

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

Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für das Krankenhaus

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate (%) |
|---|----------|------------------------|
| Herzschrittmacher-Implantation | 165 | 97,58 |
| Herzschrittmacher-Aggregatwechsel | 45 | 100,00 |
| Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation | 70 | 88,57 |
| Karotis-Rekonstruktion | 132 | 97,73 |
| Cholezystektomie | 135 | 98,52 |
| Gynäkologische Operationen | 721 | 99,72 |
| Geburtshilfe | 2356 | 99,75 |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur | 168 | 98,81 |
| Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation | 42 | 100,00 |
| Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel | 28 | 96,43 |
| Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation | 45 | 100,00 |
| Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel | 25 | 92,00 |
| Mammachirurgie | 540 | 98,52 |
| Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) | 1326 | 94,34 |
| Ambulant erworbene Pneumonie ¹ | 405 | 97,78 |
| Dekubitusprophylaxe ² | 1700 | 99,59 |
| Herzchirurgie ³ | | 99,58 |
| Nierentransplantation | 18 | 100,00 |
| Nierenlebendspende | ≤ 5 | 100,00 |

Die Gesamtdokumentationsrate beträgt für das Berichtsjahr 2009 98,44 Prozent.

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 Prozent zu erzielen.

² Durch die Integration der QS-Software für das Modul Dekubitusprophylaxe konnte die Dokumentationsquantität im 1. Quartal 2009 (verpflichtender Dokumentationszeitraum) weiter deutlich gesteigert werden.

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-Benchmark der Universitätsklinik Baden-Württemberg und der Arbeitsgemeinschaft kommunaler Großkrankenhäuser

| Leistungsbereich und Qualitätsindikator | Kennzahlbezeichnung | Ergebnis Ulm 2009 ¹ | Vertrauens- Bereich aller Benchmark- Kliniken 2009 ² | Ergebnis Ulm 2008 ¹ | Bundesrate 2008 ³ | Referenz-Bereich (bundesweit) 2008 ³ | Kennzahl ID entsprechend BQS |
|--|---|--------------------------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------|---|---------------------------------|
| Herzschrittmachereinsatz: Entscheidung für die Herzschrittmacher-Behandlung | Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen | 96,80 % | 96,01 – 97,28 % | 93,33 % | 95,45 % | ≥ 90,00 % | 9962 |
| Herzschrittmachereinsatz: Auswahl des Herzschrittmachersystems | Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen | 96,00 % | 95,22 – 96,62 % | 97,78 % | 95,35 % | ≥ 90,00 % | 75973 |
| Herzschrittmachereinsatz: Komplikation während oder nach der Operation | Perioperative Komplikationen: chirurgische Komplikationen | 0,00 % | 0,48 – 1,07 % | 0,71 % | 0,95 % | ≤ 2,00 % | 11255 |
| Herzschrittmachereinsatz: Komplikation während oder nach der Operation | Perioperative Komplikationen: Sondendislokation im Vorhof | 0,00 % | 0,52 – 1,26 % | 0,00 % | 1,50 % | ≤ 3,00 % | 11264 |
| Herzschrittmachereinsatz: Komplikation während oder nach der Operation | Perioperative Komplikationen: Sondendislokation im Ventrikel | 0,76 % | 0,33 – 0,85 % | 0,00 % | 1,10 % | ≤ 3,00 % | 11265 |
| Halsschlagaderoperation: Entscheidung zur Operation einer Verengung der Halsschlagader ohne erkennbare Krankheitszeichen | Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose | 93,85 % | 90,13 – 93,50 % | 89,06 % | 92,35 % | ≥ 85,00 % | 9556 |
| Halsschlagaderoperation: Schlaganfälle oder Tod infolge einer Operation zur Erweiterung der Halsschlagader | Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score I: Risikoadjustierte Rate nach logistischem Karotis-Score I | 3,20 % | 2,57 – 6,71 % | 1,87 % | 2,67 % | ≤ 7,50 % | 68413, 68415 |
| Gallenblasenentfernung: Feingewebliche Untersuchung der entfernten Gallenblase | Erhebung eines histologischen Befundes | 100,00 % | 98,82 – 99,33 % | 100,00 % | 99,15 % | ≥ 95,00 % | 44800 |
| Gallenblasenentfernung: Wiedereingriffsrate | Reinterventionsrate | 2,82 % | 0,81 – 1,60 % | 0,00 % | 1,05 % | ≤ 1,50 % | 44927 |
| Frauenheilkunde: Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Gebärmutterentfernung | Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie | 97,04 % | 97,31 – 98,09 % | 94,56 % | 94,40 % | ≥ 90,00 % | 47637 |
| Frauenheilkunde: Vorbeugende Medikamentengabe zur Vermeidung von Blutgerinnseln bei Gebärmutterentfernungen | Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie | 99,70 % | 99,43 – 99,77 % | 96,63 % | 99,25 % | ≥ 95,00 % | 50554 |





