

Qualitätssicherung



C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 Abs.1 Satz 3 Nr.1 SGB V (BQS-Verfahren)

Die BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH) ermittelt seit 2001 systematisch die medizinische und pflegerische Behandlungsqualität der Krankenhäuser in Deutschland. Dazu werden jährlich Daten der Krankenhäuser aus den Bereichen Herz-Kreislaufkrankungen, Bauchchirurgie, Transplanta-

tionen, Neugeborene und ihre Mütter, Knochen- und Gelenkerkrankungen, Frauen mit gynäkologischen Erkrankungen, Druckgeschwüren und Lungenentzündungen ausgewertet. Jedes Krankenhaus ist per Gesetz verpflichtet, seine Daten an die BQS bzw. die jeweilige Landesstelle zu übermitteln.

C-1.1 [1]

Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für das Krankenhaus

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)
Herzschrittmacher-Implantation	142	96,5
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	30	100,0
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	69	97,1
Karotis-Rekonstruktion	131	100,0
Cholezystektomie	156	99,4
Gynäkologische Operationen	637	99,2
Geburtshilfe	2.376	100,0
Hüftgelenknahe Femurfraktur	154	100,0
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	50	94,0
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	25	100,0
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	58	93,1
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	16	100,0
Mammachirurgie	465	99,8
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	1.707	100,0
Ambulant erworbene Pneumonie ¹	343	92,7
Dekubitusprophylaxe ²	1.553	89,3
Herzchirurgie ³		99,8
Nierentransplantation	22	100,0
Nierenlebendspende	6	83,3

¹ Das Universitätsklinikum Ulm behandelt Patienten mit Lungenentzündungen weit überwiegend in den Kliniken für Innere Medizin und stellt auch in diesen Kliniken die Dokumentation des Moduls sicher. Über das Gesamtjahr hinweg werden aber auch einige Fälle in anderen Fachabteilungen/Kliniken aufgenommen und behandelt. Für diese Fälle soll zukünftig die Dokumentation der Qualitätssicherung von zentral aus mit Hilfe der Patientenakte durchgeführt werden, um möglichst eine Dokumentationsquote von 100% zu erzielen.

² Durch die Integration der QS-Software für das Modul Dekubitusprophylaxe konnte die Dokumentationsquantität im 1. Quartal 2009 (verpflichtender Dokumentationszeitraum) weiter auf 98% gesteigert werden (Quelle: eigene Auswertung auf Basis QS-Filter und abgelieferte Datensätzen).

³ Für die Leistungsbereiche isolierte Aortenklappenchirurgie, kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie und isolierte Koronarchirurgie wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

C-1.2

Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren

C-1.2.[1]

Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren für das Universitätsklinikum Ulm – allgemein

Zur zeitnahen Überwachung der Dokumentationsqualität und Berechnung der BQS-Qualitätsindikatoren wurde bereits im Jahr 2007 die Software „QS-Monitor“ der Firma Saatmann am Universitätsklinikum Ulm eingeführt. Über die Einspielung der Exportdateien unserer Qualitätssicherungs-Subsysteme für die Dokumentation der Externen Qualitätssicherung konnten wir ein internes Controlling-System hinsichtlich der Dokumentations-, Prozess- und Ergebnisqualität und einen eigenen internen medizinisch-pflegerischen Dialog aufbauen. Dadurch hat sich die Dokumentations- und Prozessqualität in einzelnen Leistungsbereichen deutlich verbessert. Im Jahr 2008 konnte vor allem im Modul „Ambulant erworbene Pneumonie“ die Dokumentationsqualität über die Einführung von fachabteilungsübergreifenden Dokumentationsstandards deutlich verbessert werden.

Die Anzahl an auffälligen BQS-Qualitätsindikatoren basierend auf dem QS-Monitor konnte im Berichtsjahr 2008 durch Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentations-, Prozess- und Ergebnisqualität um 19,2 % reduziert werden.

Einzelne Qualitätsindikatoren wie z. B. Reinterventionen (Wiedereingriffe) wegen Komplikationen bei Kniegelenkersatz lassen eine Verschlechterung ihrer Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr 2007 vermuten. Diese Zahlen sind jedoch wegen der kleinen Patientenzahl und der fehlenden Risikoadjustierung nicht verlässlich. Im Gegensatz zu den anderen Kliniken sind unsere Patienten mit 61,7 % (gegenüber lediglich 29,3 %



im baden-württembergischen Landesdurchschnitt) auch häufiger am Kniegelenk oder kniegelenknah vorgeoperiert.

