

**DIE EXTERNE STATIONÄRE  
QUALITÄTSSICHERUNG  
IN DEN LANDESGESCHÄFTSSTELLEN  
FÜR QUALITÄTSSICHERUNG (LQS)**

**EINE AUFGABE DER  
GEMEINSAMEN SELBSTVERWALTUNG**

Inhalt	Seite
> Übersicht _____	2
> Historie _____	4
> Kompetenzen _____	6
> Struktur und Arbeitsweise _____	7
> Strukturierter Dialog _____	8
> Datenvalidierung _____	11
> Fazit _____	12
> Vertragsgrundlagen der LQS _____	13
> Landesprojekte _____	15
> Best Practice Beispiele _____	16

# Übersicht

Die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS)  
Kompetenz und Transparenz in stationärer Qualität  
Deutschlandweit – seit Jahrzehnten



Abb. 1: Die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung

Baden-Württemberg	<a href="http://www.geqik.de">www.geqik.de</a>
Bayern	<a href="http://www.baq-bayern.de">www.baq-bayern.de</a>
Berlin	<a href="http://www.qb-berlin.eu">www.qb-berlin.eu</a> ; <a href="http://www.qb-berlin.info">www.qb-berlin.info</a>
Brandenburg	<a href="http://www.lqs-bb.de">www.lqs-bb.de</a>
Bremen	<a href="http://www.qbbremen.de">www.qbbremen.de</a>
Hamburg	<a href="http://www.eqs.de">www.eqs.de</a>
Hessen	<a href="http://www.gqhnet.de">www.gqhnet.de</a>
Mecklenburg-Vorpommern	<a href="http://www.kgmV.de">www.kgmV.de</a>
Niedersachsen	<a href="http://www.nkgev.de">www.nkgev.de</a>
Nordrhein-Westfalen	<a href="http://www.qs-nrw.de">www.qs-nrw.de</a>
Rheinland-Pfalz	<a href="http://www.sqmed.de">www.sqmed.de</a>
Saarland	<a href="http://www.qb-saarland.de">www.qb-saarland.de</a>
Sachsen	<a href="http://www.slaek.de">www.slaek.de</a>
Sachsen-Anhalt	<a href="http://www.aeksa.de">www.aeksa.de</a>
Schleswig-Holstein	<a href="http://www.kgsh.de">www.kgsh.de</a>
Thüringen	<a href="http://www.laek-thueringen.de">www.laek-thueringen.de</a>

## Historie

Nach § 137 Abs. 1 SGB V sind die Krankenhäuser in Deutschland zur Teilnahme an der externen stationären Qualitätssicherung verpflichtet. Diese Verpflichtung reicht weit zurück: Bereits im Jahr 1996 wurde flankierend mit der Einführung der Fallpauschalen und Sonderentgelte auch die externe stationäre Qualitätssicherung durch Landesverträge gesetzlich verankert. Der 2004 neu geschaffene gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit der Qualitätssicherung in der stationären Versorgung auf etablierten Strukturen aufbauen können. Die externe stationäre Qualitätssicherung ist Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung und findet ihren Ausdruck in der jahrzehntelangen erfolgreichen Arbeit der **Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS)**.

Die Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser war und ist auf der Bundesebene immer wieder Änderungen ausgesetzt. In der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), auch als „Flaggschiff“ der Qualitätssicherungsmaßnahmen des G-BA bezeichnet, nehmen die LQS wichtige und klar definierte Aufgaben wahr. Als die auf Landesebene beauftragten Stellen werden sie vom G-BA auch in weiteren Richtlinien zur Qualitätssicherung mit wichtigen Aufgaben betraut (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser [Qb-R], Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene [QFR-RL]). Sie sind die tragenden Säulen der gemeinsamen Selbstverwaltung für die Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen vor Ort. Die LQS werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen, den Landeskrankenhausesellschaften, den Landesärztekammern und dem Landespflegerat gemeinsam getragen. Auch Patientenvertreter und der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) sind einbezogen.

Alle Vereinbarungen zur Qualitätssicherung, die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vor 2004 geschlossen wurden, hat der G-BA übernommen – zum Teil unverändert, zum Teil mit Modifikationen und fortlaufender Aktualisierung.

Ein Beispiel hierfür ist die Peri- und Neonatalerhebung, die auf der Landesebene begann und später als Bundesmaßnahme in die Richtlinie des G-BA über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (QSKH-RL) überführt wurde. Darüber hinaus sieht die Richtlinie ausdrücklich vor, dass die Landesverträge nach § 112 Abs. 1 SGB V ergänzende Regelungen zur Qualitätssicherung enthalten können. Viele der heutigen verpflichtenden Landesverfahren auf der Grundlage von Landesverträgen zur Qualitätssicherung resultieren aus der Zeit vor 2004.

