

Bericht an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Bericht gemäß § 15 Abs. 3 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses
gemäß § 136 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 2016

Niedersachsen

Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung
Thielenplatz 3
30159 Hannover

Stand: 15. März 2018

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	3
2	Schwerpunktthemen der Bundesebene	8
2.1	Schwerpunkt-Qualitätsindikatoren der Bundesebene.....	8
2.2	Anfragen der AG „Externe stationäre Qualitätssicherung“	12
3	Qualitätsindikatoren mit Abweichung des Landesergebnisses vom Bundes-Referenzbereich / Sentinel Events.....	13
3.1	Qualitätsindikatoren mit Abweichung des Landesergebnisses vom Bundes-Referenzbereich	13
3.2	Sentinel-Event-Indikatoren.....	16
4	Datenvalidierungsverfahren der Bundesebene	20
4.1	Stichprobenverfahren mit Datenabgleich	20
4.2	Statistische Basisprüfung.....	21
4.3	Vollzähligkeit.....	23
4.4	Anlage von Minimaldatensätzen (MDS)	25
5	Landesspezifika.....	26

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Ergebnisse des strukturierten Dialogs 2016 nach Arbeitsgruppen.....	4
Tabelle 2:	Übersicht über kollegiale Gesprächen und Zielvereinbarungen 2016.....	5
Tabelle 3:	Übersicht über Zielvereinbarungen 2016 ohne kollegiales Gespräch	5
Tabelle 4:	Gespräche im Rahmen des strukturierten Dialogs vor dem Lenkungsgremium.....	5
Tabelle 5:	Schwerpunkt-Qualitätsindikatoren der Bundesebene	8
Tabelle 6:	Qualitätsindikatoren mit Abweichungen vom Referenzbereich der Bundesebene	13
Tabelle 7:	Qualitätsindikatoren – Sentinel Events.....	16
Tabelle 8:	Auffälligkeitskriterien zur Datenvalidierung (Statistische Prüfung).....	21
Tabelle 9:	Vollzähligkeit der Dokumentation	23
Tabelle 10:	Minimaldatensätze in Niedersachsen.....	25
Tabelle 11:	Strukturierter Dialog in Niedersachsen – Zusammenfassung	26

1 Zusammenfassung

Von den niedersächsischen Arbeitsgruppen wurden für das Erfassungsjahr 2016 die statistischen Ergebnisse von 269.726 Datensätzen und Risikostatistiken der externen Qualitätssicherung aus 181 niedersächsischen Krankenhäusern beurteilt.

In den 16 von der Landesebene betreuten, so genannten indirekten Leistungsbereichen wurden insgesamt 233 Qualitätsindikatoren ausgewertet. Von allen, insgesamt 11.243 berechneten Einzelergebnissen wurde bei 1.205 (10,7%) eine Abweichung vom festgelegten Referenzbereich festgestellt (rechnerische Auffälligkeit). Daraufhin wurde mit den Krankenhäusern mit rechnerischen Auffälligkeiten Kontakt aufgenommen (Strukturierter Dialog). In 173 (14,4%) dieser Fälle wurden die Krankenhäuser in Form eines Hinweisschreibens um interne Prüfung gebeten. Bei 1.009 (83,7%) der Fälle wurden die Krankenhäuser zur schriftlichen Stellungnahme aufgefordert. In 28 (2,8%) Fällen mit der Bitte um Stellungnahme waren zur Bewertung kollegiale Gespräche zwischen der zuständigen Arbeitsgruppe und dem betreffenden Krankenhaus notwendig, und in einem Fall wurde eine Begehung durchgeführt.

Unter der Rubrik „sonstiges“ werden Einzelergebnisse aus Krankenhäusern bzw. Krankenhausabteilungen mit Abweichungen vom Referenzbereich zusammengefasst, die aus der Patientenversorgung ausgeschieden sind und daher mit S90 (Verzicht auf Maßnahme im Strukturierten Dialog) bewertet wurden. Die Schließungen waren vor Einleitung des strukturierten Dialogs 2016 bekannt. Gemäß der Spezifikation des Datenformats zum Bericht über den strukturierten Dialog für das Erfassungsjahr 2016 vom 31. Mai 2017 wurde auf die Durchführung des strukturierten Dialogs verzichtet.

Die nachfolgende Übersicht gibt einen Überblick über das Gesamtmengengerüst einschließlich der abschließenden Bewertung sowie eine getrennte Darstellung pro Arbeitsgruppe:

Tabelle 1: Ergebnisse des strukturierten Dialogs 2016 nach Arbeitsgruppen

		Chirurgie	Dekubitus- prophylaxe	Gynäkologie und Geburtshilfe	Kardiologie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Pneumonie	Gesamt
betrachtete Einzelergebnisse im strukturierten Dialog		375	690	2.660	3.054	3.580	884	11.243
		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
davon Abweichungen vom Referenzbereich		45	62	280	269	379	170	1.205
		12,00%	8,99%	10,53%	8,81%	10,59%	19,23%	10,72%
davon Hinweise		0	0	30	38	69	36	173
		0,00%	0,00%	10,71%	14,13%	18,21%	21,18%	14,36%
davon Stellungnahmen		45	61	246	215	310	132	1.009
		100,00%	98,39%	87,86%	79,93%	81,79%	77,65%	83,73%
davon kollegiale Gespräche		9	1	16	0	2	0	28
		20,00%	1,64%	6,50%	0,00%	0,65%	0,00%	2,78%
davon Begehungen im KH		0	1	0	0	0	0	1
		0,00%	1,64%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,10%
Bewertung auf Basis <u>aller</u> Einzelergebnisse	auffällig	3	19	94	67	94	57	334
		0,80%	2,75%	3,53%	2,19%	2,63%	6,45%	2,97%
	Hinweise	0	0	30	38	69	36	173
		0,00%	0,00%	1,13%	1,24%	1,93%	4,07%	1,54%
	unauffällig	372	670	2.532	2.933	3.417	789	10.713
		99,20%	97,10%	95,19%	96,04%	95,45%	89,25%	95,29%
sonstiges	0	1	4	16	0	2	23	
	0,00%	0,14%	0,15%	0,52%	0,00%	0,23%	0,20%	
Bewertung auf Basis der Einzelergebnisse <u>mit Abweichung vom</u> <u>Referenzbereich</u>	auffällig	3	19	94	67	94	57	334
		6,67%	30,65%	33,57%	24,91%	24,80%	33,53%	27,72%
	Hinweise	0	0	30	38	69	36	173
		0,00%	0,00%	10,71%	14,13%	18,21%	21,18%	14,36%
	unauffällig	42	42	152	148	216	75	675
		93,33%	67,74%	54,29%	55,02%	56,99%	44,12%	56,02%
	sonstiges	0	1	4	16	0	2	23
		0,00%	1,61%	1,43%	5,95%	0,00%	1,18%	1,91%