Jeder identifizierte, auffällige Fall wird von uns gewissenhaft analysiert und bewertet, um unsere Prozess- und Ergebnisqualität zum Wohle unserer Patienten weiter auf dem dargestellten hohen Niveau zu halten und zu verbessern.

C-1.2.[1] A

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren.

C-1.2.[1] A.I

Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

Leistungsbereich und Qualitätsindikator	Kennzahlbezeichnung	Zähler/ Nenner	Ergebnis	Referenz- bereich (bundes- weit)	Vertrauens- bereich	Bewertung durch den Strukturier- ten Dialog
Brusttumoren: Bestimmung der Hormonempfindlichkeit der Krebszellen	Hormonrezeptorenanalyse	313/315	99,40%	≥ 95,0%	97,7 – 99,9%	8
Brusttumoren: Röntgenuntersuchung des entfernten Gewebes während der Operation	Intraoperatives Präparatröntgen	43/44	97,70%	≥ 95,0%	87,7 – 100,0%	8
Brusttumoren: Sicherheitsabstand zum gesunden Gewebe	Angabe Sicherheitsabstand: bei brusterhaltender Therapie	246/251	98,00%	≥ 95,0%	95,4 – 99,4%	8
Brusttumoren: Sicherheitsabstand zum gesunden Gewebe	Angabe Sicherheitsabstand: bei Mastektomie	54/55	98,20%	≥ 95,0%	90,0 – 100,0%	8
Frauenheilkunde: Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Gebärmutterentfernung	Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie	328/347	94,50%	≥ 90,0%	91,6 – 96,7%	8
Frauenheilkunde: Vorbeugende Medikamentengabe zur Vermeidung von Blutgerinnseln bei Gebärmutterentfernung	Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie	314/325	96,60%	≥ 95,0%	94,0 – 98,3%	8
Gallenblasenentfernung: Feingewebliche Untersuchung der entfernten Gallenblase	Erhebung eines histologischen Befundes	155/155	100,00%	≥ 95,0%	97,7 – 100,0%	8
Gallenblasenentfernung: Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	Reinterventionsrate	0/76	0,00%	≤ 1,5%	0,0 – 4,7%	8
Geburtshilfe: Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen	200/208	96,20%	≥ 90,0%	92,5 – 98,3%	8
Geburtshilfe: Vorgeburtliche Gabe von Medikamenten zur Unterstützung der Lungenentwicklung bei Frühgeborenen	Antenatale Kortikosteroid- therapie: bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	63/64	98,40%	≥ 95,0%	91,4 – 100,0%	8
Geburtshilfe: Zeitspanne zwischen dem Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und der Entbindung des Kindes	EE-Zeit bei Notfallkaiserschnitt	0/38	0	0	0,0 – 9,3	8
Halschlagaderoperation: Entscheidung zur Operation einer Verengung der Halschlagader ohne erkennbare Krankheitsanzeichen	Indikation bei asymptomati- scher Karotisstenose	57/64	89,10%	≥ 85,0%	78,7 – 95,6%	8
Halschlagaderoperation: Schlaganfälle oder Tod infolge einer Operation zur Erweiterung der Halschlagader	Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score I: Risikoadjustierte Rate nach logistischem Karotis-Score I	entfällt	3,10%	≤ 7,5%	entfällt	8
Herzkatheteruntersuchung und -behandlung: Entscheidung für die Herzkatheter-Behandlung ¹	Indikation zur PCI	38/330	11,50%	≤ 10,0%	8,3 – 15,5%	13