| Leistungsbereich und Qualitätsindikator | Kennzahlbezeichnung | Ergebnis Ulm 2009 ¹ | Vertrauens- Bereich aller Benchmark- Kliniken 2009 ² | Ergebnis Ulm 2008 ¹ | Bundesrate 2008 ³ | Referenz-Bereich (bundesweit) 2008 ³ | Kennzahl ID entsprechend BQS |
|--|--|--------------------------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------|---|---------------------------------|
| Geburtshilfe: Selten Zeitspanne >20 min zwischen dem Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und der Entbindung des Kindes | E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt | 0,00 % | 0,11 – 1,63 % | 0,00 % | Sentinel Event | 0,00 % | 82913 |
| Geburtshilfe: Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten | Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen | 95,59 % | 95,50 – 97,09 % | 95,40 % | 94,20 % | ≥90,00 % | 737 |
| Geburtshilfe: Vorgeburtliche Gabe von Medikamenten zur Unterstützung der Lungenentwicklung bei Frühgeborenen | Antenatale Kortikosteroidtherapie: 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 | 96,72 % | 95,17 – 97,76 % | 98,39 % | 92,90 % | ≥95,00 % | 49523 |
| Hüftgelenkersatz: Ausrenkung des künstlichen Hüftgelenks nach der Operation | Endoprothesenluxation | 0,00 % | 0,16 – 0,60 % | 2,27 % | 0,45 % | ≤5,00 % | 45013 |
| Hüftgelenkersatz: Entzündung des Operationsbereichs nach der Operation | Postoperative Wundinfektion | 0,00 % | 0,46 – 1,10 % | 0,00 % | 0,65 % | ≤3,00 % | 45108 |
| Hüftgelenkersatz: Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en) | Reintervention wegen Komplikation | 5,41 % | 1,21 – 2,16 % | 6,82 % | 1,85 % | ≤9,00 % | 45059 |
| Kniegelenkersatz: Entzündung des Operationsbereichs nach der Operation | Postoperative Wundinfektion | 0,00 % | 0,25 – 0,77 % | 0,00 % | 0,45 % | ≤2,00 % | 47390 |
| Kniegelenkersatz: Reinterventionen wegen Komplikation | Reintervention wegen Komplikation | 2,70 % | 0,81 – 1,64 % | 8,51 % | 1,40 % | ≤6,00 % | 45059 |
| Brusttumoren: Röntgenuntersuchung des entfernten Gewebes während der Operation | Intraoperatives Präparatröntgen | 100,00 % | 98,03 – 99,43 % | 97,78 % | 94,15 % | ≥95,00 % | 80694 |
| Brusttumoren: Bestimmung der Hormonempfindlichkeit der Krebszellen | Hormonrezeptoranalyse | 97,35 % | 98,63 – 99,28 % | 99,36 % | 98,95 % | ≥95,00 % | 46201 |