Am Ende eines kollegialen Gespräches wurden mit 13 betroffenen Krankenhäusern Zielvereinbarungen zu 27 Qualitätsindikatoren geschlossen. In einem Fall war keine Zielvereinbarung notwendig, da bereits die erforderlichen Maßnahmen vom Krankenhaus eingeleitet wurden. Das Schließen einer Zielvereinbarung ist kein Automatismus, sondern wird im Einzelfall entschieden. Die kollegialen Gespräche wurden in den Leistungsbereichen aus den Fachgebieten Chirurgie, Dekubitusprophylaxe, Gynäkologie und Geburtshilfe, sowie Orthopädie und Unfallchirurgie durchgeführt.

Tabelle 2: Übersicht über kollegiale Gesprächen und Zielvereinbarungen 2016

Modulkürzel	Modulname	Anzahl von Anlässen zu kollegialen Gesprächen	Anzahl von Zielvereinbarungen	Kategorien der Zielvereinbarungen					
				Prozessanpassung der med. Leistungserbringung	Konzeptentwicklung	Anschaffung neuer Geräte	Fort- und Weiterbildung des Personals	Überprüfung / Anpassung der Dokumentation	Leistung ggf. nicht mehr erbringen
10/2	Karotis-Revaskularisation	9	8	2	2			1	1
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	2	2	1	2		2		2
15/1	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	12	12	12			12		12
16/1	Geburtshilfe	4	4	2	2				1
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	1	1		1	1		1	1
Gesamtergebnis		28	27	17	7	1	15	17	1

Darüber hinaus sind als weitere Maßnahmen mit 95 Krankenhäusern 230 Zielvereinbarungen ohne kollegiales Gespräch getroffen worden. Dies betraf die Leistungsbereiche aus den Fachgebieten Kardiologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Dekubitusprophylaxe, Orthopädie und Unfallchirurgie, sowie Pneumonie.

Tabelle 3: Übersicht über Zielvereinbarungen 2016 ohne kollegiales Gespräch

Modulkürzel	Modulname	Anzahl von Zielvereinbarungen ohne kollegiales Gespräch	Prozessanpassung der med. Leistungserbringung	Konzeptentwicklung	Anschaffung neuer Geräte	Fort- und Weiterbildung des Personals	Überprüfung / Anpassung der Dokumentation	Leistung ggf. nicht mehr erbringen	Bitte um weitere Informationen
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	1							1
09/4	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	6					4		2
09/5	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	1							1
15/1	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	50	11				38		
16/1	Geburtshilfe	12	1			3	8		
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	13	1	1			10		
18/1	Mammachirurgie	16	13			1	2		
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	12	1	7		5			
HEP	Hüftendoprothesenversorgung	31	2	2		1	28		
KEP	Knieendoprothesenversorgung	23	1	1			24		
NEO	Neonatologie	8					8		
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	33	4	16	1	6	8		
Gesamtergebnis		232	34	29	1	16	145	2	11

In besonders problematischen Fällen (Krankenhaus war z.B. zum identischen Qualitätsindikator über mehrere Jahre hinweg auffällig und auch bereits mehrfach zu kollegialen Gesprächen eingeladen) wurden im Rahmen des strukturierten Dialogs vier Krankenhäuser zu einem Gespräch vor dem Lenkungsgremium eingeladen und damit auch deanonymisiert. Abschließend hat das Lenkungsgremium zu jedem Krankenhaus einen Beschluss gefasst.

Tabelle 4: Gespräche im Rahmen des strukturierten Dialogs vor dem Lenkungsgremium

Modulkürzel	Arbeitsgruppe	Erstmalige Auffälligkeit
DEK	Dekubitusprophylaxe	SD 2014
17/1 und HEP	Orthopädie und Unfallchirurgie	SD 2015
15/1 und 18/1	Gynäkologie und Geburtshilfe	SD 2008
10/2	Chirurgie	SD 2012

Schwerpunkt-Qualitätsindikatoren aus Sicht der Bundesebene

Die Bundesfachgruppen haben für das Jahr 2016 acht Schwerpunkt-Qualitätsindikatoren identifiziert (Tabelle 5). Diese betreffen die Module 09/1 (Herzschrittmacher-Erstimplantation), 09/4 (Implantierbare Defibrillatoren-Implantation), 09/6 (Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation), 10/2 (Karotis-Revaskularisation) und NEO (Neonatologie).

Qualitätsindikatoren mit Abweichung des Landesergebnisses vom Bundes-Referenzbereich

Bei 15 Qualitätsindikatoren zeigten sich in Niedersachsen Abweichungen der Landesergebnisse von den Referenzbereichen der Bundesebene (Tabelle 6 und Tabelle 7). Davon sind elf so genannte Sentinel-Event-Indikatoren, bei denen jeder Einzelfall geprüft wird. Bei einem Qualitätsindikator aus dem Leistungsbereich „Ambulant erworbene Pneumonie“ hat sich das Ergebnis von 2016 zu 2014 nicht signifikant verändert, bei einem Qualitätsindikator aus dem Leistungsbereich „Mammachirurgie“ lag eine signifikante Veränderung vor. Bei den übrigen Qualitätsindikatoren aus dem Leistungsbereichen „Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung“ und „Hüftendoprothesenversorgung“ kann keine Aussage zur Tendenz getroffen werden, da diese im Jahr 2014 bisher noch nicht existent waren.