Leistungsbereich und Qualitätsindikator	Kennzahlbezeichnung	Zähler/ Nenner	Ergebnis	Referenz- bereich (bundes- weit)	Vertrauens- bereich	Bewertung durch den Strukturier- ten Dialog
Herzkatheteruntersuchung und -behandlung: Entscheidung für die Herzkatheter- Untersuchung	Indikation zur Koronarangiographie – Ischämiezeichen	858/1052	81,60%	≥ 80,0%	79,1 – 83,9%	8
Herzkatheteruntersuchung und -behandlung: Wiederherstellung der Durchblutung der Herzkranzgefäße	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI: Alle PCI mit Indikation akutes Koronarsyndrom mit ST- Hebung bis 24 h	168/178	94,40%	≥ 85,0%	89,9 – 97,3%	8
Hüftgelenkersatz: Ausrenkung des künstlichen Hüftgelenkes nach der Operation	Endoprothesenluxation	entfällt	2,30%	≤ 5,0%	0,0 – 12,4%	8
Hüftgelenkersatz: Entzündung des Operationsbereichs nach der Operation	Postoperative Wundinfektion	0/44	0,00%	≤ 3,0%	0,0 – 8,0%	8
Hüftgelenkersatz: Ungeplante Folgeoperationen wegen Komplikation	Reoperationen wegen Komplikation	entfällt	6,80%	≤ 9,0%	1,3 – 18,9%	8
Kniegelenkersatz: Entzündung des Operationsbereichs nach der Operation	Postoperative Wundinfektion	0/47	0,00%	≤ 2,0%	0,0 – 7,6%	8
Kniegelenkersatz: Ungeplante Folgeoperationen wegen Komplikation ²	Reoperation wegen Komplikationen	entfällt	8,50%	≤ 6,0%	2,3 – 20,6%	2
Lungenentzündung: Rasche Durchführung von Untersuchungen zur Feststellung des Sauerstoffgehaltes im Blut	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoximetrie: Alle Patienten	315/318	99,10%	≥ 95,0%	97,2 – 99,8%	8
Operation an den Herzkranzgefäßen: Sterblichkeitsrate während des stationären Aufenthaltes	Letalität: Risikoadjustierte In- Hospital-Letalität nach logisti- schem KCH-SCORE 3.0	entfällt	5,10%	≤ 5,20%	entfällt	8
Operation an den Herzkranzgefäßen: Verwendung der linken Brustwandarterie als Überbrückungsblutgefäß (Bypass)	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	260/287	90,60%	≥ 85,0%	86,6 – 93,7%	8

¹ **Kommentar Geschäftsstelle:** Obwohl bei der Analyse der rechnerischen Abweichung ein Versäumnis hinsichtlich der korrekten Dokumentation / Datenlieferung als Ursache der Auffälligkeit eingeräumt wurde, kann grundsätzlich von einer angemessenen Qualität in der Patientenversorgung ausgegangen werden.

Kommentar Krankenhaus: Leider konnten im Berichtsjahr 2008 erst nach endgültiger Datenlieferung Fälle identifiziert werden, die in diesem Indikator einen nicht korrekten Datensatz bzw. Dokumentation auswies. Dieses Problem wurde von uns im Rahmen der kontinuierlichen Verbesserungsmaßnahmen angegangen. Als Ergebnis zeigt sich zum Datenstand 16.11.2009 für das Jahr 2009 bisher ein deutlich verbesserter Wert von nur 1,52% (Quelle: QS-Monitor Saatmann).

² **Kommentar Krankenhaus:** Medizinisch auffällige Fälle werden von uns zeitnah analysiert, um im Rahmen unserer kontinuierlichen Verbesserungsmaßnahmen unsere Prozess- und Ergebnisqualität stetig weiter zu entwickeln und zu verbessern. Allerdings wird es immer wieder vor allem bei einem Krankenhaus der Maximalversorgung Fälle geben, die primär im Rahmen der Nutzung von Qualitätsindikatoren als auffällig ausgewiesen werden, aber in einer detaillierten medizinischen Fallprüfung dann ebenfalls eine gute Qualität bei besonderen medizinischen Fallkonstellationen ausweisen.

C-1.2.[1] A.II

Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind

entfällt

C-1.2.[1] B

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren / Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung.

C-1.2.[1] B.I

Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

Leistungsbereich und Qualitätsindikator	Kennzahlbezeichnung	Zähler/ Nenner	Ergebnis	Referenz- bereich (bundes- weit)	Vertrauens- bereich	Bewertung durch den Strukturier- ten Dialog
Geburtshilfe: Übersäuerung des kindlichen Blutes nach der Geburt	Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	entfällt	0,20%	≤ 0,3%	0,1 – 0,5%	8
Pflege: Vorbeugung von Druckgeschwüren: Neu entstandene Druckgeschwüre während des Krankenhausaufenthaltes	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Risikoadjustierte Rate der Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung	entfällt	0,40%	≤ 1,9%	entfällt	8
Pflege: Vorbeugung von Druckgeschwüren: Neu entstandene Druckgeschwüre während des Krankenhausaufenthaltes	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Risikoadjustierte Rate der Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	10/1333	0,70%	≤ 2,8%	entfällt	8

C-1.2.[1] B.II

Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind

entfällt

C-1.2.[2]

Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren für die Klinik für Herzchirurgie

Da am Universitätsklinikum Ulm sowohl die Klinik für Herzchirurgie als auch die Klinik für Innere Medizin II Herzschrittmacher-Implantationen durchführen, werden die zugehörigen Qualitätsindikatoren getrennt ausgewiesen.

