

Bericht an den Gemeinsamen Bundesausschuss

Bericht gemäß § 15 Abs. 3 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 2015

Niedersachsen

Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung
Thielenplatz 3
30159 Hannover

Stand: 16. März 2017

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 11
3. Qualitätsindikatoren mit Abweichung des Landesergebnisses vom Bundes-Referenzbereich / Sentinel Events	Seite 12
4. Datenvalidierungsverfahren der Bundesebene	Seite 20
4.1 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich	Seite 20
4.2 Statistische Basisprüfung	Seite 22
4.3 Vollzähligkeit	Seite 24
4.4 Anlage von Minimaldatensätzen (MDS)	Seite 26
5. Landesspezifika	Seite 27

1. Zusammenfassung

Von den niedersächsischen Arbeitsgruppen wurden für das Erfassungsjahr 2015 die statistischen Ergebnisse von 269.726 Datensätzen und Risikostatistiken der externen Qualitätssicherung aus 181 niedersächsischen Krankenhäusern beurteilt.

In den 17 von der Landesebene betreuten, so genannten indirekten Leistungsbereichen wurden insgesamt 301 Qualitätsindikatoren ausgewertet. Von allen, insgesamt 12.654 berechneten Einzelergebnissen wurde bei 1.458 (11,5%) eine Abweichung vom festgelegten Referenzbereich festgestellt (rechnerische Auffälligkeit). Daraufhin wurde mit den Krankenhäusern mit rechnerischen Auffälligkeiten Kontakt aufgenommen. In 165 (11,3%) dieser Fälle wurden die Krankenhäuser in Form eines Hinweisschreibens um interne Prüfung gebeten. Bei 1.293 (88,7%) der Fälle wurden die Krankenhäuser zur schriftlichen Stellungnahme aufgefordert. In 49 (3,8%) 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 Gesamtmenüengerüst 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		4.879	423	2.458	3.364	362	1.168	12.654
davon Abweichungen vom Referenzbereich		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
davon Hinweise		321	45	296	549	71	176	1.458
davon Stellungnahmen		6,58%	10,64%	12,04%	16,32%	19,61%	15,07%	11,52%
davon kollegiale Gespräche		31	0	36	0	0	98	165
		9,66%	0,00%	12,16%	0,00%	0,00%	55,68%	11,32%
		290	45	260	549	71	78	1.293
		90,34%	100,00%	87,84%	100,00%	100,00%	44,32%	88,68%
		5	2	7	33	2	0	49
		1,72%	4,44%	2,69%	6,01%	2,82%	0,00%	3,79%
Bewertung auf Basis aller Einzelergebnisse	auffällig	89	4	53	159	19	48	372
	Hinweise	1,82%	0,95%	2,16%	4,73%	5,25%	4,11%	2,94%
	unauffällig	31	0	36	0	0	98	165
Bewertung auf Basis der Einzelergebnisse mit Abweichung vom Referenzbereich	auffällig	0,64%	0,00%	1,46%	0,00%	0,00%	8,39%	1,30%
	Hinweise	4.727	406	2.307	3.167	323	1.013	11.943
	unauffällig	96,88%	95,98%	93,86%	94,14%	89,23%	86,73%	94,38%
	auffällig	89	4	53	159	19	48	372
	Hinweise	27,73%	8,89%	17,91%	28,96%	26,76%	27,27%	25,51%
	unauffällig	31	0	36	0	0	98	165
		9,66%	0,00%	12,16%	0,00%	0,00%	55,68%	11,32%
		201	41	207	390	52	30	921
		62,62%	91,11%	69,93%	71,04%	73,24%	17,05%	63,17%

Am Ende eines kollegialen Gespräches wurden mit 20 betroffenen Krankenhäusern Zielvereinbarungen geschlossen. Bei einem Krankenhaus war aufgrund der bereits vom Krankenhaus durchgeführten Maßnahmen aus Sicht der Arbeitsgruppe keine Zielvereinbarung erforderlich. Die kollegialen Gespräche wurden in den Leistungsbereichen aus den Fachgebieten Kardiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Dekubitusprophylaxe durchgeführt.

Übersicht über kollegiale Gespräche und Zielvereinbarungen 2015 (21 Krankenhäuser zu 48 Qualitätsindikatoren)

Modul	Kardiologie		Chirurgie 10/2	Gynäkologie und Geburtshilfe		Orthopädie und Unfallchirurgie			Dekubitusprophylaxe DEK	Gesamt	Kategorien der Zielvereinbarungen					
	09/6	21/3		18/1	NEO	17/1	HEP	KEP			Prozessanpassung der med. Leistungserbringung	Konzeptentwicklung	Anschaffung neuer Geräte	Fort- und Weiterbildung des Personals	Überprüfung/Anpassung der Dokumentation	Leistung ggf. nicht mehr erbringen
1	1*									0	x*					
2		3								3	x	x				x
3		1								1	x					x
4			2							2	x	x				x
5				1						1	x		x			x
6				1						1	x					x
7				2						2	x		x			
8					2					2	x					
9					1					1	x					
10							2			2	x	x				x
11							1			1		x				x
12							4			4		x				x
13								6		6	x	x				x
14								5		5	x	x				x
15								3		3	x	x				x
16								7		7	x	x				x
17									2	2	x	x				x
18									2	2	x	x				x
19								1		1	x	x				x
20									1	1	x	x		x		
21									1	1	x	x				
Gesamt	0	4	2	4	3	7	21	5	2	48						

* für dieses Krankenhaus war aus Sicht der Arbeitsgruppe keine separate Zielvereinbarung erforderlich. Prozessanpassung der med. Leistungserbringung hat es selbst vorgenommen.

Darüber hinaus sind als weitere Maßnahmen mit 173 Krankenhäusern 215 Zielvereinbarungen ohne kollegiales Gespräch getroffen worden. Dies betraf die Leistungsbereiche aus den Fachgebieten Kardiologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädie und Unfallchirurgie, Dekubitusprophylaxe sowie Pneumonie.