Datenvalidierung

Im Rahmen der Datenvalidierung werden die von den Krankenhäusern übermittelten Daten auf Vollständigkeit, Vollständigkeit und Plausibilität überprüft (Tabelle 8). 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 2017 wurden von der Bundesebene das Modul KEP (Knieendoprothesenversorgung) und das Modul PNEU (Ambulant erworbene Pneumonie) als indirekte, von der Projektgeschäftsstelle zu betreuende Leistungsbereiche ausgewählt.

Im Rahmen der Vor-Ort-Prüfung der Daten im Krankenhaus wurden für das Modul KEP sechs Krankenhäuser und für das Modul PNEU sieben Krankenhäuser in Niedersachsen von der Projektgeschäftsstelle besucht und die Qualitätssicherungsdokumentation mit der Dokumentation in der Patientenakte verglichen. Die beteiligten Krankenhäuser wurden gebeten, ihre Daten aus dem Erfassungsjahr 2017 anhand der gefundenen Abweichungen zum Erfassungsjahr 2016 zu überprüfen, ggfs. zu korrigieren und erneut zu übermitteln.

Von den mit Hilfe dieses Verfahrens geprüften niedersächsischen Krankenhäusern sind bezüglich der Dokumentationsqualität zwischen 0,0% und 16,7% (0 bis 11) 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. 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. Software-

probleme / -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 2016 informiert und gebeten, die Dokumentation für das Erfassungsjahr 2017 intern zu überprüfen, ggf. fehlerhafte Datensätze zu korrigieren und bis zum 28. Februar 2018 erneut zu übermitteln. So können die Erkenntnisse aus dem Erfassungsjahr 2016 bereits für die Dokumentation des Erfassungsjahres 2017 genutzt werden.

2 Schwerpunktthemen der Bundesebene

2.1 Schwerpunkt-Qualitätsindikatoren der Bundesebene

Tabelle 5: Schwerpunkt-Qualitätsindikatoren der Bundesebene

Leistungsbereich	Modul-Kennzahl	Bezeichnung: Schwerpunkt-Indikatoren	Referenzbereich	Ergebnis		Tendenz	Kommentierung
			2016	2016	2014		
Herzschrittmacher-Implantation	09/1 - 54139	Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	>= 90,00 %	90,58%	*	hier nicht anwendbar	Seite 9
	09/1 - 10117	Dosis-Flächen-Produkt	>= 37,82 %	86,48%	*	hier nicht anwendbar	Seite 9
	09/1 - 52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	<= 3,00 %	1,30%	1,66%	→	Seite 9
	09/1 - 2194	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	<= 2,85	keine Landesergebnisse erhalten	*	hier nicht anwendbar	Seite 9
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	09/4 - 10179	Dosis-Flächen-Produkt	>= 46,34 %	80,23%	*	hier nicht anwendbar	Seite 10
Implantierbare Defibrillatoren - Revision/-Systemwechsel/-Explantation	09/6 - 52001	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	<= 6,00 %	3,66%	**	hier nicht anwendbar	Seite 10
Karotis-Revaskularisation	10/2 - 52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	Sentinel Event	5 v. 66	****	hier nicht anwendbar	Seite 10
Neonatologie	NEO - 50062	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)	<= 2,30	1,12	**	hier nicht anwendbar	Seite 10

Legende zum Feld "Tendenz"	
	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.

* Indikator in dieser Form im Jahr 2014 nicht existent
** Ergebnis 2014 auf Grund von (leicht) veränderten Rechenregeln nur bedingt mit Ergebnis 2016 vergleichbar
*** Nicht vergleichbar mit 2014
**** 2014 kein SE-Indikator

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
09/1	Herzschrittmacher-Implantation
09n1 – 54139	Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
<p>Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2016 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\geq 90,00\%$ ein Wert von $90,58\%$ vor. Der Qualitätsindikator wurde im Jahr 2014 nicht in dieser Form berechnet, sodass ein Vergleich nicht möglich ist.</p> <p>Mit 39 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog geführt. Dabei wurden abschließend 26 Krankenhäuser als „qualitativ unauffällig“, acht Krankenhäuser als „nicht bewertbar aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation“ und fünf Krankenhäuser als „qualitativ auffällig“ eingestuft.</p> <p>Mit 13 Krankenhäusern sind Zielvereinbarungen zur Anpassung der Dokumentation geschlossen worden.</p>	
09/1 – 10117	Dosis-Flächen-Produkt
<p>Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2016 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\geq 37,82\%$ ein Wert von $86,48\%$ vor. Der Qualitätsindikator wurde im Jahr 2014 nicht berechnet, so dass ein Vergleich nicht möglich ist.</p> <p>Mit sieben Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog geführt. Dabei wurden abschließend alle sieben Krankenhäuser als „qualitativ auffällig“ eingestuft.</p> <p>Mit einem Krankenhaus ist eine Zielvereinbarung zur Prozessanpassung geschlossen worden.</p>	
09/1 – 52311	Sondendislokation oder -dysfunktion
<p>Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2016 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\leq 3,00\%$ ein nicht signifikant veränderter Wert von $1,30\%$ gegenüber $1,66\%$ im Jahr 2014 vor.</p> <p>Mit 15 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog geführt. Dabei wurden abschließend elf Krankenhäuser als „qualitativ unauffällig“ und vier Krankenhäuser als „qualitativ auffällig“ eingestuft.</p> <p>Mit zwei Krankenhäusern sind Zielvereinbarungen zum Konzept der Leistungserbringung und zur Fallzahlentwicklung geschlossen worden.</p>	