C-1.2.[2] A

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren.

C-1.2.[2] A.I

Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

Leistungsbereich und Qualitätsindikator	Kennzahlbezeichnung	Zähler/ Nenner	Ergebnis	Referenz- bereich (bundes- weit)	Vertrauens- bereich	Bewertung durch den Strukturier- ten Dialog
Herzschrittmachereinsatz: Auswahl des Herzschrittmachersystems	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	30/31	96,80%	≥ 90,0%	82,9 – 100,0%	8
Herzschrittmachereinsatz: Entscheidung für die Herzschrittmacher-Behandlung ¹	Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	25/31	80,70%	≥ 90,0%	62,3 – 92,7%	1
Herzschrittmachereinsatz: Komplikationen während oder nach der Operation	Perioperative Komplikationen: chirurgische Komplikationen	0/35	0,00%	≤ 2,0%	0,0 – 10,0%	8
Herzschrittmachereinsatz: Komplikationen während oder nach der Operation	Perioperative Komplikationen: Sondendislokation im Vorhof	0/26	0,00%	≤ 3,0%	0,0 – 13,3%	8
Herzschrittmachereinsatz: Komplikationen während oder nach der Operation	Perioperative Komplikationen: Sondendislokation im Ventrikel	0/35	0,00%	≤ 3,0%	0,0 – 10,0%	8

¹ **Kommentar Krankenhaus:** Leider konnten für das Berichtsjahr 2008 erst nach endgültiger Datenlieferung Fälle identifiziert werden, die in diesem Indikator einen nicht korrekten Datensatz bzw. Dokumentation auswiesen. Dieses Problem wurde von uns im Rahmen der kontinuierlichen Verbesserungsmaßnahmen angegangen. Als Ergebnis zeigt sich zum Datenstand 16.11.2009 für das Jahr 2009 bisher ein deutlich verbesserter Wert von 94,7% (Quelle: QS-Monitor Saatmann).

C-1.2.[2] A.II

Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind

entfällt

C-1.2.[3]**Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren für die Klinik für Innere Medizin II**

Da am Universitätsklinikum Ulm sowohl die Klinik für Herzchirurgie als auch die Klinik für Innere Medizin II Herzschrittmacher-Implantationen durchführen, werden die zugehörigen Qualitätsindikatoren getrennt ausgewiesen.

C-1.2.[3] A

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren.

C-1.2.[3] A.I

Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

Leistungsbereich und Qualitätsindikator	Kennzahlbezeichnung	Zähler/ Nenner	Ergebnis	Referenz- bereich (bundes- weit)	Vertrauens- bereich	Bewertung durch den Strukturier- ten Dialog
Herzschrittmachereinsatz: Auswahl des Herzschrittmachersystems	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	98/100	98,00%	≥ 90,0%	92,8 – 99,8%	8
Herzschrittmachereinsatz: Entscheidung für die Herzschrittmacher-Behandlung	Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	97/100	97,00%	≥ 90,0%	91,4 – 99,4%	8
Herzschrittmachereinsatz: Komplikationen während oder nach der Operation	Perioperative Komplikationen: chirurgische Komplikationen	entfällt	1,00%	≤ 2,0%	0,0 – 5,5%	8
Herzschrittmachereinsatz: Komplikationen während oder nach der Operation	Perioperative Komplikationen: Sondendislokation im Vorhof	0/82	0,00%	≤ 3,0%	0,0 – 4,4%	8
Herzschrittmachereinsatz: Komplikationen während oder nach der Operation	Perioperative Komplikationen: Sondendislokation im Ventrikel	0/102	0,00%	≤ 3,0%	0,0 – 3,6%	8

C-1.2.[3] A.II

Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind

entfällt

Legende – Bewertung durch den Strukturierten Dialog

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

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß §112 SGB V

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Neonatalerhebung

Schlaganfall

Die entsprechend den gesetzlichen Vorgaben zu veröffentlichenden Behandlungsergebnisse der Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1.500g am Perinatalzentrum des Universitätsklinikums Ulm finden Sie auf der Internetseite der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin; Sektion Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin:

www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinderklinik/Sektionen/Neonatologie/Behandlungsergebnisse_2004-2008_Ulm.pdf