Übersicht über Zielvereinbarungen 2015 ohne kollegiales Gespräch

Modul	Kardiologie								Gynäkologie und Geburtshilfe				Orthopädie und Unfallchirurgie			Dekubitus DEK	Pneumonie PNEU	Anzahl KH	Anzahl QI	Kategorien der Zielvereinbarungen				
	09/1	09/2	09/3	09/4	09/6	21/3	15/1	16/1	18/1	NEO	17/1	HEP	KEP	Fort- und Weiterbildung des Personals	Überprüfung / Anpassung der Dokumentation									
6	8															8					8			
2		2														2					1	1		
2			2													2						2		
10				12												12						12		
1					2											2						2		
5						5										5					1	4		
10							10									10						10		
2								2								2						2		
8									8							8	1					7		
6										6						6						6		
8											9					9	1	3			2	4		
39												58				58	10	3			1	50		
36													46			46	7	4			3	40		
12														13		13	5	2			5	2		
17															22	22	2				6	14		
Gesamt	8	2	2	12	2	5	10	2	8	6	9	58	46	13	22	205	26	12	0	19	164			

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

Die Bundesfachgruppen haben für das Jahr 2015 sieben Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf (sog. C-Indikatoren) identifiziert (Tabelle 1). Diese betreffen die Module 09/3 (Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation), 09/6 (Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation), 16/1 (Geburtshilfe), 17/1 (Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung), HEP (Hüftendoprothesenversorgung) und 18/1 (Mammachirurgie).

Qualitätsindikatoren mit Abweichung des Landesergebnisses vom Bundes-Referenzbereich

Bei 17 Qualitätsindikatoren zeigten sich in Niedersachsen Abweichungen der Landesergebnisse von den Referenzbereichen der Bundesebene (Tabellen 2 und 3). Davon sind zwölf Sentinel-Event-Indikatoren, bei denen jeder Einzelfall geprüft wird. Bei einem der übrigen fünf Qualitätsindikatoren hat sich das Ergebnis von 2015 zu 2013 nicht signifikant verändert. Bei den übrigen vier Qualitätsindikatoren kann keine Aussage zur Tendenz getroffen werden, da diese im Jahr 2013 nicht existent waren.

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 2015 wurde von der Bundesebene das Modul 18/1 (Mammachirurgie) und das Modul DEK (Dekubitusprophylaxe) als indirekte, von der Projektgeschäftsstelle zu betreuende Leistungsbereiche ausgewählt.

Im Rahmen der Vor-Ort-Prüfung der Daten im Krankenhaus wurden für das Modul 18/1 vier Krankenhäuser und im Modul DEK acht Krankenhäuser in Niedersachsen von der Projektgeschäftsstelle besucht und die Qualitätssicherungsdokumentation mit der Dokumentation in der Patientenakte verglichen. Bedeutsame qualitätssicherungsrelevante Abweichungen lagen sowohl im Modul 18/1 als auch im Modul DEK in keinem Krankenhaus vor. Die beteiligten Krankenhäuser wurden gebeten, ihre Daten aus dem Erfassungsjahr 2016 anhand der gefundenen Abweichungen zum Erfassungsjahr 2015 zu überprüfen, ggfs. zu korrigieren und erneut zu übermitteln.

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 18,6% (16 von 86 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 Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wurde mitgeteilt, dass Anfragen bezüglich der Dokumentation im Krankenhaus einfach und verständlich formuliert werden müssen. Dies war bisher nicht durchgehend 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 2015 informiert und gebeten, die Dokumentation für das Erfassungsjahr 2016 intern zu überprüfen, ggf. fehlerhafte Datensätze zu korrigieren und bis zum 28. Februar 2017 erneut zu übermitteln. So können die Erkenntnisse aus dem Erfassungsjahr 2015 bereits für die Dokumentation des Erfassungsjahres 2016 genutzt werden.

2. Schwerpunktthemen der Bundesebene

Tabelle 1: Schwerpunkt-Qualitätsindikatoren der Bundesebene

Leistungsbereich	Modul-Kennzahl	Bezeichnung: Schwerpunkt-Indikatoren	Referenzbereich 2015	Ergebnis		Tendenz	Kommentierung
				2015	2013		
Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation	09/3 - 51988	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	<= 6,00%	3,54%	3,60%	↑	Seite 8
Implantierbare Defibrillatoren- Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation	09/6 - 52001	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	<= 6,00%	4,56%	5,40%	↑	Seite 8
Geburtshilfe	16/1 - 318	Anwesenheit eines Pädaters bei Frühgeburten	>= 90,00%	95,96%	95,20%	↑	Seite 8
Hüftgelenknahe Femur- fraktur mit osteosynthetischer Versorgung	17/1 - 54030	Präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus	<= 15,00%	19,87%	*	hier nicht anwendbar	Seite 9
Hüftendoprothesen- versorgung	HEP - 54003	Präoperative Verweildauer über 48 Stunden	<= 15,00%	20,12%	*	hier nicht anwendbar	Seite 9
Mammachirurgie	18/1 - 51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	>=90,00%	97,17%	97,00%	↑	Seite 9
	18/1 - 51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	>= 90,00%	94,51%	93,90%	↑	Seite 10

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

* Indikator in dieser Form im Jahr 2013 nicht existent
 ** Ergebnis 2013 auf Grund von (leicht) veränderten Rechenregeln nur bedingt mit Ergebnis 2015 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.

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

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

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2015 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\leq 6,00\%$ ein nicht signifikant veränderter Wert von 3,54% gegenüber 3,60% im Jahr 2013 vor.

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

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

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2015 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\leq 6,00\%$ ein nicht signifikant veränderter Wert von 4,56% gegenüber 5,40% im Jahr 2013 vor.

Mit 15 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog geführt.

Mit einem Krankenhaus wurde zu diesem Qualitätsindikator ein kollegiales Gespräch geführt. Eine separate Zielvereinbarung war aus Sicht der Arbeitsgruppe „Kardiologie“ aufgrund der bereits durchgeführten Maßnahmen des Krankenhauses nicht notwendig.