| Leistungsbereich und Qualitätsindikator | Kennzahlbezeichnung | Ergebnis Ulm 2009 ¹ | Vertrauens- Bereich aller Benchmark- Kliniken 2009 ² | Ergebnis Ulm 2008 ¹ | Bundesrate 2008 ³ | Referenz-Bereich (bundesweit) 2008 ³ | Kennzahl ID entsprechend BQS |
|--|---|--------------------------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------|---|---------------------------------|
| Brusttumoren: Sicherheitsabstand zum gesunden Gewebe bei brusterhaltender Therapie | Angabe Sicherheitsabstand bei brusterhaltender Therapie | 98,22 % | 97,57 – 98,65 % | 98,02 % | 96,15 % | ≥95,00 % | 68098 |
| Brusttumoren: Sicherheitsabstand zum gesunden Gewebe bei Brustentfernung | Angabe Sicherheitsabstand bei Mastektomie | 95,24 % | 96,62 – 98,28 % | 98,11 % | 93,25 % | ≥95,00 % | 68100 |
| Herzkatheteruntersuchung und -behandlung: Entscheidung für die Herzkatheter-Untersuchung | Indikation zur Koronarangiographie - Ischämiezeichen | 87,76 % | 90,53 – 91,29 % | 81,45 % | 92,50 % | ≥80,00 % | 43757 |
| Herzkatheteruntersuchung und -behandlung: Entscheidung für die Herzkatheter-Untersuchung | Indikation zur PCI | 1,76 % | 4,91 – 5,84 % | 10,76 % | 4,40 % | ≤10,00 % | 69889 |
| Herzkatheteruntersuchung und -behandlung: Wiederherstellung der Durchblutung der Herzkranzgefäße | Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI: alle PCI mit Indikation akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24h | 95,00 % | 93,24 – 95,03 % | 94,35 % | 94,00 % | ≥85,00 % | 69891 |
| Operation an den Herzkranzgefäßen: Sterblichkeitsrate während des stationären Aufenthaltes | Risikoadjustierte In-Hospital-Letalität nach logistischen KCH-Score | 4,98 % | 2,16 – 3,34 % | n.a. ⁴ | 3,00 % | ≤5,20 % | 83470, 83471 |
| Operation an den Herzkranzgefäßen: Verwendung der linksseitigen Brustschlagader | Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna | 90,20 % | 93,85 – 95,68 % | 90,03 % | 92,55 % | ≥85,00 % | 28243 |
| Ambulant erworbene Pneumonie: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie immer innerhalb 8 Stunden nach Aufnahme des Patienten | Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie | 97,72 % | 92,98 – 94,02 % | 99,07 % | 89,80 % | ≥95,00 % | 68123 |

¹ Für die Berechnung der Ergebnisse 2009 und des Vergleichsjahres 2008 wurde die Software QS-Monitor/QS-Konzern der Firma Saatmann eingesetzt. Die Ergebnisse 2009 stellen NICHT die offiziellen Auswertungen/Ergebnisse der Geqik/AQUA-Institut für das Berichtsjahr 2009 dar. Diese Daten können erst zum Ende des Jahres 2010 veröffentlicht werden.

² Darstellung des Vertrauensbereichs aller teilnehmenden Benchmark-Kliniken aus dem Berichtsjahr externe Qualitätssicherung 2009.

³ Die Bundesrate und der bundesweite Referenzbereich 2009 wurden leider zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht offiziell bekannt gegeben.

⁴ Eine Vergleichszahl wird hier nicht ausgewiesen, da auf Grund der jährlichen Risikoadjustierung immer auch der entsprechende Referenzbereich anzugeben ist und nicht mit dem Referenzbereich des Folgejahres verglichen werden kann.