Qualitätssicherung ist ein wichtiger Faktor bei der medizinischen Maximalversorgung

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP teil:

Brustkrebs (BRU)

Vertragspartner: Alle Krankenkassen

Ansprechpartner: Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Behandlungsumfang: Stationäre und ambulante Behandlung

Diabetes mellitus Typ 1 (DIA1)

Vertragspartner: AOK Baden-Württemberg

Ansprechpartner: Universitätsklinikum Ulm (fokussiert in den Kliniken Innere Medizin I sowie Kinder- und Jugendmedizin)

Behandlungsumfang: Stationäre Behandlung und Notfallversorgung

Diabetes mellitus Typ 2 (DIA2)

Vertragspartner: Alle Krankenkassen (außer LKK)

Ansprechpartner: Klinik für Innere Medizin I

Behandlungsumfang: Stationäre Behandlung und ambulante Patientenschulung sowie Notfallversorgung

Vertragspartner: Alle Krankenkassen (außer AOK Baden-Württemberg)

Ansprechpartner: Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Behandlungsumfang: Stationäre Behandlung und Ambulante Patientenschulung sowie Notfallversorgung

Koronare Herzkrankheit (KHK) (KORO)

Vertragspartner: AOK Baden-Württemberg

Ansprechpartner: Klinik für Innere Medizin II

Behandlungsumfang: Stationäre Behandlung und Notfallversorgung

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Externe Qualitätssicherung mit Abrechnungsdaten Ein Projekt der Universitätsklinik Baden-Württemberg

Eine Arbeitsgruppe der Universitätsklinik Baden-Württemberg beschäftigt sich seit 2007 mit der Identifizierung von Qualitätsindikatoren aus Routinedaten. Ziel ist es, im Klinikalltag und für die Abrechnung erhobene Daten zu nutzen, um Aussagen über die Behandlungsqualität treffen zu können. Damit werden Qualitätsdaten in einem Umfang offen gelegt, der weit über die gesetzlichen Vorgaben hinausgeht.

Im Jahr 2007 wurden erstmals die Jahresdaten aus 2006 in den Qualitätsberichten als kumulierte Daten der fünf Universitätsklinik Baden-Württemberg veröffentlicht. Zwischenzeitlich hat eine Weiterentwicklung der Indikatoren stattgefunden. Das Peer-Review der Qualitätsindikatoren zeigte, dass die Indikatoren bisher eine noch nicht ausreichende Sensitivität und Spezifität aufweisen, um valide Aussagen zur Behandlungsqualität treffen zu können. Ein Hauptgrund dafür sind die nach wie vor vorhandenen Interpretationsspielräume der Deutschen Kodierrichtlinien zur Definition von Diagnosen und ggf. Prozeduren. Schwerpunkte der Weiterentwicklung werden deshalb zukünftig auf die Vereinheitlichung der zu Grunde liegenden Kodierung von Diagnosen

und Prozeduren gelegt werden. Außerdem sollen die Indikatordefinitionen weiter entwickelt werden, um die Spezifität der verwendeten Indikatoren für postoperative Ereignisse weiter zu erhöhen.

Nachfolgend sind Qualitätsindikatoren auf der Basis kumulierter Daten der fünf Universitätsklinik Baden-Württemberg in einer Zeitreihe von 2006 – 2008 veröffentlicht. Zur besseren Interpretation sind die Indikatoren des Jahres 2008 mit Konfidenzintervallen dargestellt. Die kumulierten Daten sind zwar ebenfalls durch standortspezifische Kodierinterpretationen beeinflusst, der Effekt ist jedoch deutlich schwächer ausgeprägt, sodass eine Aussage zur Behandlungsqualität für die gepoolten Daten vertretbar erscheint. Dies gilt insbesondere für die zeitliche Entwicklung der Indikatoren für die Jahre 2006 – 2008. Da die Kodiereffekte konstant bleiben, sind qualitätsbedingte Veränderungen der Indikatoren eher zu erkennen als in reinen Jahresdaten. Der stabile Verlauf der Indikatoren lässt den Schluss zu, dass es an den fünf Universitätskliniken eine stetig gute Qualität in der Krankenversorgung gibt.