Elf Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“, eins als „nicht bewertbar aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation“ und drei als „qualitativ auffällig“ eingestuft.

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

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2015 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\geq 90,00\%$ ein nicht signifikant veränderter Wert von 95,96% gegenüber 95,20% im Jahr 2013 vor.

Mit 26 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. 24 Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“, eins als „nicht bewertbar aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation“ und eins als „qualitativ auffällig“ eingestuft.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
17n1 – 54030	Präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2015 bei einem Bundes-Referenzbereich von <= 15,00% ein Wert von 19,87% vor. Aussagen zur Tendenz bezüglich des Vergleichsjahres 2013 sind nicht möglich, da dieser Indikator im Jahr 2013 noch nicht existierte.

Mit 68 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog geführt. 62 Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“, eins als „nicht bewertbar aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation“ und fünf als „qualitativ auffällig“ eingestuft.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
HEP	Hüftendoprothesenversorgung
HEP – 54003	Präoperative Verweildauer über 48 Stunden

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2015 bei einem Bundes-Referenzbereich von <= 15,00% ein Wert von 20,12% vor. Aussagen zur Tendenz bezüglich des Vergleichsjahres 2013 sind nicht möglich, da dieser Indikator im Jahr 2013 noch nicht existierte.

Mit 73 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog geführt. 62 Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“, zwei als „nicht bewertbar aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation“ und neun als „qualitativ auffällig“ eingestuft.

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

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2015 bei einem Bundes-Referenzbereich von >= 90,00% ein nicht signifikant veränderter Wert von 97,17% gegenüber 97,00% im Jahr 2013 vor.

Mit 12 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Mit einem Krankenhaus wurde zu diesem Qualitätsindikator ein kollegiales Gespräch durchgeführt. Mit dem Krankenhaus wurde folgende Zielvereinbarung getroffen:

1. Die Methode der radiologischen Stanzbiopsie / Vakuumbiopsie muss im Krankenhaus vorhanden sein. Dazu sind entweder die strukturellen Voraussetzungen zu schaffen oder die Patientinnen sind an entsprechende Einrichtungen, die dieses Verfahren anbieten, weiterzuleiten. Die Arbeitsgruppe „Gynäkologie und Geburtshilfe“ bittet darum, dass das Krankenhaus der Arbeitsgruppe „Gynäkologie und Geburtshilfe“ bis zum 31. März 2017 mitteilt, wie es sich entschieden hat.
2. Statt eines Sampling sollte auch bei älteren Patientinnen eine Sentinel-Lymphknotenbiopsie durchgeführt werden.

Acht Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“, eins als „nicht bewertbar aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation“ und drei als „qualitativ auffällig“ eingestuft.

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

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2015 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\geq 90,00\%$ ein nicht signifikant veränderter Wert von 94,51% gegenüber 93,90% im Jahr 2013 vor.

Mit 18 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Mit einem Krankenhaus wurde zu diesem Qualitätsindikator ein kollegiales Gespräch geführt. Mit dem Krankenhaus wurde folgende Zielvereinbarung getroffen:

1. Die Methode der radiologischen Stanzbiopsie/Vakuumbiopsie muss im Krankenhaus vorhanden sein. Dazu sind entweder die strukturellen Voraussetzungen zu schaffen oder die Patientinnen sind an entsprechende Einrichtungen, die dieses Verfahren anbieten, weiterzuleiten. Die Arbeitsgruppe „Gynäkologie und Geburtshilfe“ bittet darum, dass das Krankenhaus der Arbeitsgruppe „Gynäkologie und Geburtshilfe“ bis zum 31. März 2017 mitteilt, wie es sich entschieden hat.
2. Statt eines Sampling sollte auch bei älteren Patientinnen eine Sentinel-Lymphknotenbiopsie durchgeführt werden.

14 Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“, eins als „nicht bewertbar aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation“ und drei als „qualitativ auffällig“ eingestuft.

2.2 Anfragen der AG „Externe stationäre Qualitätssicherung“

Es lagen keine Anfragen der Arbeitsgruppe „Externe stationäre Qualitätssicherung“ des G-BA vor.

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 Bundes-Referenzbereich	Referenzbereich		Ergebnis		Tendenz	Kommentierung
			2015	2015	2015	2013		
Karotis-Revaskularisation	10/2 - 51437	Indikation zur asymptomatischen Karotisstenose - kathetergestützt	>= 95,00%	94,59%	96,90%		↑	Seite 14
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	17/1 - 54030	Präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus	<= 15,00%	19,87%	*			Siehe Kapitel 2.1, Seite 9
Hüftendoprothesenversorgung	HEP - 54003	Präoperative Verweildauer über 48 Stunden	<= 15,00%	20,12%	*			Siehe Kapitel 2.1, Seite 9
Knieendoprothesenversorgung	KEP - 54022	Indikation zum Knie-Endoprothesen-Wechsel bzw. -komponentenwechsel	>= 86,00%	80,68%	*			Seite 14
Mammachirurgie	18/1 - 52279	Intraoperative Präparatradiografie oder -sonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	>= 95,00%	81,46%	*			Seite 15

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 geforderten Referenzbereich.

