

## Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren und Strukturierter Dialog

### Jahresversammlung 2009 der Niedersächsischen Perinatalerhebung

Konsequenzen der  
Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren  
auf den Strukturierten Dialog  
Qualitätssicherung Geburtshilfe  
Niedersachsen 2005 - 2008

29.01.2010

P. Wenzlaff,  
Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen (ZQ)  
Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen  
Hannover

weit

nach

„vorwärts



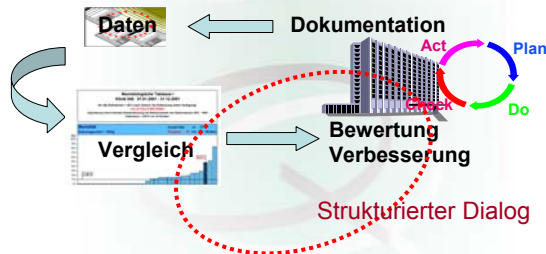
©Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

## Verfahren mit externen Qualitätsvergleichen

### Verfahren mit externen Qualitätsvergleichen



Instrument zur Qualitätsentwicklung auf der  
Basis externer Vergleiche



**Qualitätsentwicklung !!**

weit

nach

„vorwärts



©Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

# Qualitätsindikator

Ein Indikator ist ein quantitatives Maß, welches zum Monitoring und zur Bewertung der Qualität wichtiger Leitungs-, Management-, klinischer und unterstützender Funktionen genutzt werden kann, die sich auf das Behandlungsergebnis beim Patienten auswirken.



„Jagdhund“

Ein Indikator ist **kein direktes Maß der Qualität**.

Es ist mehr ein Werkzeug, das benutzt werden kann,

- um Abläufe zu bewerten,
- das Aufmerksamkeit auf potentielle Kernprobleme lenken kann, die einer intensiven kritischen Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen könnten.



GMDS-AG „Qualitätsmanagement in der Medizin“ nach JCAHO, 1990

© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

weit“

nach

„vorwärts



## Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren und Strukturierter Dialog

Verfahren mit externen Qualitätsvergleichen



Instrument zur Qualitätsentwicklung auf der Basis externer Vergleiche



Qualitätsentwicklung

!?

Qualitätsdarlegung / Qualitätsbericht („Transparenz“)

© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

weit“

nach

„vorwärts



## Strukturierter Qualitätsbericht

(gemäß §137 SGB V für die Information von Patienten und Versicherten)  
**Ausgewählte Indikatoren sind zu veröffentlichen.** Die Art der Darstellung, die Vorgaben zur Verbindlichkeit und die Auswahl der Indikatoren sind festgelegt.

- **Uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet**  
**Geburtshilfe:** „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt“, „Anwesenheit des Pädiaters bei Frühgeborenen“, „Antenatale Kortikoidtherapie (>2Tage VWd)“.
- **Eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlen bzw. Indikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung.**  
**Geburtshilfe:** „Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelschnurarterien-pH-Bestimmung“
- **Nicht zur Veröffentlichung empfohlen bzw. noch nicht bzgl. ihrer methodischen Eignung bewertet.**  
**Geburtshilfe:** „Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG“, „Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG und sekundärer Sectio“, „Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes“, „Kritisches Outcome bei Reifgeborenen“, „Dammriss Grad III oder IV“, „Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen“, „Antenatale Kortikosteroidtherapie ( $\geq 1$  Tag Verweildauer, 24-34 SSW)“ und „Mütterliche Todesfälle“.

© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

weit  
nach  
vorwärts



## Qualitätsbericht und Strukturierter Dialog

### Grund für Abweichung in der Bewertung durch SD

- 0 = SD ist noch nicht abgeschlossen. Derzeit noch keine Einstufung der Ergebnisse möglich.
  - 1 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des SD als qualitativ unauffällig eingestuft.
  - 2 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des SD als qualitativ unauffällig eingestuft. Die Ergebnisse werden im Verlauf besonders kontrolliert.
  - 3 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des SD als qualitativ auffällig eingestuft.
  - 4 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des SD als erneut qualitativ auffällig eingestuft.
  - 5 = Das Ergebnis wird bei mangelnder Mitwirkung am SD als qualitativ auffällig eingestuft.
  - 8 = das Ergebnis ist unauffällig. Es ist kein SD erforderlich.
  - 9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)
  - 13 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des SD wegen fehlerhafter Dokumentation als qualitativ unauffällig eingestuft.
  - 14 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des SD wegen fehlerhafter Dokumentation als erneut qualitativ auffällig eingestuft.
- (6, 7, 10-12 nicht besetzt)

© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

weit  
nach  
vorwärts



# Strukturierter Dialog

## Regeln zur Initiierung des Strukturierten Dialogs Geburtshilfe Niedersachsen, 16/1

- Nicht nur negativ, sondern auch positiv auffällige Kliniken sollen kontaktiert werden.
- Kein „Schrotschuss“-Prozedere (bis zu **fünf besonders positiv** auffällige und ca. **10-15 negativ** auffällige Kliniken zu identifizieren = ~ 1/5 von 92 - 102 Kliniken).
- Nur Kliniken, die in **mehreren Qualitätsindikatoren** auffällig sind, werden angesprochen (außer: „katastrophale“ Ergebnisse in nur einem Indikator).
- Es werden auch die Ergebnisse der **Vorjahre** zur Bewertung herangezogen („Ausrutscher“).
- Für die einzelnen Qualitätsindikatoren Orientierung an **Referenzwerten**.
- Auffällig positive Raten über mehrere Jahrgänge (=?)