09/1 – 2194	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschen- problemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
<p>Bei diesem Qualitätsindikator handelt es sich um einen Follow-Up-Indikator, der von der Bundesebene berechnet wird. Auf Landesebene ist die Berechnung nicht möglich, da dort keine Zusammenführung zwischen Erst- und Folgeeingriff auf Fallebene möglich ist.</p> <p>Der Bundes-Referenzbereich für 2016 beträgt $\leq 2,85$. Eine Landesauswertung für Niedersachsen liegt nicht vor. Der Qualitätsindikator wurde im Jahr 2014 noch nicht berechnet.</p> <p>Die Bundesebene hat Auswertungen auf Basis des einzelnen Krankenhauses erstellt und an die Landesebene übermittelt. Anschließend hat die Landesebene die Auswertungen den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt.</p> <p>Die Auswertungen enthalten keine Vorgangsnummern. Ein strukturierter Dialog hat nicht stattgefunden.</p>	

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
09/4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
09/4 – 10179	Dosis-Flächen-Produkt
<p>Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2016 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\geq 46,34\%$ ein Wert von $80,23\%$ vor. Der Qualitätsindikator wurde im Jahr 2014 nicht berechnet, sodass ein Vergleich nicht möglich ist.</p> <p>Mit drei Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog geführt. Dabei wurden abschließend alle drei Krankenhäuser als „qualitativ auffällig“ eingestuft.</p>	

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
09/6	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/-Systemwechsel/ -Explantation
09/6 – 52001	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff
<p>Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2016 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\leq 6,00\%$ ein Wert von $3,66\%$ vor. Der Qualitätsindikator wurde im Jahr 2014 in dieser Form nicht berechnet, sodass ein Vergleich nicht möglich ist.</p> <p>Mit 13 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog geführt. Dabei wurden abschließend zehn Krankenhäuser als „qualitativ unauffällig“ und drei Krankenhäuser als „qualitativ auffällig“ eingestuft.</p>	

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
10/2	Karotis-Revaskularisation
10/2 – 52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation
<p>Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2016 bei einem Bundes-Referenzbereich als Sentinel-Event ein Wert von 5 von 66 Fällen vor. Aussagen zur Tendenz bezüglich des Vergleichsjahres 2014 sind nicht möglich, da dieser Indikator im Jahr 2014 kein Sentinel-Event-Indikator war.</p> <p>Mit drei Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog geführt. Dabei wurden abschließend alle drei Krankenhäuser als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.</p>	

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
NEO	Neonatologie
NEO – 50062	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)
<p>Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2016 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\leq 2,30$ ein Wert von 1,12 vor. Aussagen zur Tendenz bezüglich des Vergleichsjahres 2014 sind auf Grund von (leicht) veränderten Rechenregeln nur bedingt mit dem Ergebnis 2016 vergleichbar.</p> <p>Mit sechs Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog geführt. Dabei wurden abschließend alle sechs Krankenhäuser als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.</p>	

2.2 Anfragen der AG „Externe stationäre Qualitätssicherung“

Es lagen keine Anfragen der Arbeitsgruppe „Externe stationäre Qualitätssicherung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses vor.

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

3.1 Qualitätsindikatoren mit Abweichung des Landesergebnisses vom Bundes-Referenzbereich

Tabelle 6: Qualitätsindikatoren mit Abweichungen vom Referenzbereich der Bundesebene

Leistungsbereich	Modul-Kennzahl	QI mit Abweichung vom Bundesreferenzbereich	Referenzbereich	Ergebnis		Tendenz	Kommentierung
			2016	2016	2014		
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	17/1 - 54030	Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	<=15,00%	19,53%	*		Seite 14
Hüftendoprothesenversorgung	HEP - 54003	Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	<=15,00%	17,96%	*		Seite 14
Ambulant erworbene Pneumonie	PNEU - 2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	>=95,00%	94,82%	94,16%	→	Seite 14
Mammachirurgie	18/1 - 52279	Intraoperative Präparatradiografie oder -sonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	>=95,00%	94,46%	80,23%	↗	Seite 15

Legende zum Feld "Tendenz"	
↗	signifikant verbessert
→	nicht signifikant verändert
↘	signifikant verschlechtert

Die Entscheidung über Signifikanz wird getroffen anhand des Ergebnisses plus 95%-
Ob ein Ergebnis verbessert oder verschlechtert ist, entscheidet sich durch Interpretation der
Veränderung in Bezug zum geforderten Referenzwert.

* Indikator in dieser Form im Jahr 2014 nicht existent
** Ergebnis 2014 auf Grund von (leicht) veränderten Rechenregeln nur bedingt mit Ergebnis 2016 vergleichbar
*** Nicht vergleichbar mit 2014
**** 2014 kein SE-Indikator

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
17/1 – 54030	Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
<p>Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2016 bei einem Bundes-Referenzbereich von <= 15,00% ein Wert von 19,53% vor. Der Qualitätsindikator wurde im Jahr 2014 nicht berechnet, so dass ein Vergleich nicht möglich ist.</p> <p>Mit 60 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog geführt. 29 Krankenhäuser haben Hinweise zur internen Prüfung erhalten. Dabei wurden 22 Krankenhäuser abschließend als „qualitativ unauffällig“, ein Krankenhaus als „nicht bewertbar aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation“ und acht Krankenhäuser als „qualitativ auffällig“ eingestuft.</p> <p>Dabei wurden mit fünf Krankenhäusern Zielvereinbarungen zur Prozessanpassung, zur Konzeptentwicklung und zur Fort- und Weiterbildung des Personals geschlossen.</p>	

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
HEP	Hüftendoprothesenversorgung
HEP – 54003	Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
<p>Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2016 bei einem Bundes-Referenzbereich von <= 15,00% ein Wert von 17,96% vor. Der Qualitätsindikator wurde im Jahr 2014 nicht berechnet, so dass ein Vergleich nicht möglich ist.</p> <p>Mit 60 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog geführt. 40 Krankenhäuser haben Hinweise zur internen Prüfung erhalten. Dabei wurden abschließend acht Krankenhäuser als „qualitativ unauffällig“ und zwölf Krankenhäuser als „qualitativ auffällig“ eingestuft.</p> <p>Dabei wurde mit einem Krankenhaus eine Zielvereinbarung zur Prozessanpassung geschlossen.</p>	