Indikator in dieser Form im Jahr 2013
 * nicht existent
 ** Ergebnis 2013 auf Grund von (leicht) veränderten Rechenregeln nur bedingt mit Ergebnis 2015 vergleichbar

Tabelle 3: Qualitätsindikatoren - Sentinel Events

Leistungsbereich	Modul-Kennzahl	QI mit Abweichung vom Bundes-Referenzbereich: 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
			2015	2015	2015	2013		
Herzschrittmacher - Aggregatwechsel	09/2 - 1092	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Einkammerssystem (AAI, VVI)	sentinel event	2 v. 348	1 v. 361	hier nicht anwendbar	Seite 15	
	09/2 - 1093	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Zweikammerssystem (VDD, DDD)	sentinel event	6 v. 1.010	10 v. 933	hier nicht anwendbar	Seite 15	
	09/2 - 51398	Sterblichkeit im Krankenhaus	sentinel event	2 v. 1.448	4 v. 1.377	hier nicht anwendbar	Seite 16	
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	09/5 - 50031	Sterblichkeit im Krankenhaus	sentinel event	1 v. 947	2 v. 742	hier nicht anwendbar	Seite 16	
Karotis- Revaskularisation	10/2 - 52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	sentinel event	4 v. 72	nicht vorhanden	hier nicht anwendbar	Seite 16	
Gynäkologische Operationen	15/1 - 51418*	Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation	sentinel event	20 v. 4.620	** 21 v. 4.247	hier nicht anwendbar	Seite 16	
	15/1 - 52535	Beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adhexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen bis 45-Jahre	sentinel event	3 v. 5	nicht vorhanden	hier nicht anwendbar	Seite 17	
Geburtshilfe	16/1 - 331	Müttersterblichkeit bei Geburten	sentinel event	0 v. 62.968	2 v. 58.182	hier nicht anwendbar	Seite 17	
	16/1 - 1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	sentinel event	7 v. 812	7 v. 756	hier nicht anwendbar	Seite 17	
Mammachirurgie	18/1 - 2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	sentinel event	2 v. 634	*** 3 v. 686	hier nicht anwendbar	Seite 17	
Dekubitusprophylaxe	DEK - 52010	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	sentinel event	104 v. 1.533.833	198 v. 1.381.605	hier nicht anwendbar	Seite 18	
Hüftendoprothesen- versorgung	HEP - 54013	Sterblichkeit während des akut stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit	sentinel event	56 v. 18.751	nicht vorhanden	hier nicht anwendbar	Seite 19	

*Eingeschränkt vergleichbar

Nummer: Anpassung der OPS-Einschlussliste für zusätzlich erlaubte OPS-Kodes.

** Ergebnis 2013 auf Grund von (leicht) veränderten Rechenregeln nur bedingt mit Ergebnis 2015 vergleichbar

*** kein Sentinel event Indikator

Qualitätsindikatoren mit Abweichungen vom Referenzbereich der Bundesebene

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
10/2	Karotis-Revaskularisation
10n2 – 51437	Indikation zur asymptomatischen Karotisstenose – kathetergestützt

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2015 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\geq 95,00\%$ ein nicht signifikant veränderter Wert von $94,59\%$ gegenüber $96,90\%$ im Jahr 2013 vor.

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

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
17n1 – 54030	Präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus

Siehe Kapitel 2.1, Seite 9

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
HEP	Hüftendoprothesenversorgung
HEP – 54003	Präoperative Verweildauer über 48 Stunden

Siehe Kapitel 2.1, Seite 9

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
KEP	Knieendoprothesenversorgung
KEP – 54022	Indikation zum Knie-Endoprothesen-Wechsel bzw. -komponentenwechsel

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2015 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\geq 86,00\%$ ein Wert von $80,68\%$ vor. Aussagen zur Tendenz bezüglich des Vergleichsjahres 2013 sind nicht möglich, da dieser Indikator im Jahr 2013 noch nicht existierte.

Mit 55 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abweichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. 33 Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“, 20 als „nicht bewertbar aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation“ und zwei als „qualitativ auffällig“ eingestuft.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
18/1	Mammachirurgie
18n1 – 52279	Intraoperative Präparatradiografie oder -sonografie bei sonografischer Drahtmarkierung

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2015 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\geq 95,00\%$ ein Wert von $81,46\%$ vor. Aussagen zur Tendenz bezüglich des Vergleichsjahres 2013 sind nicht möglich, da dieser Indikator im Jahr 2013 noch nicht existierte.

Mit 28 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Mit zwei Krankenhäusern wurde zu diesem Qualitätsindikator ein kollegiales Gespräch geführt. Mit beiden Krankenhäusern wurde jeweils folgende Zielvereinbarung getroffen:

1. Übersendung der vorliegenden Standardverfahrensanweisung (SOP) und Ablaufpläne zur Mammachirurgie von Krankenhaus 1 und von Krankenhaus 2 an die Arbeitsgruppe „Gynäkologie und Geburtshilfe“ bis 31. Januar 2017

19 Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“, drei als „nicht bewertbar aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation“ und sechs als „qualitativ auffällig“ eingestuft.

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 2015 bei einem Bundes-Referenzbereich von $= 0,00\%$ ein Wert von 2 von 348 Fällen vor gegenüber 1 von 361 Fällen im Jahr 2013.

Mit zwei Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Ein Krankenhaus wurde abschließend als „qualitativ unauffällig“ und das andere als „qualitativ auffällig“ eingestuft.

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 2015 bei einem Bundes-Referenzbereich von $= 0,00\%$ ein Wert von 6 von 1.010 Fällen vor gegenüber 10 von 933 Fällen im Jahr 2013.

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

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

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2015 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 2 von 1.448 Fällen vor gegenüber 4 von 1.377 Fällen im Jahr 2013.

Mit zwei Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. Beide Krankenhäuser wurden 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 2015 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 1 von 947 Fällen vor gegenüber 2 von 742 Fällen im Jahr 2013.

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

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
10/2	Karotis-Revaskularisation
10n2 – 52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2015 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 4 von 72 Fällen vor. Aussagen bezüglich des Vergleichsjahres 2013 sind nicht möglich, da dieser Indikator im Jahr 2013 noch nicht existierte.

Mit drei Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. Alle drei 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 2015 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 20 von 4.620 Fällen vor gegenüber 21 von 4.247 Fällen im Jahr 2013.

Mit 14 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. Alle 14 Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
15/1	Gynäkologische Operationen
15n1 – 52535	Beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen bis 45 Jahre

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2015 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 3 von 5 Fällen vor. Aussagen bezüglich des Vergleichsjahres 2013 sind nicht möglich, da dieser Indikator im Jahr 2013 noch nicht existierte.