Die starke Leistungsverdichtung der letzten Jahre ist ohne negative Wirkung auf die Patientenversorgung geblieben und ist Ausdruck des kontinuierlichen Bestrebens der Universitätsklinik zur Verbesserung der Abläufe und Prozesse.

Kennzahl / Indikator	2006	2007	2008	Aufgetreten 2008	Gesamt 2008	Konfidenz- Intervall 2008
Letalität ambulant						
erworbene Pneumonie	10,29%	8,60%	11,04%	151	1.368	9,46% - 12,78%
Postoperative Sepsis	0,79%	0,99%	0,89%	859	93.164	0,83% - 0,95%
Postoperative tiefe						
Venenthrombose	0,30%	0,33%	0,23%	179	79.073	0,20% - 0,27%
Postoperative Lungenembolie	0,20%	0,21%	0,19%	180	93.276	0,17% - 0,22%
Entbindung: Episiotomierate	23,21%	25,27%	23,31%	1.296	5.559	22,22% - 24,44%
Damriss 3./4. Grades	2,01%	2,13%	2,16%	120	5.559	1,80% - 2,97%
Letalität Schlaganfall	9,91%	9,08%	9,51%	598	5.865	8,78% - 10,28%
Letalität Schlaganfall behandelt auf Stroke Unit	neuer Indikator in 2008	neuer Indikator in 2008	4,78%	148	3.097	4,07% - 5,57%

Zur besseren Interpretation stellen wir die Qualitätsindikatoren mit Konfidenzintervallen dar. Je kleiner das Konfidenzintervall ist, desto höher ist die statistische Aussagekraft des Wertes.

Im Folgenden werden die dargestellten Qualitätsindikatoren entsprechend ihrer Reihenfolge kurz beschrieben:

Ausführliche Darstellung der Indikatoren und Ergebnisse

Letalität ambulant erworbene Pneumonie (Lungenentzündung)

Qualitätsziel

Möglichst geringe Sterblichkeit bei Patienten mit „ambulant erworbener Pneumonie“

Hintergrund

Dieser Indikator bildet den gleichnamigen Qualitätsindikator der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) aus dem Leistungsbereich „ambulant erworbene Pneumonie“ ab. Eine Dokumentationspflicht besteht für Patienten ab einem Alter von mindestens 18 vollendeten Lebensjahren mit der Behandlungshauptdiagnose „Pneumonie, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde“. Im Krankenhaus erworbene Pneumonien sowie Lungenentzündungen bei immunschwachen Patienten gehören nicht zum Leistungsbereich.

Datengrundlage

Der Qualitätsindikator der Universitätsklinik Baden-Württemberg bildet durch die zusätzliche Berücksichtigung von Jahresüberliegern und abrechnungsbedingt zusammengeführten Behandlungsaufenthalten entgegen den Daten der BQS das komplette Patientenkollektiv des Berichtsjahres 2008 ab.

Ergebnis

Der Indikator weist für die Universitätsklinik Baden-Württemberg eine geringere Sterblichkeit gegenüber dem Benchmarkwert der BQS für Gesamtdeutschland des Jahres 2008 mit 12,9 Prozent auf.

Postoperative Sepsis (Blutvergiftung)

Qualitätsziel

Möglichst geringe Rate an Patienten mit Sepsis (Blutvergiftung) nach geplantem operativem Eingriff

Hintergrund

Eine Sepsis geht zunächst von einer lokalen Infektion aus und kann bei nicht rechtzeitig gestellter Diagnose innerhalb von Stunden eine Entzündung in allen Organen des Körpers auslösen, bis hin zum Versagen einzelner oder aller Organe.

Als Kennzeichen der Ergebnisqualität gibt dieser Indikator einen Hinweis, wie häufig sich nach geplanten (elektiven) operativen Eingriffen vermutliche Infektionen im Operationsgebiet zu einer Sepsis entwickeln. Dieser kausale Zusammenhang lässt sich aber nicht immer nachvollziehen, insbesondere wenn sich schon vor der Operation eine Infektion im Körper ausbreitet. Des Weiteren hängt die Rate der postoperativen, infektionsbedingten Komplikationen davon ab, ob das Operationsgebiet grundsätzlich als septisch (mit Keimen kontaminiert, z. B. Verdauungstrakt) oder aseptisch (keimfrei) gilt.