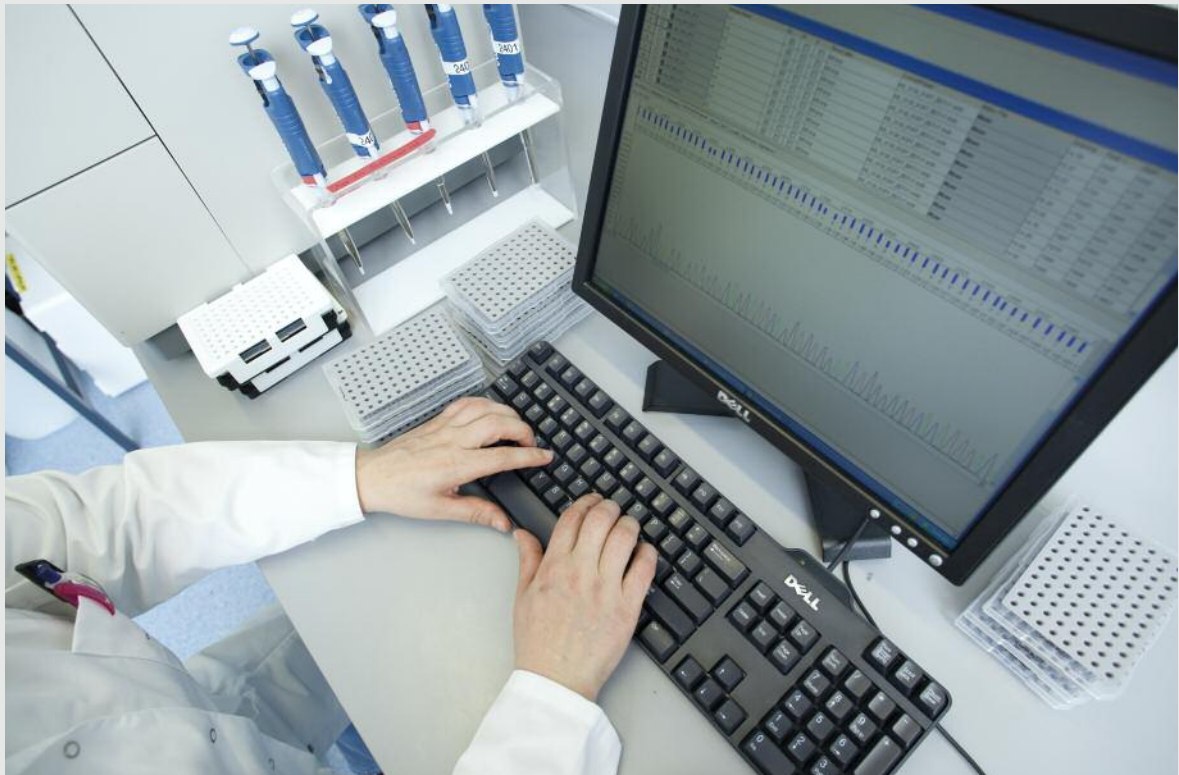
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß §112 SGB V

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 < 1500 Gramm am Perinatalzentrum des Universitätsklinikums Ulm finden Sie auf der Internetseite der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin:

www.uniklinik-ulm.de/kinderklinik (Link zu "Sektion Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin")



Qualitätssicherung erfordert hohe Präzision und genaue Dokumentation

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 Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 Behandlungsumfang: Stationäre und ambulante Behandlung

Diabetes mellitus Typ 2 (DIA2)

Vertragspartner: Alle Krankenkassen (außer LKK)
 Ansprechpartner: Klinik für Innere Medizin I
 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

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



Die Notfallversorgung von Herzpatienten muss höchsten Qualitätsansprüchen genügen

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 Universitätskliniken Baden-Württemberg veröffentlicht. 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 Prozeduren. Häufig bestehen standortspezifische Vorgaben zur Kodierung von Nebendiagnosen, um die Definitionslücken der Kodierregeln zu schließen. Ein Schwerpunkt in den Jahren 2008 und 2009 lag in der Vereinheitlichung der Kodierung von Diagnosen und Prozeduren. So haben die Universitätskliniken unter anderem die internen Kodiervorgaben zur Kodierung von tiefen Venenthrombosen und Lungenarterienembolien abgeglichen und einheitliche Empfehlungen hierzu erarbeitet. Des Weiteren beschloss die Arbeitsgruppe Ende 2009 auf Grund der bisher erzielten Ergebnisse, die bisher veröffentlichten Indikatoren noch einmal zu überarbeiten und wo möglich noch genauer zu spezifizieren. Ziel war es hierbei, die Messung der tatsächlichen Kausalität der verwendeten Indikatoren für postoperative Ereignisse weiter zu erhöhen.