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

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

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2015 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 0 von 62.268 Fällen vor gegenüber 2 von 58182 Fällen im Jahr 2013.

Alle Krankenhäuser lagen innerhalb des Bundes-Referenzbereiches.

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

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2015 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 7 von 812 Fällen vor gegenüber 7 von 756 Fällen im Jahr 2013.

Mit sechs Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. Fünf Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“ eingestuft, eins als „nicht bewertbar aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation“.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
18/1	Mammachirurgie
18n1 – 2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2015 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 2 von 634 Fällen vor gegenüber 3 von 686 Fällen im Jahr 2013.

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
DEK	Dekubitusprophylaxe
DEK – 52010	Alle stationär erworbenen Dekubitalulcera Grad 4

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2015 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 104 von 1.533.833 Fällen vor gegenüber 198 von 1.381.605 Fällen im Jahr 2013.

Mit 59 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. Zwei Krankenhäuser wurden zum kollegialen Gespräch eingeladen, dabei wurden mit beiden Krankenhäuern detaillierte Zielvereinbarungen vereinbart.

Zielvereinbarung erstes Krankenhaus:

Die niedersächsische Arbeitsgruppe „Dekubitusprophylaxe“ empfiehlt, bis Ende des Jahres 2016

- ein einheitliches Dokument zum Pflegestandard,
- mit einem einheitlichen Bewegungsplan,
- ein Instrument zur Risikobewertung und
- eine einheitliche Wunddokumentation zu definieren.

Diese Dokumente sollten im ORBIS allen Beschäftigten zur Verfügung gestellt und alle Mitarbeiter entsprechend geschult werden. Die Wunddokumentation sollte Bestandteil der elektronischen Akte werden. Weiterhin empfiehlt die Arbeitsgruppe, Pflegevisiten einzuführen und einen einheitlichen Aufnahmestandard zu definieren.

Die Gesprächsteilnehmer halten Rücksprache mit der Geschäftsführung, ob diese Vorhaben so im Krankenhaus durchgeführt werden sollen. Bis Ende November 2016 erhält die Projektgeschäftsstelle eine Rückmeldung, wie die Entscheidung der Geschäftsführung ausgefallen ist. Sollte die Geschäftsführung dieses Vorhaben unterstützen, wird folgende weitere Zielvereinbarung getroffen: Es finden Schulungen zum Pflegestandard statt und die Schulungsinhalte und Teilnehmerlisten werden der Projektgeschäftsstelle übermittelt.

Anmerkung der Projektgeschäftsstelle:

Die Geschäftsführung des Krankenhauses hat rückgemeldet, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen durchgeführt werden.

Zielvereinbarung zweites Krankenhaus:

1. Strukturierung des Wundmanagements.
Bis Ende Januar 2017 werden die Namen der zu zertifizierenden Wundmentoren und die Zeitpunkte der jeweiligen Zertifizierungsmaßnahmen rückgemeldet.
2. Ein Pflegeforum soll ins Leben gerufen werden, welches drei bis viermal im Jahr tagt. Sobald ein Termin feststeht, wird die Projektgeschäftsstelle über Themen und Teilnehmer informiert.
3. In den Stationsleiterbesprechungen werden die Informationen des kollegialen Gesprächs weitergegeben. Diese finden jeden ersten Dienstag im Monat statt. Die Projektgeschäftsstelle erhält eine Kopie der Protokolle der Stationsleiterbesprechungen des Monats Oktober 2016.
4. Das eingeführte Meldesystem für alle neu entstandenen Dekubitalulcera soll umgesetzt werden. Zum Ende des ersten Quartals 2017 erhält die Projektgeschäftsstelle einen Bericht, wie das Meldesystem für alle neu entstandenen Dekubitalulcera angenommen wurde.
5. Nach dem Umzug sollen Dekubitusfallbesprechungen eingeführt werden. Die Projektge-

schäftsstelle erhält eine Information, sobald dies geschehen ist.

45 Krankenhäuser wurden nach Abschluss des strukturierten Dialoges als „qualitativ unauffällig“ eingestuft, zwei Krankenhäuser als „nicht bewertbar aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation“ und zwölf Krankenhäuser als „qualitativ auffällig“.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
HEP	Hüftendoprothesenversorgung
HEP – 54013	Sterblichkeit während des stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2015 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 56 von 18.751 Fällen vor. Aussagen zur Tendenz bezüglich des Vergleichsjahres 2013 sind nicht möglich, da dieser Indikator im Jahr 2013 noch nicht existierte.

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

4. Datenvalidierungsverfahren der Bundesebene

4.1 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

In den vom G-BA für die Datenvalidierung festgelegten indirekten Leistungsbereichen „Mammachirurgie“ (Modul 18/1) und Dekubitus (DEK) sind in Niedersachsen im Jahr 2016 zwölf von der Bundesebene zufällig ausgewählte Krankenhäuser auf korrekte Datenübermittlung für bis zu 20 Datensätze für das Erfassungsjahr 2015 überprüft worden. Beim Datenabgleich zwischen den übermittelten Datensätzen und den Patientenakten sind hauptsächlich folgende Diskrepanzen aufgefallen und den Verantwortlichen im Krankenhaus unmittelbar vor Ort mitgeteilt worden:

Leistungsbereich „Mammachirurgie“ (4 Krankenhäuser)