Datengrundlage

Alle Patienten mit einem operativen OPS-Kode innerhalb von 36 Stunden nach Aufnahme, bei denen eine Sepsis-Form als Nebendiagnose dokumentiert wurde

Ergebnis

Die Daten zeigen eine geringe Rate an postoperativen Sepsis-Erkrankungen kumulativ über alle Operationsarten hinweg.

Postoperative Thromboembolie

Qualitätsziel

Möglichst niedrige Rate für das Auftreten von postoperativen Thromboembolien

Hintergrund

Die venöse Thromboembolie (Tiefe Venenthrombose und Lungenembolie) ist eine multifaktoriell bedingte Erkrankung. Sie stellt eine der Hauptursachen für die Morbidität und die Mortalität durch medizinische Behandlung dar. Durch das Auftreten einer Tiefen Venenthrombose (TVT) erhöht sich das Risiko für eine Lungenembolie und die Entwicklung einer chronisch-venösen Insuffizienz.

Das Risiko für das Auftreten einer Thromboembolie wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst, z. B. Alter, Vorerkrankungen, bestehende Venenthrombose, genetische Faktoren, längere Immobilität (z. B. nach einer Operation) etc. Entsprechende postoperative präventive Maßnahmen, z. B. frühe Mobilisation, Gabe von Heparin, Anlegen von Kompressionsstrümpfen etc. (s. Leitlinie der International Union of Angiology) können das Risiko für eine TVT und damit auch für eine Lungenembolie reduzieren.

Die unten dargestellte Rate gibt die Häufigkeit des Auftretens einer TVT bzw. einer Lungenembolie nach

einer Operation in den Universitätsklinika Baden-Württembergs im Jahr 2008 an.

Datengrundlage

Alle Patienten mit einem operativen Eingriff (OPS-Code 5.*) innerhalb 36 Stunden nach stationärer Aufnahme ohne Hauptdiagnose TVT bzw. Lungenembolie im Jahr 2008 an den Universitätsklinika Baden-Württemberg

Ergebnis

Die geringe Prozentzahl von 0,23 Prozent an aufgetretenen postoperativen TVT bzw. von 0,19 Prozent an aufgetretenen postoperativen Lungenembolien bei insgesamt 79.073 bzw. 93.276 berücksichtigten Fällen kann als ein Hinweis auf eine gute postoperative Prävention in Bezug auf das Auftreten einer Thromboembolie gewertet werden.

Episiotomierate (Scheidendammsschnitt) und Dammriss 3./4. Grades

Qualitätsziel / Hintergrund

Die Indikation zur Episiotomie sollte restriktiv gestellt werden und regelhaft nur bei operativ vaginalen Entbindungen zur Verhinderung schwerwiegender Dammverletzungen stattfinden.

Ein Vergleich der Episiotomieraten und Dammrisse 3./4. Grades aus Abrechnungsdaten mit den Raten der BQS Erhebung „Geburtshilfe“ ist nicht zulässig (differierende Einschlusskriterien).

Datengrundlage

Grundgesamtheit: Fälle mit Nebendiagnose Z37.* (Resultat der Entbindung) ohne OPS-Kode 5-74* (Sectio)

Episiotomierate: Fälle mit Prozedurenkode 5-738* (Episiotomie und Naht) / Grundgesamtheit [%]

Dammriss 3./4. Grades: Fälle mit Nebendiagnose O70.2 (Dammriss 3. Grades unter der Geburt) oder O70.3 (Dammriss 4. Grades unter der Geburt) / Grundgesamtheit [%]

Ergebnis

Trotz des hohen Anteils von Risikogeburten an den Baden-Württembergischen Universitätsklinika liegt die Episiotomierate nur bei 23,31 Prozent. Die mit 2,16 Prozent niedrige Rate an Dammrissen 3. und 4. Grades zeigt, dass die Indikationsstellung zur Episiotomie korrekt gestellt wird.