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie
PNEU – 2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
<p>Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2016 bei einem Bundes-Referenzbereich von >= 95,00% ein Wert von 94,82% gegenüber 94,16% im Jahre 2014 vor.</p> <p>Mit 30 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurden abschließend 13 Krankenhäuser als „qualitativ unauffällig“, drei Krankenhäuser als „qualitativ auffällig infolge unvollzähliger oder falscher Dokumentation“ und 14 Krankenhäuser als „qualitativ auffällig“ eingestuft.</p> <p>Dabei wurden mit sieben Krankenhäusern Zielvereinbarungen zur Prozessanpassung, zur Konzeptentwicklung, zur Anschaffung neuer Geräte, zur Fort- und Weiterbildung des Personals und zur Überprüfung / Anpassung der Dokumentation geschlossen.</p>	

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
18/1	Mammachirurgie
18/1 – 52279	Intraoperative Präparatradiografie oder -sonografie bei sonografischer Drahtmarkierung
<p>Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2016 bei einem Bundes-Referenzbereich von $\geq 95,00\%$ ein Wert von 94,46% gegenüber 80,23% im Jahre 2014 vor.</p> <p>Mit zwölf Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurden abschließend acht Krankenhäuser als „qualitativ unauffällig“ und vier Krankenhäuser als „qualitativ auffällig“ eingestuft.</p>	

3.2 Sentinel-Event-Indikatoren

Tabelle 7: 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
			2016	2016	2014		
Herzschrittmacher - Aggregatwechsel	09/2 - 51398	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sentinel Event	6 v. 1.541	4 v. 1.518	hier nicht anwendbar	Seite 17
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	09/5 - 50031	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sentinel Event	2 v. 1.064	1 v. 878	hier nicht anwendbar	Seite 17
Karotis-Revaskularisation	10/2 - 52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	Sentinel Event	5 v. 66	nicht vorhanden	hier nicht anwendbar	siehe Kapitel 2
Gynäkologische Operationen	15/1 - 51418	Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation	Sentinel Event	22 v. 4.967	21 v. 4.482	**	Seite 17
	15/1 - 52535	Beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen bis 45 Jahre	Sentinel Event	15 v. 29	nicht vorhanden	hier nicht anwendbar	Seite 18
Geburtshilfe	16/1 - 331	Müttersterblichkeit bei Geburten	Sentinel Event	2 v. 67.840	0 v. 61.100	hier nicht anwendbar	Seite 18
	16/1 - 1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	Sentinel Event	4 v. 858	8 v. 842	hier nicht anwendbar	Seite 18
Mammachirurgie	18/1 - 2163	Primäre Axilladisektion bei DCIS	Sentinel Event	0 v. 1.593	nicht vorhanden	hier nicht anwendbar	Seite 18
Dekubitusprophylaxe	DEK - 52010	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcera Grad/Kategorie 4	Sentinel Event	85 v. 1.566.990	148 v. 1.533.360	hier nicht anwendbar	Seite 19
Hüftendoprothesenversorgung	HEP - 54013	Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit	Sentinel Event	40 v. 18.940	nicht vorhanden	hier nicht anwendbar	Seite 19
Knieendoprothesenversorgung	KEP - 54127	Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit	Sentinel Event	6 v. 15.608	nicht vorhanden	hier nicht anwendbar	Seite 19

* Indikator in dieser Form im Jahr 2014 nicht existent

** Ergebnis 2014 auf Grund von (leicht) veränderten Rechenregeln nur bedingt mit Ergebnis 2016 vergleichbar

*** Nicht vergleichbar mit 2014

**** 2014 kein SE-Indikator

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
09/2 – 51398	Sterblichkeit im Krankenhaus
<p>Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2016 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 6 von 1.541 Fällen vor gegenüber 4 von 1.518 Fällen im Jahr 2014.</p> <p>Mit sechs Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft und abschließend alle sechs Krankenhäuser als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.</p>	

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
09/5	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel
09/5 – 50031	Sterblichkeit im Krankenhaus
<p>Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2016 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 2 von 1.064 Fällen vor gegenüber 1 von 878 Fällen im Jahr 2014.</p> <p>Mit zwei Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. Abschließend wurden beide Krankenhäuser als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.</p>	

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
10/2	Karotis-Revaskularisation
10/2 – 52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation
<p>Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2016 bei einem Bundes-Referenzbereich als Sentinel-Event ein Wert von 5 von 66 Fällen vor. Aussagen zur Tendenz bezüglich des Vergleichsjahres 2014 sind nicht möglich, da dieser Indikator im Jahr 2014 kein Sentinel-Event-Indikator war.</p> <p>Mit drei Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog geführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft und abschließend alle Krankenhäuser als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.</p>	

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
15/1	Gynäkologische Operationen
15/1 – 51418	Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation
<p>Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2016 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 22 von 4.967 Fällen vor gegenüber 21 von 4.482 Fällen im Jahr 2014.</p> <p>Mit 17 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft und abschließend elf Krankenhäuser als „qualitativ unauffällig“ und sechs Krankenhäuser als „nicht bewertbar aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation“ eingestuft.</p> <p>Sechs Krankenhäuser haben Zielvereinbarungen zur Überprüfung der Dokumentation für das Erfassungsjahr 2017 erhalten.</p>	

15/1 – 52535	Beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen bis 45 Jahre
<p>Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2016 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 15 von 29 Fällen vor. Aussagen bezüglich des Vergleichsjahres 2014 sind nicht möglich, da dieser Indikator im Jahr 2014 noch nicht existierte.</p> <p>Mit dreizehn Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft und abschließend zwei Krankenhäuser als „qualitativ unauffällig“, neun Krankenhäuser als „nicht bewertbar aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation“ und zwei Krankenhäuser als „qualitativ auffällig“ eingestuft.</p> <p>Neun Krankenhäuser haben Zielvereinbarungen zur Überprüfung der Dokumentation für das Erfassungsjahr 2017 erhalten.</p>	