- Die QS-Dokumentation sollte zwischen den Beteiligten entweder eng abgestimmt oder von einer Person übernommen bzw. vor dem Versand an die Projektgeschäftsstelle überprüft werden, um eine für das gesamte Krankenhaus einheitliche Qualitätssicherungs-Dokumentation zu gewährleisten.
- Datenfeld 22 (Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie)
Falls es sich um einen Ersteingriff wegen Primärerkrankung oder um ein lokoregionäres Rezidiv handelt, sollte in der Krankenakte und in der Qualitätssicherung dokumentiert werden, ob ein histologischer Befund durch Stanz- oder Vakuumbiopsie vorliegt. Bei einer Feinnadelbiopsie handelt es sich nicht um eine histologische Diagnosesicherung.
- Datenfeld 23 (Histologie)
Nachdem bei radiologisch (mammographisch) unklaren oder verdächtigen Befunden eine Stanzbiopsie durchgeführt wurde, sollte der Befund der Gewebsveränderungen nach der sogenannten B-Klassifikation in der Patientenakte und in der Qualitätssicherung dokumentiert werden.
- Datenfeld 24 (Maligne Neoplasie)
Es sollte vom Pathologen einheitlich die Kodierung des Tumors nach dem ICD-O-3-Schlüssel erfolgen. Eine Beschreibung der Tumorgröße und -lage kann zusätzlich erfolgen. Die ICD-O-3-Kodierung sollte in die Patientenakte und in die QS-Dokumentation übernommen werden.
- Datenfeld 25
(Datum (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes)
Das Ausgangs-Datum des prätherapeutischen histologischen Befundes aus der Pathologie sollte in der Krankenakte dokumentiert und auch so in die QS-Dokumentation übernommen werden. Es sollte einheitlich das Datum des Endbefundes (des letzten von möglicherweise mehreren Befunden) dokumentiert werden.
- Datenfeld 35 (präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren)
Es sollte in der Krankenakte und in der Qualitätssicherung dokumentiert werden, ob eine prätherapeutische Drahtmarkierung durch bildgebende Verfahren erfolgt ist. Eine präoperative Drahtmarkierung liegt auch vor, wenn es sich um eine Clip-Markierung handelt.
- Datenfeld 36 (intraoperative Präparateradiographie oder -sonographie)
Es sollte in der Krankenakte und in der Qualitätssicherung dokumentiert werden, ob eine intraoperative Kontrolle der präoperativ drahtmarkierten Stelle durch eine Präparateradiographie oder Präparatesonographie erfolgt ist.

➤ Datenfeld 60 (R0-Resektion)

Es sollte in der Krankenakte und in der Qualitätssicherung dokumentiert werden, ob eine R0-Resektion erfolgt ist. Eine R0-Resektion liegt bei endgültig tumorfreiem Resektionsrand nach Abschluss der primär-operativen Therapie vor.

Leistungsbereich „Dekubitus“ (8 Krankenhäuser)

➤ Die QS-Dokumentation sollte zwischen den Beteiligten entweder eng abgestimmt oder von einer Person übernommen bzw. vor dem Versand an die Projektgeschäftsstelle überprüft werden, um eine für das gesamte Krankenhaus einheitliche Qualitätssicherungs-Dokumentation zu gewährleisten.

➤ Datenfeld 14 (Seitenlokalisierung)

Es sollte versucht werden, möglichst immer eine Seitenlokalisierung mit zu kodieren.

➤ Datenfeld 15 (War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden?) und Datenfeld 16 (War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden?)

Diese Angaben waren aus den Patientenakten oftmals nicht eindeutig herauszulesen. Sowohl für die Mitarbeiter, die die QS-Bögen ausfüllen als auch für die Dokumentationsqualität der Patientenakte wäre es von Vorteil, wenn es entsprechende Pflichtfelder entweder in der Verlaufsdokumentation oder im Hautstatus bei Aufnahme/Entlassung gäbe. Sollte ein Patient mit Dekubitus entlassen werden, sollte dies im Entlassungsbrief erwähnt werden.

Alle niedersächsischen Krankenhäuser wurden von der Projektgeschäftsstelle über die o.g. Erkenntnisse aus der Datenvalidierung informiert und gebeten, die Dokumentation für das Erfassungsjahr 2016 intern zu überprüfen, ggf. fehlerhafte Datensätze zu korrigieren und bis zum 28. Februar 2017 erneut an die Projektgeschäftsstelle zu übermitteln. So können die Erkenntnisse aus dem Erfassungsjahr 2015 bereits für die Dokumentation des Erfassungsjahres 2016 genutzt werden.

4.2 Statistische Basisprüfung

Tabelle 4: Auffälligkeitskriterien zur Datenvalidierung (Statistische Basisprüfung)