Das Universitätsklinikum beteiligt sich an weiteren Verfahren zur externen vergleichenden Qualitätssicherung in verschiedenen medizinischen Bereichen

Letalität Schlaganfall

Qualitätsziel

Möglichst geringe Sterblichkeit bei Patienten mit Schlaganfall

Hintergrund

Ein Schlaganfall ist ein plötzlich auftretendes neurologisches Defizit durch eine Störung der Blutversorgung des Gehirns, entweder durch einen Gefäßverschluss mit folgendem Infarkt oder eine Blutung. Für Gefäßverschlüsse stehen wirksame Medikamente zur Verfügung, die unter bestimmten Umständen Blutgerinnsel auflösen können, wenn sie rechtzeitig gegeben werden. Hirnblutungen müssen in bestimmten Fällen durch eine Operation behandelt werden, um weitergehende Schäden am Gehirn durch den gesteigerten Druck im Schädel zu vermeiden. Mit diesen Verfahren kann ein bedeutsamer Anteil der Patienten heutzutage vor Tod oder schwerer Behinderung bewahrt werden, vorausgesetzt, die Diagnose wird rechtzeitig gestellt und die Verfahren werden in

genau den Fällen eingesetzt, wo sie als hilfreich erkannt werden. Deshalb ist die gute Versorgung von Schlaganfallpatienten vom Zusammenwirken mehrerer organisatorischer Faktoren abhängig, die den Tod verhindern können. Eine niedrige Todesrate ist eine Kennzahl für den Erfolg.

Einschränkend gilt, dass die Todeswahrscheinlichkeit sehr von der Schwere des Schlaganfalls und von den Begleiterkrankungen des Patienten sowie vom Alter abhängt, wodurch die Vergleichbarkeit zwischen unterschiedlichen Regionen, je nach Zuweisungsverhalten, und Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen zu falschen Schlüssen führt. Zum Beispiel wird die risikoreiche Öffnung des Schädels zur Druckentlastung nur in größeren neurochirurgischen Zentren durchgeführt, sodass hier eine höhere Sterblichkeit als in „kleinen“ Krankenhäusern normal ist.

Datengrundlage (Letalität Schlaganfall)

Falldefinitionen der Qualitätssicherung Schlaganfall der Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus (Stuttgart), Verfahrensjahr 2008

Datengrundlage

(Letalität Schlaganfall auf Stroke Unit)

Falldefinitionen der Qualitätssicherung Schlaganfall der Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus (Stuttgart), Verfahrensjahr 2008 und Kodierung des OPS 8-981.- (neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls)

Ergebnis Letalität Schlaganfall

Die Sterblichkeit beim Schlaganfall liegt mit 9,51 Prozent deutlich niedriger als der von der GeQiK (Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus) verwendete Toleranzbereich von 15 Prozent

Ergebnis Letalität Schlaganfall (Versorgung auf Stroke Unit)

Trotz eines höheren Anteils an schwerkranken Patienten ist die Sterblichkeit bei Patienten, die auf einer Stroke Unit versorgt werden, mit 4,78 Prozent noch einmal niedriger. Dies legt nahe, dass die qualitativ hochwertige Versorgung in den Stroke Units die Letalität senkt.

Freiwillige Verfahren der Qualitätssicherung

Das Universitätsklinikum Ulm nahm im Berichtsjahr 2008 exemplarisch noch an den folgenden freiwilligen und anderen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung teil:

- TraumaRegister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
- Benchmarking Brustzentrum des WBC
- Ringversuche zur Qualitätssicherung der vorgehaltenen diagnostischen Labore durch die Gesellschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in Medizinischen Laboratorien
- Bauchortenaneurysma und Varizen der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie
- Operative Behandlung des Bronchialkarzinoms der Landesärztekammer Baden-Württemberg

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

Leistungsbereich	Mindest- menge	Erbracht	Ausnahme- regelung	Kommentar
Stammzelltransplantation	25	139		
Komplexe Eingriff am Organsystem Pankreas	10	39		
Kniegelenk Totalendoprothese	50	57		
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10	12		
Nierentransplantation	25	22	Personelle Neuausrichtung	*

* Wegen der kurzfristigen Entscheidung des Haupttransplantateurs, sich beruflich neu zu orientieren, musste die Abteilung personell neu ausgerichtet werden.

Für den Leistungsbereich "Nierentransplantation" wurde im Berichtsjahr 2008 die Mindestmenge unterschritten. Eine Ausnahmeregelung für das Jahr 2009 wurde beim Sozialministerium Baden-Württemberg beantragt. Ein entsprechender Bescheid liegt zum

Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts noch nicht vor. Die bisher bereits vorhandenen ergänzenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung wie interdisziplinäre Fall-, Verlaufs- und Pathologiekonferenzen, werden natürlich weiter fortgeführt.

C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“)

- Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Positronenemissionstomographie (PET) in Krankenhäusern bei den Indikationen nichtkleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) und solide Lungenrundherde (CQ03)
- Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1 (CQ05)
- Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma (CQ01)
- Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten (CQ02)