienten	<= 2,1 %	54	0	0,0%
	10/2 - 850334	Häufige Angabe von Indikationsgruppe-C-Kriterien bei asymptomatischen Patienten (offen-chirurgisch)	<= 7,3 %	54	1	1,9%
	10/2 - 850335	Häufige Angabe von Indikationsgruppe-C-Kriterien bei asymptomatischen Patienten (kathetergestützt)	<= 9,5 %	54	0	0,0%
Cholezystektomie	12/1 - 850189	Nie Komplikationen bei laparoskopisch begonnenen Operationen	< 100,0 %	102	16	15,7%
	12/1 - 850192	Keine Reinterventionen	< 100,0 %	103	16	15,5%
Gynäkologische Operationen	15/1 - 811823	Alle Krankenhäuser mit Patientinnen >= 60 Jahren mit isoliertem Ovareingriff mit vollständiger Entfernung des Ovars oder Adnexe und führendem histologischen Befund „Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste“	<= 1	11	1	9,1%
	15/1 - 850312	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	< 100,0 %	12	2	16,7%
Geburtshilfe	16/1 - 850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	= 0	76	4	5,3%
	16/1 - 850319	Angabe 5-Minuten-Apgar unter 5 und fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes und fehlende Angabe des Base Excess	= 0	81	5	6,2%
	16/1 - 850320	Keine Angabe von höhergradigem Dammriss (Grad III oder IV) bei spontanen Einlingsgeburten mit medianer Episiotomie bei Kindern mit hohem Geburtsgewicht	> 0,0 %	61	1	1,6%
Hüftgelenknahe Femurfraktur	17/1 - 813191	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	< 100,0 %	25	0	0,0%
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	17/2 - 813129	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	< 100,0 %	51	3	5,9%
	17/2 - 813126	ASA 5 bei elektiven Eingriffen	= 0%	111	1	0,9%
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	17/3 - 850204	Keine Angabe von präoperativen Entzündungszeichen und postoperativen Wundinfektionen bei Patienten mit der Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese“	<= 2	55	9	16,4%
	17/3 - 850205	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	< 100,0 %	21	0	0,0%
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	17/5 - 813130	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	< 100,0 %	37	2	5,4%
	17/5 - 813128	ASA 5 bei elektiven Eingriffen	= 0	116	0	0,0%
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	17/7 - 850326	Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T84.5 ohne dokumentierte Infektzeichen	<= 17,8 %	108	4	3,7%
	17/7 - 850327	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	< 100,0 %	108	9	8,3%
	17/7 - 850328	Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T81* ohne dokumentierte Komplikationen	< 75,0 %	108	4	3,7%
	17/7 - 850329	ASA 5 bei elektiven Eingriffen	= 0	108	1	0,9%
	17/7 - 850330	Häufige Angabe von „sonstige“ bei chirurgischen Komplikationen	<= 7,8 %	108	5	4,6%
Mammachirurgie	18/1 - 813068	Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie	<= 4	26	2	7,7%
	18/1 - 813069	Auffällig häufig Fälle ohne abgeschlossene primär-operative Therapie	<= 29,3 %	63	3	4,8%

Markiert = Datenvalidierungsverfahren 2013

Die Statistische Basisprüfung mit strukturiertem Dialog zielt darauf ab, fehlerhafte, unvollständige und unvollständige Dokumentationen in den QS-Daten zu identifizieren und gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität zu initiieren. Dazu erfolgt eine Analyse nach vorab festgelegten Auffälligkeitskriterien. Die Entwicklung der Auffälligkeitskriterien erfolgt durch das AQUA-Institut in Zusammenarbeit mit der Projektgruppe „Datenvalidierung“ und Experten der Bundesfachgruppen. Hierbei werden vorzugsweise Kennzahlen oder Datenfelder zu den bestehenden Qualitätsindikatoren des jeweiligen Leistungsbereichs berücksichtigt.

Im Rahmen des Erfassungsjahres 2013 sind pro Leistungsbereich ein bis fünf Qualitätsindikatoren zur Plausibilität und Vollständigkeit in den strukturierten Dialog integriert worden. Diese haben sich im Jahr ihrer Erstanwendung bewährt, und werden nun kontinuierlich im Rahmen der Statistischen Basisprüfung zur Anwendung gebracht – der sog. Verstetigung. Dadurch wird es möglich, rechnerische Auffälligkeiten in den QS-Daten, die auf eine fehlerhafte Dokumentation hinweisen, über das Jahr der Erstanwendung hinaus zu verfolgen.