# Strukturierter Dialog

## Auszug Arbeitsliste

Strukturierter Dialog 2008 -- Sitzung am 28.05.2009\_I

Indikator	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
0626	0616	0829	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0737	0737	0737	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0733	0733	0733	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0811a	0811a	0811a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0811b	0811b	0811b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0811c	0811c	0811c	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0811d	0811d	0811d	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0811e	0811e	0811e	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0811f	0811f	0811f	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0811g	0811g	0811g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0811h	0811h	0811h	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0811i	0811i	0811i	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0811j	0811j	0811j	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0811k	0811k	0811k	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0811l	0811l	0811l	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0811m	0811m	0811m	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0811n	0811n	0811n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0811o	0811o	0811o	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0811p	0811p	0811p	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0811q	0811q	0811q	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0811r	0811r	0811r	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0811s	0811s	0811s	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0811t	0811t	0811t	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0811u	0811u	0811u	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0811v	0811v	0811v	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0811w	0811w	0811w	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0811x	0811x	0811x	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0811y	0811y	0811y	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0811z	0811z	0811z	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0812	0812	0812	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0813	0813	0813	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0814	0814	0814	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0815	0815	0815	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0816	0816	0816	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0817	0817	0817	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0818	0818	0818	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0819	0819	0819	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0820	0820	0820	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0821	0821	0821	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0822	0822	0822	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0823	0823	0823	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0824	0824	0824	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0825	0825	0825	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0826	0826	0826	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0827	0827	0827	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0828	0828	0828	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0829	0829	0829	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0830	0830	0830	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0831	0831	0831	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0832	0832	0832	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0833	0833	0833	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0834	0834	0834	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0835	0835	0835	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0836	0836	0836	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0837	0837	0837	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0838	0838	0838	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0839	0839	0839	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0840	0840	0840	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0841	0841	0841	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0842	0842	0842	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0843	0843	0843	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0844	0844	0844	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0845	0845	0845	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0846	0846	0846	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0847	0847	0847	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0848	0848	0848	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0849	0849	0849	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0850	0850	0850	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0851	0851	0851	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0852	0852	0852	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0853	0853	0853	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0854	0854	0854	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0855	0855	0855	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0856	0856	0856	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0857	0857	0857	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0858	0858	0858	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0859	0859	0859	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0860	0860	0860	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0861	0861	0861	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0862	0862	0862	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0863	0863	0863	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0864	0864	0864	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0865	0865	0865	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0866	0866	0866	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0867	0867	0867	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0868	0868	0868	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0869	0869	0869	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0870	0870	0870	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0871	0871	0871	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0872	0872	0872	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0873	0873	0873	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0874	0874	0874	0															

## Strukturierter Dialog

### Auszug Arbeitsliste:

II	0626	0676	08291	0	0737	0737	0733	0733
			EEZei	82913				
	MBU	MBU	(Scher	EEZei	Päd.	Päd.	Nabel	Nabel
	bei	bei	>20Mi	(Scher	24-34	24-34	pH	pH
	path	path	>20Mi					
	CTG	CTG						
			sek	SE			290%	295%
Geb. Klin.	Anz.		Sec.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.
II								
NIssocI								
-2008	352	4,0	5,4	1	0	6	33,3	346
-2007	364	9,4	11,4	5	20	2	50,0	358
-2006	378	10,6	6,5	5	0	3	0	372
-2005	394	28,3	28,1	0	0	5	60,0	383
-2004	439	13,2	6,5	1	0	7	0	434
NIssocII								
-2008	320	3,3	5,3	4	0	1	0	313
-2007	292	10,5	8,3	0	0	0	0	289
-2006	329	5,6	9,1	1	0	2	50,0	327
-2005	320	5,0	0	0	0	1	100,0	310
-2004	319	14,3	18,2	4	50,0	3	66,7	314
NIssocIII								
-2008	729	8,4	6,3	0	0	4	75,0	715
-2007	758	4,4	3,8	6	0	6	83,3	747
-2006	780	3,8	0	8	0	1	100,0	774
-2005	753	3,7	8,6	10	0	6	83,3	737
-2004	748	5,6	5,9	6	0	12	66,7	726

© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

## Strukturierter Dialog

### Ergebnisse / Umfang des Strukturierten Dialogs (Geburtshilfe Niedersachsen, 16/1)

- **bis 2007** pro Jahr ca. 20 Kliniken zu 50 – 60 Stellungnahmen aufgefördert (Tendenz steigend),
- Mängel in der Dokumentation („auffällig“) fallend,
- trotz „Annäherung“ an den „gewünschten Standard“ (=„strenger“) keine Zunahme medizinisch auffälliger Fälle,
- Verbesserungen in den entsprechenden Indikatoren der jeweiligen Kliniken in den Folgejahren messbar,
- **für 2008** nahezu 1:1-Umsetzung des „Standards“  
⇒ 65 Kliniken mit 114 Stellungnahmen. **! ?**

© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

## Strukturierter Dialog

„vorwärts nach weit“

### Analyse der Ergebnisse / Umfang des Strukturierten Dialogs (Geburtshilfe Niedersachsen, 16/1) bzgl. nur der 3 „Qualitätsberichts-Indikatoren“ (Lungenreifebehandlung.... , Pädiater anwesend .... , EE-Zeit bei Notsectio.....)