Leistungsbereich	Modul - Kennzahl	Bezeichnung: Auffälligkeitskriterium (AK)	Referenzbereich	Dokumentationsqualität: Anzahl Standorte		
				Grundgesamtheit zur Kennzahl (mit Fallzahlbeschränkung gemäß Berechnungsregel)	rechnerisch auffällig	in %
Herzschrittmacher-Implantation	09/1 - 813070	Häufig führendes Symptom „sonstiges“	<= 4,76%	101	5	5,0%
	09/1 - 813071	Häufig führende Indikation „sonstiges“	<= 5,65%	78	4	5,1%
Herzschrittmacher -Revision/-Systemwechsel/-Explantation	09/3 - 850337	Häufige Angabe von nicht bekanntem Implantationsjahr beim Schrittmacher-Aggregat	<= 23,27%	83	0	0,0%
	09/3 - 850338	Häufige Angabe von „unbekannt“ beim Zeitabstand zur Implantation der Sonde	<= 6,49%	86	1	1,2%
	09/3 - 850339	Häufige Angabe „kein Eingriff an der Sonde“ oder fehlende Angabe zur Art des Vorgehens bei gleichzeitiger Dokumentation von Sonderproblemen	<= 19,57%	87	2	2,3%
Implantierbare Defibrillatoren: Implantation	09/4 - 850313	Häufige Indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstiges“	<= 6,22%	51	4	7,8%
	09/4 - 850314	Häufig ICD-System 'sonstiges'	<= 0,00%	51	1	2,0%
	09/4 - 850315	Häufige Angabe von LVEF „nicht bekannt“	<= 2,94%	51	3	5,9%
	09/4 - 850316	Häufige Angabe von ASA 4	<= 24,83%	51	4	7,8%
	09/4 - 850317	Häufige Angabe von ASA 5	= 0	51	3	5,9%
	Karotis-Revaskularisation	10/2 - 850332	Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patienten	<= 4,32%	54	1
	10/2 - 850334	Häufige Angabe von Indikationsgruppe-C-Kriterien bei asymptomatischen Patienten (offen-chirurgisch)	<= 6,64%	50	4	8,0%
Gynäkologische Operationen	15/1 - 811823	Alle Krankenhäuser mit Patientinnen >= 60 Jahren mit isoliertem Ovariengriff mit vollständiger Entfernung des Ovars oder Adnexe und führendem histologischen Befund „Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste“	<= 1	6	1	16,7%
	15/1 - 850312	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	< 100,00%	6	1	16,7%
Geburtshilfe	16/1 - 850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	= 0	77	6	7,8%
	16/1 - 850319	Angabe 5-Minuten-Apgar unter 5 und fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes und fehlende Angabe des Base Excess	= 0	77	4	5,2%
	16/1 - 850320	Keine Angabe von höhergradigem Dammsriss (Grad III oder IV) bei spontanen Einlingsgeburten mit medianer Episiotomie bei Kindern mit hohem Geburtsgewicht	> 0,00%	77	2	2,6%
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	17/1 - 850350	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	< 100,00%	9	0	0,0%
Mammachirurgie	18/1 - 813068	Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie	<= 4	27	2	7,4%
	18/1 - 850363	Häufige Angabe „HER-2/neu-Status = unbekannt“	<= 4,30%	86	2	2,3%
	18/1 - 850364	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	<= 2,78%	86	3	3,5%
	18/1 - 850365	Häufige Angabe „lokoregionäres Rezidiv nach BET“ oder „lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie“ als Erkrankung an dieser Brust	<= 14,55%	86	3	3,5%
	18/1 - 850366	Angabe von ASA 5	= 0	86	3	3,5%
	18/1 - 813067	Häufige Angabe „(y)pNX“	<= 1	86	16	18,6%
Pflege: Dekubitusprophylaxe	DEK - 850357	Fehlende Dokumentation von Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet in der QS-Dokumentation trotz Dokumentation von Fällen in der Risikostatistik	> 0	184	3	1,6%
	DEK - 850358	Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik	= 0	184	13	7,1%
	DEK - 850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)	<= 5,43%	184	10	5,4%
	DEK - 850360	Immer Angabe „POA = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)	< 100,00%	184	9	4,9%
	DEK - 850361	Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“	<= 10,38%	184	4	2,2%
	DEK - 850362	Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4	<= 4	184	3	1,6%

Die Statistische Basisprüfung mit strukturiertem Dialog zielt darauf ab, fehlerhafte, unvollständige und unvollzählige 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 Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) 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 2015 sind pro Leistungsbereich ein bis sechs 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 sogenannten Verstetigung (Tabelle 4). 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 niedersächsischen Krankenhäusern sind bezüglich der Dokumentationsqualität zwischen 0 und 18,6% der 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 Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wurde mitgeteilt, dass Anfragen bezüglich der Dokumentation im Krankenhaus einfach und verständlich formuliert werden müssen. Dies war bisher nicht durchgehend der Fall. Die Formulierungen bzgl. der Dokumentationsqualität in den Anfragen an die Krankenhäuser waren oftmals sehr kompliziert. Selbst Arbeitsgruppenmitglieder haben die Anfragen zur Dokumentationsqualität erst nach längerer Diskussion in den Arbeitsgruppen richtig interpretieren können.

4.3 Vollzähligkeit

Leistungsbereich	Modul	Anzahl Standorte gesamt	Unterdokumentation Anzahl Standorte	Überdokumentation Anzahl Standorte
Herzschrittmacher-Implantation	09/1	102	3	0
Herzschrittmacher - Aggregatwechsel	09/2	93	1	0
Herzschrittmacher - Revision/-Systemwechsel/-Explantation	09/3	92	4	0
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	09/4	63	1	0
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	09/5	59	1	0
Implantierbare Defibrillatoren - Revision/-Systemwechsel/ -Explantation	09/6	58	2	0
Karotis-Revaskularisation	10/2	55	2	0
Gynäkologische Operationen	15/1	108	2	0
Geburtshilfe	16/1	106	0	0
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	17/1	108	1	1
Hüftendoprothesenversorgung	HEP	114	3	0
Hüftendoprothesenversorgung (Erstimplantation)	HEP_IMP	113	6	0
Hüftendoprothesenversorgung (Wechsel)	HEP_WE	109	73	2
Knieendoprothesenversorgung	KEP	111	3	1
Knieendoprothesenversorgung (Erstimplantation)	KEP_IMP	109	4	1
Knieendoprothesenversorgung (Wechsel)	KEP_WE	104	24	4
Mammachirurgie	18/1	107	6	2
Koronarangiographie und PCI	21/3	87	1	0
Dekubitusprophylaxe	DEK	160	11	3
Ambulant erworbene Pneumonie	PNEU	133	2	0
Neonatologie	NEO	57	1	0

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 (alte Fassung) 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 2015 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 übermittelt 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 Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat dazu im Internet detaillierte Rechenregeln veröffentlicht.

Insgesamt wurden 165 rechnerische Auffälligkeiten aus 91 Krankenhäusern festgestellt.

Kriterium zur Unterdokumentation:

Für Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten beim 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.

87 Krankenhäuser erhielten zu 151 rechnerischen Auffälligkeiten eine Aufforderung zur Stellungnahme. Als häufigste Ursachen für die Unterdokumentation wurden festgestellt, dass es in den Modulen

- HEP (Hüftendoprothesenversorgung) mit den Zählleistungsbereichen HEP-IMP (Hüftendoprothesenversorgung (Erstimplantation)) und HEP-WE (Hüftendoprothesenversorgung (Wechsel)) sowie

- KEP (Knieendoprothesenversorgung) mit den Zählleistungsbereichen KEP-IMP (Knieendoprothesenversorgung (Erstimplantation)) und KEP-WE (Knieendoprothesenversorgung (Wechsel))

verhältnismäßig häufig im Rahmen der Zählleistungsbereiche der Wechseloperationen in beiden Leistungsbereichen zu einer Unterdokumentation gekommen ist.