Von den mit Hilfe dieses Verfahrens geprüften Krankenhäusern sind bezüglich der Dokumentationsqualität zwischen 0 und 16,7% der niedersächsischen Krankenhäuser als rechnerisch auffällig identifiziert worden.

Diese Krankenhäuser wurden um eine Stellungnahme bezüglich der Auffälligkeit gebeten. Als Hauptgrund in den Stellungnahmen wurde das fehlende Verständnis der Krankenhäuser bezüglich der Anfragen zur Dokumentationsqualität identifiziert.

Dem AQUA-Institut wurde wiederholt mitgeteilt, dass Anfragen bezüglich der Dokumentation im Krankenhaus einfach und verständlich formuliert werden müssen. Dies war bisher nicht der Fall. Die Formulierungen in den Anfragen waren sehr kompliziert formuliert. Selbst Arbeitsgruppenmitglieder haben die Anfragen zur Dokumentationsqualität erst nach längerer Diskussion in den Arbeitsgruppen richtig interpretieren können.

4.3 Vollzähligkeit

Tabelle 5: Vollzähligkeit der Dokumentation

Leistungsbereich	Modul	Anzahl Krankenhäuser gesamt	Unterdokumentation Anzahl Krankenhäuser	Überdokumentation Anzahl Krankenhäuser
Herzschrittmacher-Implantation	09/1	107	4	0
Herzschrittmacher - Aggregatwechsel	09/2	95	2	0
Herzschrittmacher - Revision/-Systemwechsel/-Explantation	09/3	94	5	1
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	09/4	62	1	0
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	09/5	57	0	0
Implantierbare Defibrillatoren - Revision/-Systemwechsel/-Explantation	09/6	57	0	0
Karotis-Revaskularisation	10/2	54	1	0
Cholezystektomie	12/1	116	3	1
Gynäkologische Operationen	15/1	109	0	1
Geburtshilfe	16/1	81	0	0
Hüftgelenknahe Femurfraktur	17/1	119	3	2
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	17/2	118	3	0
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	17/3	112	5	0
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	17/5	116	2	0
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	17/7	108	1	0
Mammachirurgie	18/1	95	1	1
Koronarangiographie und PCI	21/3	94	3	0
Dekubitusprophylaxe	DEK	188	16	1
Ambulant erworbene Pneumonie	PNEU	135	4	2
Neonatalogie	NEO	38	2	2

Unterdokumentation: < 95% bei mind. 40 dokumentationspflichtigen Fällen gesamt und mind. 5 Fällen pro Modul

Überdokumentation: > 110% bei mind. 20 dokumentationspflichtigen Fällen je Modul

Der Unterausschuss „Qualitätssicherung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hat auf Basis von § 9 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 135 a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern – QSKH-RL) für das Datenvalidierungsverfahren 2013 die Fortführung der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit festgelegt.

Die Datenbasis hierfür bilden die Angaben der Sollstatistik (SOLL), die durch den QS-Filter generiert und einmal jährlich von den Krankenhäusern an die Landesgeschäftsstellen geschickt werden, und alle Datensätze, die ein Krankenhaus in einem Leistungsbereich geliefert hat (IST).

Für jedes Modul und für jedes Krankenhaus wird auf Basis dieses Soll-Ist-Abgleichs die Dokumentationsrate überprüft. Hierbei wird sowohl eine Unter- (< 95%) als auch eine Überdokumentation (> 110%) betrachtet. Das AQUA-Institut hat dazu im Internet detaillierte Rechenregeln veröffentlicht.

Insgesamt wurden 67 Auffälligkeiten aus 40 Krankenhäusern festgestellt.

Kriterium zur Unterdokumentation:

Für Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten bei dem Kriterium zur Unterdokumentation wurde ein strukturierter Dialog mit Aufforderung zur Abgabe einer Stellungnahme eingeleitet. Im Rahmen des strukturierten Dialoges sollten die Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten geklärt werden.