Mit den steigenden Anforderungen und dem stark zunehmenden Umfang der externen stationären Qualitätssicherung haben die LQS in den letzten Jahren ihre Kompetenz und Organisation stetig ausgebaut. Sie verfügen über die notwendige Akzeptanz, Kompetenz und finanzielle Tragfähigkeit und sind in der Lage, die künftig anstehenden Aufgaben in der Qualitätssicherung zu übernehmen.

# Kompetenzen

Die LQS

- gewährleisten die Umsetzung verpflichtender stationärer Qualitätssicherungsmaßnahmen des G-BA und darüber hinausgehender ergänzender Landesvorgaben.
- gewährleisten die Überprüfung der Krankenhäuser bezüglich der Behandlungsqualität.
- verfügen über ein dichtes Netzwerk an Experten zur Beurteilung von Qualitätsergebnissen – insbesondere durch Fachgruppen, in denen Klinikexperten, Vertreter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und Patientenvertreter gemeinsam die Krankenhausergebnisse beurteilen.
- führen regelmäßig Qualitätskonferenzen für Krankenhausmitarbeiter, Gremienmitglieder und weitere Interessierte aus dem Gesundheitswesen durch. Dabei werden neben den Ergebnissen und Konsequenzen aus den Qualitätssicherungsverfahren unter anderem auch der politische Kontext und die Einbettung in das Qualitätsmanagement beleuchtet.
- basieren auf etablierten und finanziell gesicherten Strukturen zur Überprüfung und Gestaltung der Qualitätssicherung, in denen die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, Ärztekammern, Landeskrankenhausesellschaften sowie Vertreter der Pflege und der Patienten vertreten sind.

Für die einzelnen Krankenhäuser sind die Landesgeschäftsstellen bei der stationären Qualitätssicherung die Hauptansprechpartner vor Ort. Zugleich sind die LQS ein Bindeglied zum Gemeinsamen Bundesausschuss und zur Institution nach § 137 a SGB V.

# Struktur und Arbeitsweise

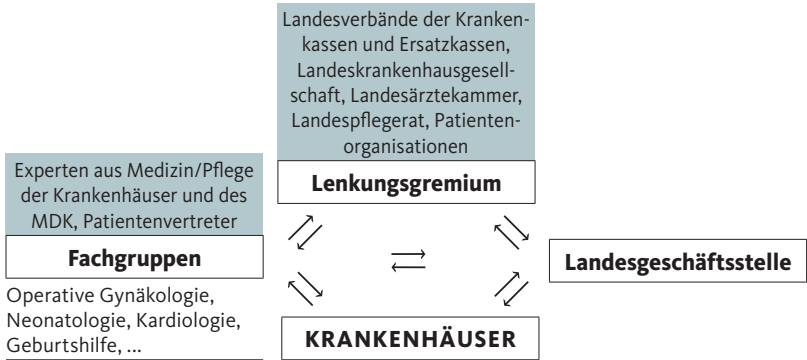


Abb. 2: Struktur und Arbeitsweise einer LQS

## Lenkungsgremium:

- **Aufgaben:** Planung, Durchführung, Initiierung und Weiterentwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, Entscheidung über Grundsatzfragen auf der Landesebene, Regelung von Verfahrensfragen. Bedient sich zur Erfüllung seiner Aufgaben der Fachgruppen
- **Besetzung:** Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, Landeskrankenhausgesellschaft, Landesärztekammer, Landespflegerat, Patientenorganisationen
- **Expertise:** politische Entscheidungs- und Steuerungskompetenz

## Fachgruppen:

- **Aufgaben:** Bewertung der Ergebnisse, fachliche Beratung, Erarbeitung von Empfehlungen zur Verbesserung, Berichterstattung ans Lenkungsgremium
- **Besetzung:** Klinikexperten und MDK-Vertreter aus Medizin und Pflege, teilweise auch unter Einbezug ambulant tätiger Fachexperten, sowie Patientenvertreter
- **Expertise:** Empfehlungs- und Beratungskompetenz im jeweiligen Fachgebiet