Nachfolgend sind die Ergebnisse der überarbeiteten Qualitätsindikatoren des Universitätsklinikums Ulm im Vergleich zu einem Benchmark mit weiteren 19 Universitätskliniken aufgeführt. Ein direkter Vergleich mit den im Qualitätsbericht 2008 veröffentlichten Vorjahresergebnissen ist somit leider nicht mehr möglich. Zur besseren Interpretation sind die Indikatoren des Jahres 2009 mit Konfidenzintervallen dargestellt.

Die ermittelten Benchmarkergebnisse sind im Jahr 2009 nun wieder stärker durch standortspezifische Kodierinterpretationen vor allem der Universitätsklinik außerhalb von Baden-Württemberg beeinflusst. Bisher konnte noch kein gemeinsamer Termin erzielt werden, um auch hier in einem Peer-Review-Verfahren die Kodierqualität und die Interpretation einzelner Kodierrichtlinien zu evaluieren.

Wir möchten auf Grund bundesweiter Aktivitäten zur Generierung von Qualitätsindikatoren aus Abrechnungsdaten noch einmal darauf hinweisen, dass diese Indikatoren sehr stark von der Kodierqualität und der Auslegung der nicht immer eindeutigen Deutschen Kodierrichtlinien, aber auch von der korrekten Erfassung der Patientenstamm- und Bewegungsdaten abhängig sind. Des Weiteren ist es bei einigen Indikatoren zwingend notwendig, eine gewisse Risikoadjustierung durchzuführen. So haben wir z. B. bei der Weiterentwicklung des Qualitätsindikators „Postoperative Sepsis“ alle an ein Haus der Maximalversorgung zuverlegten Fälle ausgeschlossen. Diese Fälle werden häufig auf Grund einer akuten medizinischen Notsituation an unsere Kliniken verlegt. So kann bei diesen Fällen bereits bei Aufnahme eine Sepsis vorliegen, die nicht ursächlich mit einer im Verlauf durchgeführten Operation in Verbindung gebracht werden kann. Im Gegensatz zu den kodierten Prozeduren ist nämlich keine zeitgenaue Erfassung der kodierten Diagnosen vorgesehen bzw. oft gar nicht möglich.

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

| Kennzahl / Indikator | Universitäts- klinikum Ulm 2009 | Benchmark (20 Universitäts- klinika) 2009 | Konfidenz- Intervall Benchmark 2009 |
|---|---------------------------------------|---|---|
| Letalität ambulant erworbene Pneumonie nach BQS-Definition | 15,65% | 11,77% | 10,94% - 12,63% |
| Sepsis bei elektiver Operation | 0,12% | 0,31% | 0,29% - 0,33% |
| Tiefe Venenthrombose bei operierten Patienten | 0,17% | 0,19% | 0,17% - 0,20% |
| Lungenembolie bei operierten Patienten | 0,13% | 0,16% | 0,17% - 0,20% |
| Entbindung mit Episiotomie | 15,18% | 20,45% | 19,91% - 21,00% |
| Entbindung spontan mit Dammriss 3./4. Grades | 1,55% | 0,87% | 0,74% - 1,01% |

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

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 Jahresüberliegern¹ und abrechnungsbedingt zusammengeführten Behandlungsaufenthalten entgegen den Daten der BQS das komplette Patientenkollektiv des Berichtsjahres 2009 ab.

Ergebnis

Der Indikator weist für das Universitätsklinikum Ulm eine höhere Letalitätsrate als in den Benchmark-Universitätskliniken auf. Erste Untersuchungen zur Ursache haben ergeben, dass mehrfach Fälle von Patienten, die mit bereits bestehender Pneumonie aus anderen Krankenhäusern ans Universitätsklinikum Ulm verlegt wurden, fälschlicherweise nicht als „im Krankenhaus erworbene Pneumonie“ kodiert wurden. Dies würde eine falsch hohe Sterblichkeitsrate zumindest teilweise erklären.