31 Krankenhäuser erhielten zu 56 Auffälligkeiten eine Aufforderung zur Stellungnahme. Als häufigste Ursachen für die Unterdokumentation wurden genannt:

- Softwareprobleme / -wechsel
- Mängel in der Struktur- und Prozessqualität
- Fehlerhafte Dokumentation.

Kriterium zur Überdokumentation:

Neun Krankenhäuser mit 11 rechnerischen Auffälligkeiten beim Kriterium zur Überdokumentation haben für das Erfassungsjahr 2013 eine Aufforderung zur Stellungnahme erhalten. Als Gründe für die Überdokumentationen wurden hauptsächlich Softwareprobleme bzw. -wechsel und fehlerhafte Dokumentationen genannt.

4.4 Anlage von Minimaldatensätzen (MDS)

Leistungsbereich	Modul	Anzahl Krankenhäuser gesamt	Anzahl Minimaldatensätze	Gründe
Herzschrittmacher- Implantation	09/1	3	4	falsch dokumentiert
Karotis-Revaskularisation	10/2	1	1	falsch dokumentiert
Cholezystektomie	12/1	1	18	falsch dokumentiert
Mammachirurgie	18/1	1	1	falsch dokumentiert
Dekubitusprophylaxe	DEK	1	1	falsch dokumentiert
Ambulant erworbene Pneumonie	PNEU	2	58	falsch dokumentiert

Für das Erfassungsjahr 2013 wurde überprüft, ob ein Krankenhaus in einem Leistungsbereich (außer Neonatologie und orthopädisch-unfallchirurgische Module) mehr als 5% Minimaldatensätze (MDS) übermittelt hat. Diese Prüfung wurde eingeführt, weil Minimaldatensätze nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden können und daher nur in Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen sollten.

5. Landesspezifika

Orthopädisch-unfallchirurgische Module

Folgende landesspezifische Qualitätsindikatoren wurden ausgewertet und darüber ein strukturierter Dialog geführt, weil die Arbeitsgruppe „Orthopädie und Unfallchirurgie“ sie für bedeutsam hält bzw. als schwerwiegende Komplikationen einschätzt.

Modul 17/1 (Hüftgelenknahe Femurfraktur):

- QI01a: „Präoperative Verweildauer nach Aufnahme am Freitag“
- QI12: „Letalität“

Modul 17/2 (Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation):

- QI01a: „Indikation (Röntgen)“
- QI01b: „Indikation (Schmerz, Beweglichkeit)“
- QI01c: „Indikation (Röntgen, Schmerz, Beweglichkeit)“

Modul 17/3 (Hüft-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel):

- QI12: „ASA 5 bei elektiven Eingriffen“

Modul 17/7 (Knie-Totalendoprothesenwechsel und komponentenwechsel):

- QI11: „ASA 5 bei elektiven Eingriffen“

Die Bewertung der landesspezifischen Qualitätsindikatoren wurde wie folgt vorgenommen:

Modul	Qualitätsindikator	Anzahl angeforderter Stellungnahmen	Kollegiale Gespräche	Bewertung durch die AG „Orthopädie und Unfallchirurgie“
17/1	Präoperative Verweildauer nach Aufnahme am Freitag	25 (Hinweise)	-	-
	Letalität	10	1	9 KH „qualitativ unauffällig“ 1 KH „qualitativ auffällig“
17/2	Indikation (Röntgen)	0	-	-
	Indikation (Schmerz, Beweglichkeit)	0	-	-
	Indikation (Röntgen, Schmerz, Beweglichkeit)	0	-	-
17/3	ASA 5 bei elektiven Eingriffen	0	-	-
17/7	ASA 5 bei elektiven Eingriffen	1	-	1 KH „qualitativ unauffällig“

Übersichtlichere Darstellung der Bewertung im strukturierten Dialog

Zur übersichtlicheren Darstellung der Bewertung der Ergebnisse im strukturierten Dialog wird in Niedersachsen auf Beschluss des Lenkungsgremiums eine Konzentration auf drei Kategorien in Form einer Ampeldarstellung (rot (auffällig) – gelb (Hinweise) – grün (unauffällig)) vorgenommen. Unter der Kategorie „rot“ subsummieren sich in Niedersachsen die auf Bundesebene verwendeten Kategorien „A“ = Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig“ und „D“ = Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation“.