## Landesgeschäftsstelle:

- **Aufgaben:** Unterstützung und Implementierung des Lenkungsgremiums und der Fachgruppen, Durchführung der sogenannten „Strukturierten Dialoge“ mit den Krankenhäusern mit den Elementen schriftliche Stellungnahme, Hinweis, Besprechung, Begehung, Zielvereinbarung, Information und Beratung der Krankenhäuser im Zusammenhang mit der Umsetzung
- **Besetzung:** Geschäftsführung, Assistenz, Projektverantwortliche
- **Expertise:** Administrative, fachliche und methodische Kompetenz (Qualitätsmanagement und Kontinuierliche Verbesserungsprozesse)



## Strukturierter Dialog

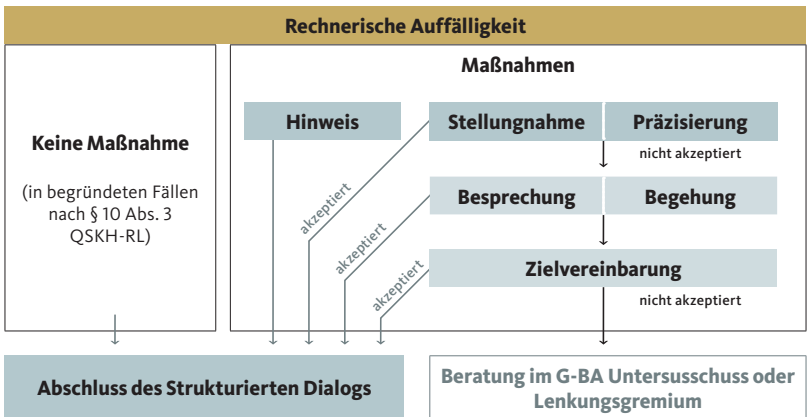
Der **Strukturierte Dialog** ist das zentrale Element in der externen stationären Qualitätssicherung<sup>1</sup>. Er kommt zum Tragen, wenn das Ergebnis eines Krankenhauses in einem der vom G-BA festgelegten über 400 Qualitätsindikatoren rechnerisch auffällig ist. In über 30 Leistungsbereichen – von der Herzschrittmacherimplantation über Operationen an der Halschlagader, endoprothetischen Operationen an Hüfte- und Knie bis hin zur Vermeidung von Druckgeschwüren werden jährlich rund ein Viertel aller stationären Krankenhausesfälle im Rahmen der ESQS geprüft. Untersucht werden unter anderem die präoperative Verweildauer, Antibiotikaphylaxe, postoperative Beweglichkeit, aber auch Komplikationen wie Wundhämatome und -infektionen, Nachblutungen sowie die Sterblichkeit. Mit dem Strukturierten Dialog werden die Krankenhäuser von den LQS bei der kontinuierlichen Verbesserung ihrer Ergebnisse, Prozesse und Strukturen unterstützt (Abb. 3).

Die LQS werten hierzu die Qualitätsdaten der Krankenhäuser nach vorgegebenen Kriterien aus. Bei rechnerischen Auffälligkeiten kommt ein in der Richtlinie beschriebenes Analyseverfahren in Gang, bei welchem die LQS, die Fachgruppen und das Lenkungsgremium auf der Landesebene eine zentrale Rolle spielen. Sollten Mängel festgestellt werden, so initiieren die Experten, dass die Einrichtungen qualitätssichernde Verbesserungsmaßnahmen einleiten und umsetzen. Die LQS berichten dem G-BA jährlich über die Ergebnisse aus den Strukturierten Dialogen. Allein im Jahr 2013 haben sie zu rund 17.600 rechnerischen Auffälligkeiten Strukturierte Dialoge mit den Krankenhäusern geführt, 10% der Auffälligkeiten waren tatsächliche Qualitätsmängel. In über 700 Zielvereinbarungen mit betroffenen Einrichtungen konnten wichtige Hinweise zu deutlichen Qualitätsverbesserungen gegeben werden (Abb. 4).

### <sup>1</sup> QSKH-RL (Auszug)

**§ 11 Einleitung des Strukturierten Dialogs:** Ist ein Krankenhaus nach § 9 Abs. 5 oder § 10 auffällig, ist es unter Beschreibung des Sachverhalts und Bezeichnung des betroffenen Standorts auf die Auffälligkeit hinzuweisen oder zur Stellungnahme innerhalb einer festzusetzenden angemessenen Frist aufzufordern. Bei Wiederholung desselben oder eines ähnlichen Sachverhalts ist zumindest eine Stellungnahme anzufordern.