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
16/1	Geburtshilfe
16/1 – 331	Müttersterblichkeit bei Geburten
<p>Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2016 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 2 von 67.840 Fällen vor gegenüber 0 von 61.100 Fällen im Jahr 2014.</p> <p>Mit zwei Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft und abschließend ein Krankenhaus als „qualitativ unauffällig“ und ein Krankenhaus als „qualitativ auffällig“ eingestuft.</p>	

16/1 – 1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten
<p>Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2016 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 4 von 858 Fällen vor gegenüber 8 von 842 Fällen im Jahr 2014.</p> <p>Mit drei Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft und abschließend zwei Krankenhäuser als „qualitativ unauffällig“ und ein Krankenhaus als „qualitativ auffällig“ eingestuft.</p> <p>Dabei wurde mit einem Krankenhaus eine Zielvereinbarung zur Prozessanpassung geschlossen.</p>	

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
18/1	Mammachirurgie
18/1 – 2163	Primäre Axilladisektion bei DCIS
<p>Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2016 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 0 von 1.593 Fällen vor. Aussagen bezüglich des Vergleichsjahres 2014 sind nicht möglich, da dieser Indikator im Jahr 2014 kein Sentinel-Event-Indikator war.</p> <p>Alle Krankenhäuser lagen innerhalb des Bundes-Referenzbereiches.</p>	

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
DEK	Dekubitusprophylaxe
DEK – 52010	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
<p>Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2016 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 85 von 1.566.990 Fällen vor gegenüber 148 von 1.533.360 Fällen im Jahr 2014.</p> <p>Mit 43 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft und abschließend 37 Krankenhäuser als „qualitativ unauffällig“, fünf Krankenhäuser als „qualitativ auffällig“ eingestuft, und bei einem Krankenhaus wurde eine Begehung mit anschließender Zielvereinbarung durchgeführt.</p> <p>Mit acht Krankenhäusern wurden Zielvereinbarungen zur Prozessanpassung, zur Konzeptentwicklung und zur Fort- und Weiterbildung des Personals geschlossen.</p>	

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
HEP	Hüftendoprothesenversorgung
HEP – 54013	Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit
<p>Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2016 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 40 von 18.940 Fällen vor. Der Qualitätsindikator wurde im Jahr 2014 nicht berechnet, sodass ein Vergleich nicht möglich ist.</p> <p>Mit 32 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft und abschließend alle 32 Krankenhäuser als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.</p>	

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
KEP	Knieendoprothesenversorgung
HEP – 54013	Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit
<p>Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2016 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 6 von 15.608 Fällen vor. Der Qualitätsindikator wurde im Jahr 2014 nicht berechnet, sodass ein Vergleich nicht möglich ist.</p> <p>Mit fünf Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft und abschließend alle fünf Krankenhäuser als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.</p>	

4 Datenvalidierungsverfahren der Bundesebene

4.1 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

In den vom G-BA für die Datenvalidierung festgelegten indirekten Leistungsbereichen „Knieendoprothesenversorgung“ (Modul KEP) und „Ambulant erworbene Pneumonie“ (Modul PNEU) sind in Niedersachsen im Jahr 2016 insgesamt dreizehn von der Bundesebene zufällig ausgewählte Krankenhäuser auf korrekte Datenübermittlung für bis zu 20 Datensätze für das Erfassungsjahr 2016 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 „Knieendoprothesenversorgung“ (6 Krankenhäuser)

Die Begrifflichkeiten und Maßeinheiten zwischen Anamnesebogen des Krankenhauses und dem QS-Bogen sind nicht immer einheitlich. Dies betrifft insbesondere die Fragen:

- Datenfeld 12: Gehstrecke (bei Aufnahme)
- Datenfeld 13: [tatsächlich genutzte] Gehhilfen (bei Aufnahme)
- Datenfeld 27 und 37: (Art der) Schmerzen
- Datenfeld 89: Gehstrecke (bei Entlassung)
- Datenfeld 90: [tatsächlich genutzte] Gehhilfen (bei Entlassung)
- Die ASA-Klassifikation (Grading of patients for surgical procedures von der American Society of Anesthesiologists) wird in den Krankenhäusern durch unterschiedliche Personkreise vorgenommen und ist nicht immer einheitlich (Datenfeld 18).

Zur Vermeidung von Dokumentationsfehlern empfiehlt die Projektgeschäftsstelle ggf. für eine Übereinstimmung der Begrifflichkeiten im Aufnahmebogen und Qualitätssicherungsbogen der externen stationären Qualitätssicherung zu sorgen.

Leistungsbereich „Ambulant erworbene Pneumonie“ (7 Krankenhäuser)

- Die Atemfrequenz sollte als einer der Vitalparameter als verpflichtendes Feld in die Aufnahme- und Pflegedokumentation aufgenommen werden. Eine standardisierte Dokumentation an einem festgelegten Ort erleichtert den späteren Dokumentationsaufwand und verhindert Mehrfachdokumentationen bzw. gar keine Dokumentationen. Das gilt auch für die Messung der Atemfrequenz im Zuge der Entlassungsuntersuchungen.
- Die Dokumentation der (Erst-) Antibiotikagabe muss nachvollziehbar sein (mit Kürzel dokumentieren). Eine reine Anordnung reicht nicht aus. Seit dem Erfassungsjahr 2016 gibt es im Datenfeld „initiale antimikrobielle Therapie“ die Möglichkeit, die Ausprägung „4 = Fortsetzung oder Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie“ zu dokumentieren.
- Es wird empfohlen, die Mobilisation standardmäßig in der Patientenakte an einem festgelegten Ort zu dokumentieren. Ein Eintrag wie „Pat. mobilisiert sich selbst“ reicht dabei völlig aus.