Nachfolgend ist die Bewertung des strukturierten Dialogs für das Erfassungsjahr 2013 in Niedersachsen in den drei Kategorien zusammengefasst wiedergegeben:

Strukturierter Dialog 2013 in Niedersachsen – Zusammenfassung

zuständige Arbeitsgruppe	Leistungsbereich (Modul)	teilnehmende Krankenhäuser	Gesamtzahl der im strukturierten Dialog betrachteten Einzelergebnisse in Niedersachsen	Bewertung: Status rot (auffällig)	Bewertung: Status gelb (Hinweise)	Bewertung: Status grün (unauffällig)	Bewertung der Stellungnahme als "Sonstiges" siehe Kommentar
Kardiologie	Herzschrittmacher-Implantation (Modul 9/1)	107	1.315	21	4	1.290	0
			100,00%	1,60%	0,30%	98,10%	0,00%
	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (Modul 9/2)	95	1.079	7	47	1.025	0
			100,00%	0,65%	4,36%	95,00%	0,00%
	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (Modul 9/3)	94	1.072	4	5	1.063	0
			100,00%	0,37%	0,47%	99,16%	0,00%
	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (Modul 9/4)	62	878	14	0	864	0
		100,00%	1,59%	0,00%	98,41%	0,00%	
Chirurgie	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (Modul 9/5)	57	391	0	4	387	0
			100,00%	0,00%	1,02%	98,98%	0,00%
	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (Modul 9/6)	57	560	5	3	552	0
			100,00%	0,89%	0,54%	98,57%	0,00%
	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) (Modul 21/3)	94	1.425	39	8	1.378	0
			100,00%	2,74%	0,56%	96,70%	0,00%
Chirurgie	Karotis-Revaskularisation (Modul 10/2)	54	320	9	0	311	0
			100,00%	2,81%	0,00%	97,19%	0,00%
Gynäkologie und Geburtshilfe	Cholezystektomie (Modul 12/1)	116	1.112	4	0	1.108	0
			100,00%	0,36%	0,00%	99,64%	0,00%
	Gynäkologische Operationen (Modul 15/1)	109	887	2	23	862	0
			100,00%	0,23%	2,59%	97,18%	0,00%
Gynäkologie und Geburtshilfe	Geburtshilfe (Modul 16/1)	81	985	15	12	957	1
			100,00%	1,52%	1,22%	97,16%	0,10%
	Neonatologie (Modul NEO)	38	340	10	0	330	0
			100,00%	2,94%	0,00%	97,06%	0,00%
Orthopädie und Unfallchirurgie	Mammachirurgie (Modul 18/1)	95	885	19	15	851	0
			100,00%	2,15%	1,69%	96,16%	0,00%
	Hüftgelenknahe Femurfraktur (Modul 17/1)	119	1.973	13	95	1.865	0
			100,00%	0,66%	4,82%	94,53%	0,00%
	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (Modul 17/2)	118	1.693	22	36	1.633	2
			100,00%	1,30%	2,13%	96,46%	0,12%
Orthopädie und Unfallchirurgie	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (Modul 17/3)	112	1.418	16	50	1.354	0
			100,00%	1,13%	3,53%	95,49%	0,00%
	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (Modul 17/5)	116	1.600	25	24	1.551	0
			100,00%	1,56%	1,50%	96,94%	0,00%
Orthopädie und Unfallchirurgie	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (Modul 17/7)	108	1.168	5	23	1.140	0
			100,00%	0,43%	1,97%	97,60%	0,00%
Dekubitusprophylaxe	Dekubitusprophylaxe (Modul DEK)	188	376	23	0	353	0
			100,00%	6,12%	0,00%	93,88%	0,00%
Pneumonie	Ambulant erworbene Pneumonie (Modul PNEU)	135	1.781	100	209	1.472	0
			100,00%	5,61%	11,73%	82,65%	0,00%
Gesamt %			21.258	353	558	20.346	3
			100,00%	1,66%	2,62%	95,71%	0,01%

Kommentar zu Bewertung "Sonstiges":
KH/Abteilung geschlossen