**§ 12 Prüfung (1)** Nach Eingang der Stellungnahmen werden diese dahingehend geprüft, ob die im überprüften Jahr dokumentierten Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität erbracht und valide dokumentiert wurden. Verbleiben auch nach Berücksichtigung der Stellungnahme Zweifel, wird eine Besprechung nach Absatz 2, eine Begehung nach Absatz 3 oder eine Zielvereinbarung auf schriftlichem Weg veranlasst. Die Bewertung im Strukturierten Dialog bezieht sich auf die erbrachte Qualität im überprüften Jahr und wird dem Stellungnehmenden mitgeteilt.



**Abb. 3:** Strukturiertes Dialog (Quelle: AQUA Institut: Qualitätsreport 2013, S. 197 [www.sqg.de](http://www.sqg.de))

Leistungsbereich	Rechnerische Auffälligkeit	Maßnahme				Weiterführende Maßnahme*			Qualitative Auffälligkeit in Prozent**
		Keine Maßnahme	Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Anlass für Besprechung	Anlass für Vor-Ort-Begehung	Zielvereinbarung	
Cholezystektomie	840	0	271	567	2	4	0	19	3,3
Karotis-Revaskularisation	125	0	43	82	0	6	0	7	8,0
Ambulant erworbene Pneumonie	3.302	2	1.387	1.900	13	43	0	235	17,6
Herzschrittmacher-Implantation	849	0	402	447	0	24	0	32	10,7
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	814	0	450	364	0	12	0	26	12,2
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	748	0	343	405	0	19	1	27	10,8
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	770	0	348	422	0	8	0	20	4,8
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	313	0	126	187	0	1	0	4	11,5
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/ Explantation	263	0	102	161	0	3	0	1	2,7
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	1.074	0	428	646	0	30	0	50	7,9
Koronarchirurgie, isoliert	15	0	1	14	0	1	0	1	46,7
Aortenklappenchirurgie, isoliert	26	0	2	24	0	2	0	2	46,2
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	17	0	2	15	0	1	0	1	41,2
Herztransplantation	22	0	0	22	0	4	0	6	27,3
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	14	0	0	14	0	1	0	1	7,1
Lebertransplantation	32	0	0	32	0	0	0	0	40,6
Leberlebenspende	28	0	0	28	0	0	0	0	10,7
Nierentransplantation	29	0	0	29	0	3	0	3	51,7
Nierenlebenspende	77	0	0	77	0	3	0	3	64,9
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	21	0	0	21	0	2	0	2	19,0
Mammachirurgie	1.140	0	630	483	27	29	18	55	6,9
Geburtshilfe	826	4	206	616	0	20	22	49	20,6
Neonatalogie	360	0	126	231	3	3	0	12	9,4
Gynäkologische Operationen	1.200	2	544	652	2	9	2	14	4,2
Hüftgelenknahe Femurfraktur	1.108	0	432	676	0	10	0	27	8,1
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1.180	0	472	708	0	15	0	63	5,8
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1.226	0	615	611	0	13	0	17	4,2
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	524	0	187	337	0	6	0	25	5,9
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	484	0	286	198	0	0	0	6	3,3
Pflege: Dekubitusprophylaxe	259	4	56	199	0	6	0	6	17,0
<b>Gesamt</b>	<b>17.686</b>	<b>12</b>	<b>7.459</b>	<b>10.168</b>	<b>47</b>	<b>278</b>	<b>43</b>	<b>714</b>	<b>10,2</b>

\* Die zusätzlichen Maßnahmen beziehen sich auf einzelne Qualitätsindikatoren.

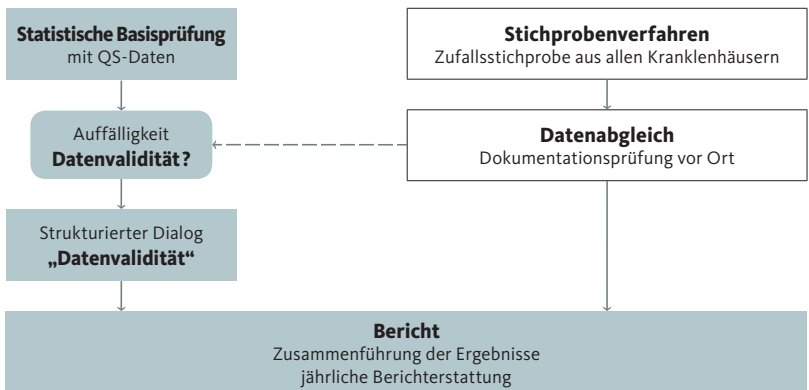
\*\* Die Prozentanteile orientieren sich an der Zahl der ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten.

