

Strukturierter Dialog: Durchführung und Ergebnisse

Der Strukturierte Dialog ist ein zentraler Bestandteil des BQS-Verfahrens und zeichnet dieses in besonderer Weise aus. In diesem Dialog werden die Ursachen von auffälligen Ergebnissen analysiert, um zu erkennen, ob in auffälligen Krankenhäusern Verbesserungsmaßnahmen erforderlich sind, und – wenn dies der Fall ist – geeignete Maßnahmen zu vereinbaren sowie deren Umsetzung zu überprüfen.

Wann ist der Strukturierte Dialog erforderlich?

Krankenhäuser, deren Ergebnisse außerhalb der Referenzbereiche liegen, werden als rechnerisch auffällig bezeichnet. Mit diesen Krankenhäusern soll ein Strukturierter Dialog durch die Geschäftsstellen für Qualitätssicherung eingeleitet werden.

Warum ist der Strukturierte Dialog erforderlich?

Auffällige Ergebnisse in den Indikatoren können auch bei guter Versorgungsqualität durch eine Vielzahl anderer Einflussfaktoren bedingt sein, die nicht alle dokumentierbar sind. Damit kann aus den Ergebniszahlen nicht automatisch auf gute oder schlechte Behandlungsqualität geschlossen werden. Es können zum Beispiel Komplikationen aufgetreten sein, die wegen besonderer Erkrankungen der behandelten Patienten als unvermeidbar einzustufen sind. Auch kann es vorkommen, dass das Krankenhaus die Behandlungen zwar korrekt durchgeführt, aber die Daten für die Qualitätssicherung falsch dokumentiert hat.

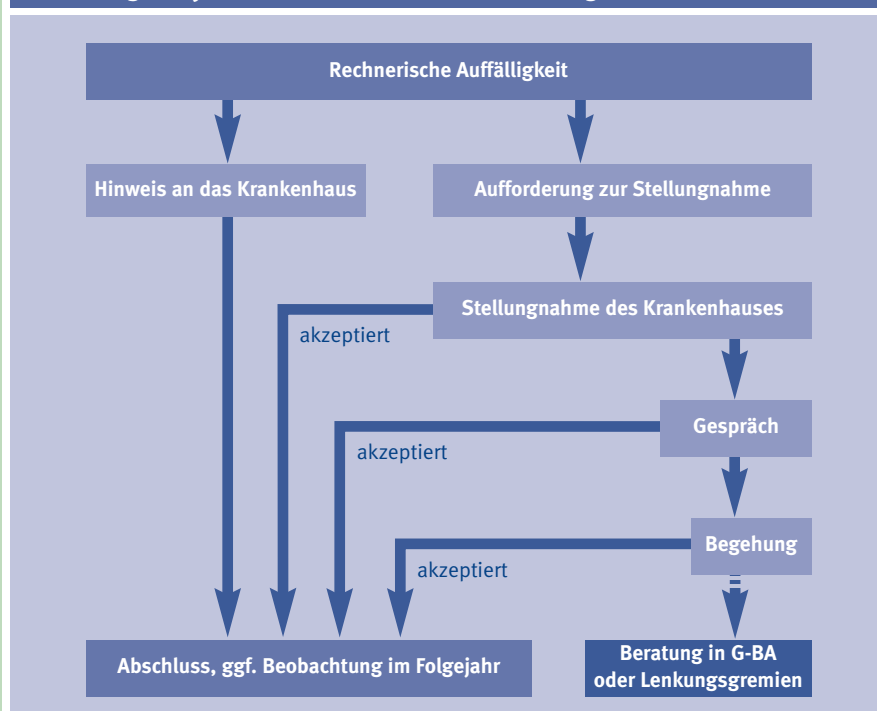
Wenn die Analysen zeigen, dass die Ergebnisse nicht durch unbeeinflussbare Faktoren bedingt sind und die Qualität der Behandlung verbessert werden sollte, wird dies als „qualitative Auffälligkeit“ bezeichnet und mit dem Krankenhaus werden klare Zielvereinbarungen getroffen.