Kriterium zur Überdokumentation:

Zehn Krankenhäuser mit 14 rechnerischen Auffälligkeiten beim Kriterium zur Überdokumentation haben für das Erfassungsjahr 2015 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)

Tabelle 6: Minimaldatensätze

Leistungsbereich	Modul	Anzahl Krankenhäuser gesamt	Anzahl Minimaldatensätze	Gründe
Herzschrittmacher-Implantation	09/1	1	1	Abbruch der Operation
Herzschrittmacher-Explantation/ -Revision/ -Systemwechsel	09/3	1	4	Abbruch der Operation
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	09/6	2	2	1. Abbruch der Operation 2. Fehlerhafte Dokumentation
Karotis-Revaskularisation	10/2	2	3	Sonderfälle
Mammachirurgie	18/1	2	2	1. KH geschlossen, keine Stellungnahme angefordert. 2. Fehlerhafte Dokumentation
Ambulant erworbene Pneumonie	PNEU	4	89	Ein Großteil der Fälle wurde falsch dokumentiert, da der ICD10-Code U69.- (Sonstige sekundäre Schlüsselnummern für besondere Zwecke) als Abgrenzungskriterium der ambulant erworbenen Pneumonie für die Qualitätssicherung im Krankenhaus nicht berücksichtigt wurde.

Für das Erfassungsjahr 2015 wurde überprüft, ob ein Krankenhaus in einem Leistungsbereich (außer Neonatologie und orthopädisch-unfallchirurgische Module) mehr als 5% Minimaldatensätze (MDS) übermittelt hat. Diese Prüfung wird durchgeführt, weil Minimaldatensätze nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden können und daher nur in Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen sollten.

Darüber hinaus ist die Verwendung von Minimaldatensätzen im Leistungsbereich „Neonatalogie“ an bestimmte Kriterien geknüpft. Aus diesem Grund hat die Projektgeschäftsstelle entschieden, einen strukturierten Dialog auf Landesebene im Leistungsbereich „Neonatalogie“ durchzuführen. Hierzu wurden 25 Krankenhäuser zu 25 Auffälligkeiten um Stellungnahmen gebeten.

Der strukturierte Dialog hat gezeigt, dass der Großteil der Krankenhäuser die Verwendung der Minimaldatensätze im Leistungsbereich „Neonatalogie“ korrekt durchgeführt hat. Die übrigen Krankenhäuser wurden auf die richtige Anwendung der Minimaldatensätze erneut hingewiesen.

5. Landesspezifika

In Niedersachsen gab es im Jahr 2015 keine landesspezifischen Qualitätsindikatoren mehr. Der strukturierte Dialog wurde analog der Bundesebene durchgeführt.

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 2015 in Niedersachsen in den drei Kategorien zusammengefasst wiedergegeben:

Strukturierter Dialog 2015 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	Bewertung der Stellungnahme noch nicht abgeschlossen
Kardiologie	Herzschrittmacher-Implantation (Modul 9/1)	101	886	24	7	855	0	0
			100,00%	2,71%	0,79%	96,50%	0,00%	0,00%
	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (Modul 9/2)	92	790	6	19	765	0	0
			100,00%	0,76%	2,41%	96,84%	0,00%	0,00%
	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (Modul 9/3)	90	787	9	0	778	0	0
			100,00%	1,14%	0,00%	98,86%	0,00%	0,00%
	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (Modul 9/4)	63	696	28	2	666	0	0
			100,00%	4,02%	0,29%	95,69%	0,00%	0,00%
Chirurgie	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (Modul 9/5)	59	236	0	3	233	0	0
			100,00%	0,00%	1,27%	98,73%	0,00%	0,00%
	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (Modul 9/6)	56	326	5	0	321	0	0
			100,00%	1,53%	0,00%	98,47%	0,00%	0,00%
Gynäkologie und Geburtshilfe	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) (Modul 21/3)	87	1.158	17	0	1.141	0	0
			100,00%	1,47%	0,00%	98,53%	0,00%	0,00%
Gynäkologie und Geburtshilfe	Karotis-Revaskularisation (Modul 10/2)	54	423	4	0	419	0	0
			100,00%	0,95%	0,00%	99,05%	0,00%	0,00%
	Gynäkologische Operationen (Modul 15/1)	106	697	12	14	671	0	0
			100,00%	1,72%	2,01%	96,27%	0,00%	0,00%
Gynäkologie und Geburtshilfe	Geburtshilfe (Modul 16/1)	76	914	13	9	892	0	0
			100,00%	1,42%	0,98%	97,59%	0,00%	0,00%
	Neonatalogie (Modul NEO)	42	370	9	0	361	0	0
Orthopädie und Unfallchirurgie		86	477	20	13	444	0	0
	Mammachirurgie (Modul 18/1)		100,00%	4,19%	2,73%	93,08%	0,00%	0,00%
	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (Modul 17/1)	107	972	11	0	961	0	0
Orthopädie und Unfallchirurgie			100,00%	1,13%	0,00%	98,87%	0,00%	0,00%
	Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	113	1.551	89	0	1.462	0	0
			100,00%	5,74%	0,00%	94,26%	0,00%	0,00%
Dekubitusprophylaxe	Knieendoprothesenversorgung (KEP)	111	841	59	0	782	0	0
			100,00%	7,02%	0,00%	92,98%	0,00%	0,00%
Pneumonie	Dekubitusprophylaxe (Modul DEK)	181	362	19	0	343	0	0
			100,00%	5,25%	0,00%	94,75%	0,00%	0,00%
Gesamt %	Ambulant erworbene Pneumonie (Modul PNEU)	133	1.168	48	98	1.022	0	0
			100,00%	4,11%	8,39%	87,50%	0,00%	0,00%
			12.654	373	165	12.116	0	0
			100,00%	2,95%	1,30%	95,75%	0,00%	0,00%

Kommentar zu Bewertung "Sonstiges":
KH/Abteilung geschlossen