Generelle Empfehlung der Projektgeschäftsstelle:

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 Qualitätssicherungsdokumentation zu gewährleisten.

Alle niedersächsischen Krankenhäuser wurden von der Projektgeschäftsstelle über die o.g. Erkenntnisse aus der Datenvalidierung informiert und gebeten, die Dokumentation für das Erfassungsjahr 2017 intern zu überprüfen, ggf. fehlerhafte Datensätze zu korrigieren und bis zum 28. Februar 2018 erneut an die Projektgeschäftsstelle zu übermitteln. So können die Erkenntnisse aus dem Erfassungsjahr 2016 bereits für die Dokumentation des Erfassungsjahres 2017 genutzt werden.

4.2 Statistische Basisprüfung

Tabelle 8: Auffälligkeitskriterien zur Datenvalidierung (Statistische Prüfung)

Leistungsbereich	Modul - Kennzahl	Bezeichnung: Auffälligkeitskriterium (AK)	Referenzbereich	Dokumentationsqualität: Anzahl		
				Grundgesamtheit zur Kennzahl (mit Fallzahlbeschränkung gemäß Berechnungsregel)	rechnerisch auffällig	in %
Herzschrittmacher-Implantation	09/1 - 813070	Häufig führendes Symptom „sonstiges“	<= 4,28 %	99	7	7,1%
	09/1 - 813071	Häufig führende Indikation „sonstiges“	<= 5,26 %	75	3	4,0%
Herzschrittmacher - Revision/- Systemwechsel/- Explantation	09/3 - 850339	Häufige Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' oder fehlende Angabe zur Art des Vorgehens bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen	<= 7,59 %	84	3	3,6%
Implantierbare Defibrillatoren	09/4 - 850313	Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstiges“	<= 5,48 %	48	3	6,3%
	09/4 - 850314	Häufig ICD-System 'sonstiges'	<= 0,00%	48	2	4,2%
	09/4 - 850315	Häufige Angabe von LVEF „nicht bekannt“	<= 1,89 %	48	2	4,2%
	09/4 - 850317	Häufige Angabe von ASA 5	= 0	48	0	0,0%
Karotis-Revaskularisation	10/2 - 850332	Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patienten	<= 4,76 %	54	9	16,7%
Gynäkologische Operationen	15/1 - 850312	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	< 100,00%	6	0	0,0%
Geburtshilfe	16/1 - 850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	= 0	76	0	0,0%
	16/1 - 850224	Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes oder fehlende Angabe des Base Excess	<= 3,68 %	76	3	3,9%
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	17/1 - 850350	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	< 100,00%	14	2	14,3%
Mammachirurgie	18/1 - 850363	Häufige Angabe „HER-2/neu-Status = unbekannt“	<= 3,30 %	77	1	1,3%
	18/1 - 850364	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	<= 2,19 %	77	1	1,3%
	18/1 - 813068	Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie	<= 4	67	0	0,0%
	18/1 - 850367	Häufige Angabe „(y)pNX“	<= 1	75	4	5,3%
	18/1 - 850365	Häufige Angabe „lokoregionäres Rezidiv nach BET“ oder „lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie“ als Erkrankung an dieser Brust	<= 12,91 %	53	5	9,4%
	18/1 - 850372	Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	<= 2,60 %	77	2	2,6%
Dekubitusprophylaxe	DEK - 850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)	<= 4,30 %	156	5	3,2%
	DEK - 850361	Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“	<= 8,82 %	156	2	1,3%
	DEK - 850362	Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4	<= 4	24	1	4,2%
Knieendoprothesenversorgung	KEP - 850307	Häufige Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- und/oder postoperativer Komplikationen	<= 20,00 %	107	1	0,9%
	KEP - 850311	Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer	<= 80,00 %	8	1	12,5%
	KEP - 850336	Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose M96.6 ohne Dokumentation einer periprothetischen Fraktur	< 2	108	11	10,2%
	KEP - 850305	Angabe von ASA 5	= 0	108	2	1,9%
	KEP - 850306	Häufige Angabe von ASA 4 bei elektiven Eingriffen	<= 3,97 %	107	5	4,7%
Ambulant erworbene Pneumonie	PNEU - 811821	Häufige Angabe, dass in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass während des Aufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde	<= 30,00 %	120	1	0,8%
	PNEU - 811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	<= 22,36 %	116	5	4,3%
	PNEU - 811825	Häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	<= 38,95 %	10	0	0,0%
	PNEU - 811826	Häufige Angabe von >= 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	<= 27,85 %	10	1	10,0%
	PNEU - 811827	Häufige Angabe initiale antimikrobielle Therapie vor erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	<= 10,00 %	127	0	0,0%

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 2016 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 sogenannten Versteigerung (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 0,0% und 16,7% 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

Tabelle 9: Vollzähligkeit der Dokumentation

Leistungsbereich	Modul	Anzahl Standorte gesamt	Unterdokumentation Anzahl Standorte	Überdokumentation Anzahl Standorte
Herzschrittmacher-Implantation	09/1	99	1	0
Herzschrittmacher - Aggregatwechsel	09/2	86	1	0
Herzschrittmacher - Revision/-Systemwechsel/-Explantation	09/3	86	1	0
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	09/4	64	0	0
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	09/5	60	0	0
Implantierbare Defibrillatoren - Revision/-Systemwechsel/-Explantation	09/6	60	2	0
Karotis-Revaskularisation	10/2	55	1	0
Gynäkologische Operationen	15/1	107	0	0
Geburtshilfe	16/1	76	1	0
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	17/1	100	2	1
Hüftendoprothesenversorgung, davon:	HEP	112	1	0
Hüftendoprothesenimplantation	HEP_IMP	113	1	0
Wechsel und Komponentenwechsel	HEP_WE	108	29	3
Knieendoprothesenversorgung, davon:	KEP	108	0	0
Knieendoprothesenimplantation	KEP_IMP	101	1	0
Wechsel und Komponentenwechsel	KEP_WE	101	13	0
Mammachirurgie	18/1	85	1	0
Dekubitusprophylaxe	DEK	160	3	2
Ambulant erworbene Pneumonie	PNEU	127	2	1
Neonatalogie	NEO	55	0	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 2016 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 67 rechnerische Auffälligkeiten aus 48 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.