Wie wird der Strukturierte Dialog durchgeführt?

Bei der Durchführung des Strukturierten Dialogs können verschiedene Methoden eingesetzt werden:

- An rechnerisch auffällige Krankenhäuser können Hinweise verschickt werden. Das Krankenhaus wird darin aufgefordert, die Ursachen für das auffällige Ergebnis zu analysieren und gegebenenfalls erforderliche Maßnahmen einzuleiten.
- In den meisten Fällen werden auffällige Krankenhäuser um eine schriftliche Stellungnahme darüber gebeten, welcher Grund für die Auffälligkeit festgestellt wurde und welche Maßnahmen gegebenenfalls bereits erfolgt sind. Die Fachexperten in den Fach- und Arbeitsgruppen der Geschäftsstellen analysieren die anonymisierten Stellungnahmen und bewerten, ob die Analysen und Maßnahmen des Krankenhauses sachgerecht und ausreichend sind.
- In besonderen Fällen können auch persönliche Gespräche zwischen Vertretern der auffälligen Krankenhäuser und den Fachgruppen vereinbart werden.
- Eine weitere Möglichkeit des Strukturierten Dialogs ist das Gespräch zwischen dem Krankenhaus und den neutralen Fachexperten vor Ort bei einer Begehung, um auch Strukturen und Abläufe direkt begutachten zu können.

Abbildung 1: Systematik des Strukturierten Dialogs



Wer führt den Strukturierten Dialog durch?

Der Strukturierte Dialog wird durch die Fach- und Arbeitsgruppen auf der Landes- und Bundesebene durchgeführt und von den Geschäftsstellen für Qualitätssicherung organisiert und koordiniert. Die Fach- und Arbeitsgruppen sind mit neutralen Fachexperten aus dem jeweiligen Fachgebiet besetzt.

In den sogenannten Direktverfahren ist die BQS die zuständige Geschäftsstelle. Zu den Direktverfahren gehören die Leistungsbereiche der Herzchirurgie und der Transplantationsmedizin. In allen anderen Leistungsbereichen sind die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung zuständig.

Umfang und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs 2008

Auslöser für den Strukturierten Dialog sind rechnerische Auffälligkeiten, die sich aus den Krankenhausauswertungen des Erfassungsjahres 2007 ergaben. In über 20.000 Fällen lagen die von den Krankenhäusern erreichten Ergebnisse außerhalb der definierten Referenzbereiche. Über 99% der rechnerischen Auffälligkeiten wurden durch die Geschäftsstellen für Qualitätssicherung weiterverfolgt. 2008 wurden fast 9.000 Hinweise an die Krankenhäuser verschickt und über 11.000 Stellungnahmen zu auffälligen Ergebnissen angefordert (Tabelle 1).

Die Analysen der Fachgruppen und Geschäftsstellen zu den von den Krankenhäusern gelieferten Stellungnahmen stellen den Kern des Strukturierten Dialogs dar (Abbildung 2). Für über 40% der Stellungnahmen mussten keine weiteren Maßnahmen ergriffen werden. Die Krankenhäuser konnten auffällige Ergebnisse plausibel begründen, zum Beispiel durch ein besonderes Risikoprofil oder unvermeidbare Einzelfälle. 45% der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser stehen im Folgejahr unter besonderer Beobachtung. So werden zum Beispiel Dokumentationsprobleme in der Regel nur einmal als Begründung für ein auffälliges Ergebnis akzeptiert. Fällt ein Krankenhaus zum selben Indikator erneut auf, erfolgt die Einstufung als qualitative Auffälligkeit, die konsequent Verbesserungsmaßnahmen nach sich ziehen sollte. Allein dies ist für die meisten der betroffenen Krankenhäuser Grund genug für Verbesserungsaktivitäten.