- angefordert 64 Stellungnahmen in 46 Kliniken, davon 28 (44%) Stellungnahmen allein wegen dieser Indikatoren, in 22 Kliniken (der Rest der Kliniken wäre auch mit dem bisherigen Prozedere kontaktiert worden)
- Rückmeldungen zu den 28 Anfragen:
  - 9x „Notaufnahmen“ in Nicht-Level-Kliniken („Paed. an“),
  - 4x „keine Angabe“ bei niedriger Fallzahl (< Ref. = 90%/95%),
  - 3x „keine Angabe“ ,knapp unter Ref. = 90%/95% (Fallzahl),
  - 2x „Ausnahmefall“ EE-Zeit (21-24 Min.) bei > 30 Notsectiones in 5 aufeinanderfolgenden Jahren,

## Strukturierter Dialog

„vorwärts nach weit“

### Analyse der Ergebnisse / Umfang des Strukturierten Dialogs (Geburtshilfe Niedersachsen, 16/1) bzgl. nur der 3 „Qualitätsberichts-Indikatoren“ (Lungenreifebehandlung.... , Pädiater anwesend .... , EE-Zeit bei Notsectio.....)

- Rückmeldungen zu den 28 Anfragen: in 18 (64%) Fällen ist eine Antwort aus den Daten schon augenscheinlich ersichtlich,

QNSecI	EEZeit	Paed.	Paed.
0626	0676	08291	0737
1800	41,7	43,1	6
2005	97,7	42,6	47,9
2004	97,6	41,8	33,3

Beispiele

„Notfall“

„Ausnahmefall“

QNSecI	EEZeit	Paed.	Paed.
0626	0676	08291	0737
1800	41,7	43,1	6
2005	97,7	42,6	47,9
2004	97,6	41,8	33,3

24 Min. ?

## Strukturierter Dialog

**Analyse der Ergebnisse / Umfang des Strukturierten Dialogs (Geburtshilfe Niedersachsen, 16/1) bzgl. nur der 3 „Qualitätsberichts-Indikatoren“ (Lungenreifebehandlung.... , Pädiater anwesend .... , EE-Zeit bei Notsectio.....)**

- **Rückmeldungen zu den 28 Anfragen:**  
in den restlichen 10 Fällen („nicht schon aus den Daten augenscheinlich ersichtlich“),  
6x „Dokumentationsmängel“, aber medizinisch unauffällig  
3x akzeptierte Rückmeldung,  
1x „unter Beobachtung?“  
⇒ „1 Treffer“ !!
- **Rückmeldungen zu den 36 Anfragen (mit zusätzl. anderen)**  
⇒ ~ gleiche Verteilung , aber „Trefferquote“ höher !!

© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

## Strukturierter Dialog

### Zusammenfassung:

Wenn die Analysen bewusst nur fokussiert auf einen Teilaspekt ausgerichtet waren, zeigen sie dennoch schon einige grundsätzliche Problematiken auf:

- Die Verknüpfung von Strukturiertem Dialog und Qualitätsberichten bringt bei formaler Durchführung eine **deutliche Steigerung an Aufwand** bei vergleichsweise geringem Nutzen für den Prozess der internen Qualitätsverbesserung und auch **nur geringer Steigerung der Aussagekraft** in den Qualitätsberichten.
- Rückmeldungen aus den Einrichtungen, besonders zu dem Aspekt „schon aus den Daten ersichtlich“, weisen auf die Gefahr einer **zunehmenden Demotivierung zu internem QM** hin,
- „Indikatorensets“ o.ä. Ansätze sind scheinbar treffsicherer.

© Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

### Zusammenfassung:

Mögliche Handlungsoptionen (erforderlicher Handlungsbedarf ?)

- Wenn das formale Zusammenspiel zwischen Strukturiertem Dialog und Qualitätsberichten beibehalten werden soll, so sollte zumindest die Quantität durch Datenvorbewertungen reduziert werden ( → Qualität der QS, Aufwand PGS u.U. höher, methodisches Regelwerk,...)  
→ *Verantwortung für Angaben im Q-Bericht ?*
- Um einer Qualitätsverbesserung mittels externer Vergleiche (Indikatoren) und einer Erhöhung der Transparenz (Kennzahlen im Q-Bericht) gleichermaßen zu genügen, ist zukünftig eine entsprechende methodische Weiterentwicklung (Indikatoren/Kennzahlen, Bewertungsmethodik (Sets etc.), operative Umsetzung,....) erforderlich.