43 Krankenhäuser erhielten zu 60 rechnerischen Auffälligkeiten eine Aufforderung zur Stellungnahme. Als häufigste Ursachen für die Underdokumentation 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 Underdokumentation gekommen ist. Die Krankenhäuser sind bezüglich dieser Problematik durch Informationsschreiben der Projektgeschäftsstelle sensibilisiert worden

Kriterium zur Überdokumentation:

Sieben Krankenhäuser mit sieben rechnerischen Auffälligkeiten beim Kriterium zur Überdokumentation haben für das Erfassungsjahr 2016 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 10: Minimaldatensätze in Niedersachsen

Leistungsbereich	Modul	Anzahl Krankenhäuser gesamt	Anzahl Minimaldatensätze	Gründe
Herzschrittmacher-Implantation	09/1	2	15	Abbruch Operation
Knieendoprothesenversorgung	KEP	1	8	lt. Auskunft IQTIG
Neonatologie	NEO	1	38	korrekte Verwendung von MDS

Für das Erfassungsjahr 2016 wurde überprüft, ob ein einzelnes Krankenhaus in einem Leistungsbereich (außer Neonatologie) mehr als 5% Minimaldatensätze (MDS) übermittelt hat. Die Projektgeschäftsstelle hat allerdings wie im Vorjahr einen strukturierten Dialog auf Landesebene im Leistungsbereich „Neonatologie“ durchgeführt. 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.

Der strukturierte Dialog hat gezeigt, dass die betroffenen Krankenhäuser die Minimaldatensätze in den o.g. Modulen 09/1, KEP und NEO unter Berücksichtigung der zulässigen Gründe angelegt haben.

5 Landesspezifika

In Niedersachsen wurde im Jahr 2016 ein landesspezifischer Qualitätsindikator im Rahmen des Verfahrens zur Datenvalidierung „Minimaldatensatz“ zum Modul NEO (Neonatologie) betrachtet. Grund für die Einrichtung eines landesspezifischen Qualitätsindikators war die hohe Anzahl an Minimaldatensätzen in dem Modul NEO (Neonatologie) in einem Krankenhaus. Das Krankenhaus wurde im Rahmen des Verfahrens zur Datenvalidierung „Minimaldatensatz“ als „qualitativ unauffällig“ bewertet, da das Krankenhaus die zulässigen Gründe für das Anlegen eines Minimaldatensatzes für das Modul NEO (Neonatologie) in allen betrachteten Minimaldatensätzen berücksichtigt hat.

Übersichtlichere Darstellung der Bewertung im strukturierten Dialog

Zur übersichtlicheren Darstellung der Bewertung der Ergebnisse im strukturierten Dialog wird in Niedersachsen auf Beschluss des Lenkungsremiums eine Konzentration auf drei Kategorien in Form einer Ampeldarstellung (rot (auffällig) – gelb (Hinweise) – grün (unauffällig)) vorgenommen. Unter der Kategorie „rot“ subsumieren 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 2016 in Niedersachsen in den drei Kategorien zusammengefasst wiedergegeben:

Tabelle 11: Strukturierter Dialog in Niedersachsen – Zusammenfassung

Arbeitsgruppe / Modulkürzel	Modulname	teilnehmende Krankenhäuser	Gesamtzahl der im strukturierten Dialog betrachteten Einzelergebnisse in Nds.	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	Einrichtung auf rech. auffälliges Ergebnis hingewiesen	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	Sonstiges	
Chirurgie								
10/2	Karotis-Revaskularisation	54	375	3	0	372	0	
			100,00%	0,80%	0,00%	99,20%	0,00%	
Dekubitusprophylaxe								
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	177	690	19	0	670	1	
			100,00%	2,75%	0,00%	97,10%	0,14%	
Gynäkologie und Geburtshilfe								
15/1	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	107	711	50	14	645	2	
			100,00%	7,03%	1,97%	90,72%	0,28%	
16/1	Geburtshilfe	76	765	16	7	740	2	
			100,00%	2,09%	0,92%	96,73%	0,26%	
18/1	Mammachirurgie	86	883	20	9	854	0	
			100,00%	2,27%	1,02%	96,72%	0,00%	
NEO	Neonatologie	53	301	8	0	293	0	
			100,00%	2,66%	0,00%	97,34%	0,00%	
Kardiologie								
09/1	Herzschrittmacher-Implantation	99	1.061	45	5	1.009	2	
			100,00%	4,24%	0,47%	95,10%	0,19%	
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	87	348	0	16	328	4	
			100,00%	0,00%	4,60%	94,25%	1,15%	
09/3	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	85	337	4	0	333	0	
			100,00%	1,19%	0,00%	98,81%	0,00%	
09/4	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	64	704	13	10	681	0	
			100,00%	1,85%	1,42%	96,73%	0,00%	
09/5	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	61	244	1	7	232	4	
			100,00%	0,41%	2,87%	95,08%	1,64%	
09/6	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	60	360	4	0	350	6	
			100,00%	1,11%	0,00%	97,22%	1,67%	
Orthopädie und Unfallchirurgie								
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	100	913	20	29	864	0	
			100,00%	2,19%	3,18%	94,63%	0,00%	
HEP	Hüftendoprothesenversorgung	113	1.530	51	40	1.439	0	
			100,00%	3,33%	2,61%	94,05%	0,00%	
KEP	Knieendoprothesenversorgung	108	1.137	23	0	1.114	0	
			100,00%	2,02%	0,00%	97,98%	0,00%	
Pneumonie								
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	127	884	57	36	789	2	
			100,00%	6,45%	4,07%	89,25%	0,23%	
Gesamtergebnis			177	11.243	334	173	10.713	23
			100,00%	2,97%	1,54%	95,29%	0,20%	