**Abb. 4:** Maßnahmen der LQS im Strukturierten Dialog  
(Quelle: AQUA Institut: Qualitätsreport 2013, S. 201 www.sqg.de)

# Datenvalidierung

Keine Qualitätssicherung ohne verlässliche Daten. In diesem Sinne wurde 2006 vom G-BA ein Verfahren zur Datenvalidierung eingeführt, bei welchem die LQS prüfen, ob die Qualitätssicherungsdaten (QS-Daten) korrekt, vollständig und vollzählig sind.<sup>2</sup> Die zu prüfenden Leistungsbereiche und Verfahren werden den Krankenhäusern erst nach der Datenabgabe bekannt gegeben, um Manipulationen vorzubeugen. Auch Auffälligkeitskriterien zur Über- und Unterdokumentation sind im Datenvalidierungsverfahren verankert. In einer „Statistischen Basisprüfung“ werden die Daten zunächst nach vorab vom G-BA definierten Kriterien auf statistische Auffälligkeiten hin analysiert, die auf nicht valide Daten hinweisen (z. B. unerwartet geringe Komplikationsraten). Die Krankenhäuser werden zu jeder Auffälligkeit um schriftliche Stellungnahme gebeten. Durch eine „Stichprobenprüfung mit Datenabgleich“ nimmt die LQS zusätzlich auf Basis vom Krankenhaus bereitzulegender Patientenunterlagen eine Zweiterfassung der QS-Daten vor Ort vor. Dies liefert dem Krankenhaus Hinweise zur Optimierung von Dokumentationsprozessen und zur Identifizierung von Schwachstellen im internen Qualitätsmanagement (Abb. 5). Außerdem ergibt die Datenvalidierung wichtige Erkenntnisse, die zur Weiterentwicklung der überprüften Verfahren von der Bundesebene genutzt werden.

Nicht nur in der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), auch bei den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (QB-R) und in der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) wurden die LQS mit der Datenlieferung und -validierung vom G-BA beauftragt.



**Abb. 5:** Das Datenvalidierungsverfahren im Auftrag des G-BA (Quelle: [www.geqik.de](http://www.geqik.de))

<sup>2</sup> Der Strukturierte Dialog und die Datenvalidierung werden bei den sogenannten direkten Verfahren, dies sind 10 Leistungsbereiche mit vergleichsweise geringen Fallzahlen (Organtransplantationen und Herzchirurgie), von der Bundesebene durchgeführt.

# Fazit

Die LQS verfügen

- über jahrzehntelange Expertise in der Erarbeitung landesweiter Prüfgrundsätze
- über jahrzehntelange Erfahrung in der Identifizierung qualitätsrelevanter Probleme und Fragestellungen
- über erprobte, professions- und hierarchieübergreifende Kommunikationsmöglichkeiten mit den Krankenhäusern
- über jahrzehntelange Erfahrung in der Beurteilung der Ergebnisse einschließlich der Validität der erhobenen Daten

und sollten daher auch für die weiteren Qualitätsprüfungen genutzt werden.

# Vertragsgrundlagen der LQS

## **LQS Baden Württemberg: Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus GeQiK**

Seit 1996 Landesvertrag über die Qualitätssicherung in der stationären Krankenhausbehandlung

## **LQS Bayern: Bayrische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung**

Seit 1995 zwei- bzw. dreiseitige Verträge zwischen den gleichberechtigten Partnern Bayerische Krankenhausgesellschaft (BKG), Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände (ARGE) und Bayerischer Landesärztekammer (BLÄK)

## **LQS Berlin: Qualitätsbüro Berlin**

Seit 2002 dreiseitiger Vertrag zur Qualitätssicherung in der stationären Versorgung zwischen der Berliner Krankenhausgesellschaft, den Krankenkassenverbänden im Land Berlin und der Ärztekammer Berlin unter Beteiligung des Pflegerates Berlin-Brandenburg.

## **LQS Brandenburg: Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung Brandenburg**

Seit 2000 Vertrag über die Durchführung externer Qualitätssicherungsmaßnahmen in der stationären Versorgung

## **LQS Bremen: Qualitätsbüro Bremen**

Seit 2001 Vertrag zur Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung für die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser

## **LQS Hamburg: EQS – externe Qualitätssicherung Hamburg**

1991 wurde der erste EQS-Vertrag zwischen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft (HKG) und den Krankenkassenverbänden unter Einbeziehung der Ärztekammer Hamburg und des Medizinischen Dienstes geschlossen.