Durchschnittlich 9,7% der Auffälligkeiten (Tabelle 2) wurden von den Fachgruppen als „echte“ Qualitätsmängel eingestuft. Allerdings musste nur mit einem Teil der Krankenhäuser qualitätsverbessernde Maßnahmen vereinbart werden. In vielen Fällen hatte bereits die mit dem Stellungnahmeverfahren verbundene Problemanalyse Verbesserungsmaßnahmen ausgelöst oder der Mangel war bereits durch das interne Qualitätsmanagement des Krankenhauses entdeckt und behoben. Das Ziel des Strukturierten Dialogs, durch externen Anstoß eine interne Qualitätsverbesserung auszulösen, wird also auf vielfältige Weise erreicht.

Informationen zum Strukturierten Dialog im BQS-Qualitätsreport

Auszüge aus dem Bericht zum Strukturierten Dialog, der im Jahr 2008 auf der Basis der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2007 zu allen Leistungsbereichen durchgeführt wurde, sind im BQS-Qualitätsreport dargestellt. Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren finden sich in den blau hinterlegten Tabellen. Erläuterungen zu den Informationen in der Tabelle gibt die Leseanleitung auf Seite 11.

Tabelle 1: Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2007

Teilnehmende Geschäftsstellen	17*	
Bearbeitete rechnerische Auffälligkeiten	20.245	100,0%
angeforderte Stellungnahmen	11.070	54,7%
verschickte Hinweise	8.827	43,6%
sonstige Maßnahmen	6	0,0%
ohne Maßnahmen	342	1,7%

* 16 Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung und BQS

Abbildung 2: Einstufung der rechnerischen Auffälligkeiten durch die Fach- und Arbeitsgruppen

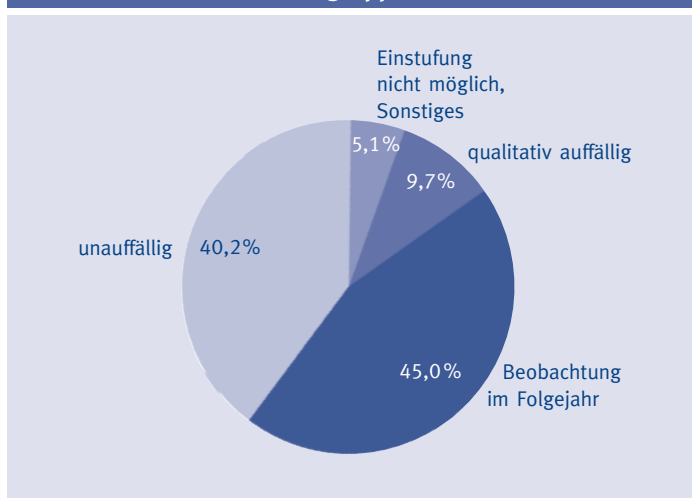


Tabelle 2: Anteil qualitativer Auffälligkeiten nach Leistungsbereichen

Leistungsbereiche	rechnerisch auffällig**	qualitativ auffällig	Anteil
Indirekte Leistungsbereiche			
Cholezystektomie	799	23	2,9%
Karotis-Rekonstruktion	154	5	3,2%
Ambulant erworbene Pneumonie	2.375	319	13,4%
Herzschrittmacher-Eingriffe*	1.659	116	7,0%
Koronarangiographie/PCI	215	8	3,7%
Geburtshilfe	580	75	12,9%
Gynäkologische Operationen	576	62	10,8%
Mammachirurgie	1.828	217	11,9%
Hüftgelenknahe Femurfraktur	682	59	8,7%
Hüft-Endoprothetik*	1.455	96	6,6%
Knie-Endoprothetik*	744	87	11,7%
Dekubitusprophylaxe	202	18	8,9%
Direkte Leistungsbereiche			
Herzchirurgie*	27	6	22,2%
Transplantationsmedizin*	122	17	13,9%
Gesamt	11.418	1.108	9,7%

* Leistungsbereiche ggf. nach Fachbereichen zusammengefasst

** ohne rechnerische Auffälligkeiten, zu denen ein Hinweis verschickt wurde