## **LQS Hessen: GQH – Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen**

Seit 1995 Vertrag über die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung zur Durchführung externer Qualitätssicherungsmaßnahmen mit zugehöriger Umsetzungsvereinbarung auf der Landesebene zur Regelung der landesspezifischen Maßnahmen

## **LQS Mecklenburg-Vorpommern: Qualitätsbüro bei der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern**

Seit 1995 Vertrag zur Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

**LQS Niedersachsen: Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung bei der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft**

Seit 1997 Vertrag zur Sicherung der Qualität in der stationären Versorgung

**LQS Nordrhein Westfalen: Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung NRW**

Seit 2002 Vertrag über die Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in NRW in Verbindung mit § 6 Heilberufsgesetz NRW, mit dem eine neue Phase in der Qualitätssicherung begann: Seither arbeiten die Landesverbände der Krankenkassen beider Landesteile mit der privaten Krankenversicherung und der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen als Vertragspartner themenbezogen zusammen. Vertragsbeteiligt sind die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe.

**LQS Rheinland-Pfalz: SQMed – Geschäftsstelle Qualitätssicherung**

Seit 2001 Vertrag über Verfahrensgrundsätze für die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

**LQS Saarland: QBS – Qualitätsbüro im Saarland**

Seit 2000 Grundsatzvertrag zur Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

**LQS Sachsen: Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung bei der Sächsischen Landesärztekammer**

Seit 2001 Vertrag über die Durchführung externer Qualitätssicherungsmaßnahmen in der stationären Versorgung

**LQS Sachsen-Anhalt: Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt**

Seit 2001 Umsetzungsvereinbarung zur externen Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

**LQS Schleswig-Holstein: Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung (ProQS) bei der Landeskrankhausgesellschaft in Zusammenarbeit mit der Ärztlichen Qualitätsstelle der Landesärztekammer (ÄQS)**

1989 – Pilotphase, seit 1992 Vertrag über die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

**LQS Thüringen: Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung**

Seit 1995 Rahmenvertrag über die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung. 1996 Abschluss einer ergänzenden Vereinbarung zur Durchführung und Umsetzung externer Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Landesebene.

# Landesprojekte

Über die bundeseinheitlichen gesetzlichen Vorgaben hinaus werden in verschiedenen Ländern folgende Landesprojekte durchgeführt:

- MRSA: Qualitätssicherung im Umgang mit hochresistenten Erregern, speziell Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA)
- Neonatalerhebung (bis 2009, dann weitergeführt als Bundesmaßnahme im Rahmen der QSKH-RL des G-BA)
- PTA: Die perkutane transluminale Angioplastie ist ein Kathetereingriff an peripheren Arterien. Ziel einer PTA ist die Aufdehnung von Verengungen und Verschlüssen mittels Ballonkatheter zur Verbesserung des Blutflusses. Mit der PTA wird die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) behandelt, Im Zeitraum von 2002 bis 2003 war die externe Qualitätssicherung in diesem Leistungsbereich bundesweit verpflichtend.
- Herzinfarktregister
- Anästhesie
- Stationäre Schlaganfallversorgung (Akutbehandlung, Frührehabilitation (Phase B) und weiterführende Rehabilitation (Phase C/D))
- Operative Gynäkologie (Erweiterung des Bundesmoduls um Eingriffe mit Hauptdiagnose Uterus myomatosus)
- Cholezystektomie – Seit 2015 Fortführung des bundesweit ausgesetzten Leistungsbereichs
- Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung: In diesem Landesprojekt dokumentieren die teilnehmenden Krankenhäuser für jeden Behandlungsfall einen durch die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfallregister (ADSR) entwickelten standardisierten Datensatz. Erfasst werden wesentliche Aspekte des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens, Rehabilitationsmaßnahmen sowie Parameter zum klinischen Outcome.
- Neugeborenen Hörscreening
- Durchführung von Qualitätssicherungskonferenzen z. B. Perinatalkonferenzen und Bund-/Land-Konferenzen (z. B. Dekubitus-Propylaxe) sowie von Workshops für die Ansprechpartner in den Krankenhäusern sowie die Mitglieder der ärztlichen Fachgruppen zur begleitenden Unterstützung der Qualitätssicherungsverfahren.
- Peer Review Verfahren in ausgewählten Leistungsbereichen nach dem Curriculum der Bundesärztekammer (z. B. Cholezystektomie).



## Best Practice Beispiele

In einem Fachgremium Patientensicherheit wirken in **Hamburg** neben den Klinikern, dem MDK und den Patientenvertretern u. a. auch Vertreter der Ärztekammer, der Verband der Ersatzkassen e.V., der BKK Landesverband Nordwest und die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg aktiv mit. Ziel und Grundlage für die inhaltliche Arbeit dieses Gremiums ist die Analyse der in den Hamburger Krankenhäusern vorhandenen bzw. durchgeführten Maßnahmen zur Patientensicherheit.

Seit 2011 wird gemäß Beschluss des Lenkungsremiums zur Qualitätssicherung in der stationären Krankenhausbehandlung in **Baden-Württemberg** ein flächendeckendes Verfahren zur Qualitätssicherung im Umgang mit hochresistenten Erregern, speziell Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) im Land umgesetzt. Die Teilnahme der Einrichtungen am Qualitätssicherungsverfahren „MRSA“ wird über die Homepage der LQS mittels einer Teilnahmeliste ausgewiesen. Für die teilnehmenden Krankenhäuser wird zusätzlicher externer Anreiz geschaffen, sich im internen Qualitätsmanagement mit strukturiertem Screening sowie der Umsetzung der Vorgaben des § 23 Infektionsschutzgesetz (IfSG) konkret zu beschäftigen und dies über das geplante Qualitätssicherungsverfahren belegen zu können. Damit sollen die Bemühungen zur Reduktion nosokomialer Infektionen, speziell mit MRSA, unterstützt werden. Ziel ist es, Hinweise auf zu verbessernde Qualität zu generieren und die Ergebnisse von einer Arbeitsgruppe fachlich bewerten zu lassen. Mit einzelnen Einrichtungen werden rechnerische Abweichungen individuell (z. B. im „Strukturierten Dialog“) geklärt. Zur elektronischen Datenübermittlung durch die Krankenhäuser stellt die LQS eine web-basierte Erfassung mit einer direkten Daten-Rückmeldung an die Krankenhäuser zur Verfügung. Die Gesamtauswertung ermöglicht den Krankenhäusern die Einordnung der eigenen Daten und Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Krankenhäusern des Landes. Als besonderen Service bietet die Geschäftsstelle einen Auszug relevanter Darstellungen der letzten Halbjahresauswertung als Präsentation zur internen Verwendung im Hygienemanagement an.

Mit dem Projekt „German Obstetric Surveillance System“ (GerOSS) werden in **Bayern** Erkenntnisse über die Inzidenz und Entstehung schwerwiegender Ereignisse während der Schwangerschaft und Entbindung gewonnen. Aus der weitergehenden Analyse von Einzelfällen werden Empfehlungen für die Betreuung solcher Fälle abgeleitet. Derzeit nehmen in Bayern ca. 30 Kliniken an dem Projekt freiwillig teil.

In **Hamburg** wird flächendeckend ein postnarkotischer Patientenfragebogen in der Anästhesie eingesetzt. Ziel dieses Fragebogens ist es, die Ergebnisqualität systematisch und strukturiert aus Patientensicht für die Anästhesisten transparent zu machen. Jährlich werden zwei Befragungen in den Krankenhäusern durchgeführt. Die Befragung ist für den Patienten freiwillig und wird anonym durchgeführt.

Auf Initiative der Arbeitsgruppe „Orthopädie und Unfallchirurgie“ werden in **Niedersachsen** in den orthopädisch-unfallchirurgischen Leistungsbe-  
reichen landesspezifische Qualitätsindikatoren ausgewertet und darüber ein Strukturierter Dialog geführt, z. B. der Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer nach Aufnahme an einem Freitag“ im Leistungsbereich „Hüftgelenknahe Femurfraktur“.

In **Nordrhein Westfalen** wird im Umsetzungskonzept der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung ein über die strikte Umsetzung der Bundesvorgaben hinausgehender Nutzen – der „added value“ – in Konzepten zu Regionalveranstaltungen und zur Steuerung der Qualitätsentwicklung verwirklicht. Dieses Umsetzungskonzept berücksichtigt auf der Grundlage der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses die Wünsche der Vertragspartner nach stärkerer Einbindung, höherer Transparenz und größerer Verbindlichkeit im Verfahren der externen Qualitätssicherung. Transparenz und Verbindlichkeit sollen bei allen wesentlichen Prozessschritten durch schriftliche Verfahrensregelungen erreicht werden. Mit der Einrichtung einer die Arbeit des Lenkungsausschusses unterstützenden und vorbereitenden Arbeitsgruppe Qualitätssicherung nehmen die Vertragspartner über ihre Steuerungsfunktionen im Lenkungsausschuss hinaus kontinuierlich und zeitnah an der Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen teil. Die beiden regionalen Vertretungen der Geschäftsstelle stellen die Aufgabenerfüllung regional sowie gemeinsam landesweit sicher.

Im **Saarland** besteht eine enge Zusammenarbeit der Fachausschüsse Geburtshilfe und Neonatologie. Jährlich wird eine öffentliche Fortbildungsveranstaltung mit unterschiedlichen Themenschwerpunkten angeboten. Alle perinatalen Todesfälle werden unabhängig von einer rechnerischen Auffälligkeit jährlich in beiden Ausschüssen aufgearbeitet, darüber hinaus werden in einer gemeinsamen Veranstaltung ausgewählte Todesfälle aus Sicht beider Disziplinen diskutiert, mit dem Ziel, Strukturen und Prozesse im gesamten Land zu verbessern.

Im **Hamburger** Krankenhausspiegel legen 28 Hamburger Krankenhäuser ihre medizinische Qualität zu 15 besonders häufigen bzw. komplizierten Behandlungsgebieten offen. Die Qualitätsergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung sowie einzelner Landesverfahren inklusive der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs werden jährlich vergleichend und krankenhausbezogen dargestellt. Die Ergebnisse werden in einem aufwendigen Verfahren von unabhängigen Institutionen ermittelt. Der Hamburger Krankenhausspiegel war bundesweit das erste diesbezügliche Transparenzprojekt und hat inzwischen auch in anderen Regionen Verbreitung gefunden. Er wird jährlich aktualisiert und erweitert – zuletzt um Patientenbefragungen ([www.hamburger-krankenhausspiegel.de](http://www.hamburger-krankenhausspiegel.de)).

Im Krankenhausspiegel **Thüringen** wird das Hamburger Modell angepasst auf das Flächenland Thüringen seit 2014 genutzt. Im Krankenhausspiegel Thüringen legen 18 Thüringer Krankenhäuser ihre medizinische Qualität zu 14 besonders häufigen bzw. komplizierten Behandlungsgebieten offen. Die Qualitätsergebnisse werden jährlich neu in einem gesetzlich geregelten Verfahren von unabhängigen Einrichtungen ermittelt und im Krankenhausspiegel aktuell veröffentlicht. Der Krankenhausspiegel Thüringen wird unter Begleitung eines Expertengremiums jährlich aktualisiert und durch neue Themenfelder und Patientinformationen erweitert ([www.krankenhausspiegel-thueringen.de](http://www.krankenhausspiegel-thueringen.de)).

In **Hessen** wird im „Peer-Review-Verfahren Cholezystektomie“ ein strukturierter Bewertungsbogen zu den allgemeinen sowie spezifischen Struktur- und Prozessparametern in der Viszeralchirurgie zugrunde gelegt. Dabei wird im Rahmen der Visitation (Begehung des Krankenhauses) auch die konkrete Durchführung einer Gallenblasen-Operation begutachtet und es werden zufällig sowie gezielt ausgewählte Krankenakten bzgl. korrekter Dokumentation und Aktenführung geprüft. Der Peer-Review-Tag endet mit einem Abschlussgespräch in welchem Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken der Einrichtung besprochen werden, um z. B. Prozesse, welche in der besuchten Klinik vorbildlich ablaufen, als Beispiele für Best-Practice herauszuarbeiten und dann auch anderen Kliniken weiterzugeben, z. B. via Internetplattform oder Publikation. Das Verfahren wird mit Unterstützung der Landesärztekammer durchgeführt und ist eng an die Vorgaben des Curriculums „Peer Review“ der Bundesärztekammer angelehnt.





## **Impressum**

Herausgeber	Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)
Redaktion	Dezernat I, Personalwesen und Krankenhausorganisation
Anschrift	Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) Postfach 12 05 55 10595 Berlin Hausanschrift: Wegelystraße 3 10623 Berlin <i>Telefon:</i> +49.30.39 801 0 <i>Fax:</i> +49.30.39 801 30 00 <i>E-Mail:</i> <a href="mailto:pressestelle@dkgev.de">pressestelle@dkgev.de</a> <i>Internet:</i> <a href="http://www.dkgev.de">www.dkgev.de</a>
Gestaltung	Matt Blachny
Herstellung	Konrad Triltsch Print und digitale Medien GmbH
Redaktionsschluss	Juni 2015, 1. Auflage
Druck	Juni 2015