Zusätzlich wurde als Sicherheitsmaßnahme beschlossen, die Antibiotika-Ersttherapie bei der ambulant erworbenen Pneumonie um ein Antibiotikum zu erweitern und so eine breitere Erreger-Abdeckung zu erreichen, auch wenn die Resistenzstatistik bisher keinen Hinweis auf eine veränderte Resistenzlage erkennen lässt. Weiterhin wird klinikintern überprüft, ob weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung identifiziert und umgesetzt werden können.

Sepsis (Blutvergiftung) bei elektiver (geplanter) Operation

Qualitätsziel

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

¹ Patienten, die im Berichtsjahr stationär aufgenommen, aber erst im folgenden Berichtsjahr entlassen wurden. Diese werden bei der Fallzahlermittlung für den Qualitätsbericht nur bei einer Entlassung bis zum 31.01. im Folgejahr mitgezählt.

Hintergrund

Eine Sepsis geht zunächst von einer lokalen Infektion aus und kann bei nicht rechtzeitig erkannter 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 am 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, infektiös bedingten 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 und die nicht direkt von einem anderen Klinikum für eine Behandlung bzw. Operation zuverlegt wurden.

Ergebnis

Der Indikator weist auf eine signifikant geringere Rate an postoperativen Sepsis-Erkrankungen im Vergleich zu den anderen Universitätskliniken, kumulativ über alle am Universitätsklinikum Ulm durchgeführten Operationsarten hinweg, hin.

Tiefe Venenthrombose und Lungenembolie bei operierten Patienten**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 chronischen venösen Insuffizienz.

Das Risiko für das Auftreten einer Thromboembolie wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst, z. B. Alter, Vorerkrankungen, bestehende Venenthrom-



Präzision und ein permanentes Überprüfen von Prozessen und Ergebnissen prägen die Qualitätssicherung

biose, 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. (siehe Leitlinie der International Union of Angiology) können das Risiko für eine TVT und damit auch für eine Lungenembolie reduzieren.

Datengrundlage

Alle Patienten mit einem operativen Eingriff (OPS-Code 5.*) innerhalb 36 Stunden nach stationärer Aufnahme ohne Hauptdiagnose TVT bzw. Lungenembolie, ohne Nebendiagnose einer Dauertherapie mit Blutverdünnungsmitteln und die nicht direkt von einem anderen Klinikum zu Behandlung bzw. Operation zu verlegt wurden.

Ergebnis

Die geringe Prozentzahl von 0,17 Prozent an aufgetretenen Tiefen Venenthrombosen bzw. von 0,13 Prozent an aufgetretenen postoperativen Lungenembolien am Universitätsklinikum Ulm kann als ein Hinweis auf eine gute postoperative Prävention in Bezug auf das Auftreten einer Thromboembolie gewertet werden.

Entbindung mit Episiotomie (Scheidendammsschnitt) und Entbindung spontan mit 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 des Dammrisses 3./4. Grades aus Abrechnungsdaten mit den Raten der BQS-Erhebung „Geburtshilfe“ ist auf Grund unterschiedlicher Einschlusskriterien nicht möglich.

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 [Prozent]
 Entbindung spontan mit 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 [Prozent] – Ausschluss der Fälle mit Prozedurenkode 5-72* (Entbindung aus Beckenendlage und instrumentelle Entbindung)

Ergebnis

Trotz des hohen Anteils von Risikogeburten zeigt die niedrige Rate an Dammrissen 3. und 4. Grades bei Spontangeburt, dass die Indikationsstellung zur Episiotomie korrekt gestellt wird.

Bei der Interpretation dieses Indikators ist es wichtig zu wissen, dass vor allem in Ballungsgebieten viele Universitätskliniken geringere Geburtenzahlen und somit auch Risikogeburten aufweisen als z. B. in Ulm. Diese Universitätskliniken kooperieren vor allem im Bereich der Versorgung von Frühgeborenen mit anderen Geburtskliniken. Der Benchmarkwert beinhaltet somit nicht das gleiche medizinische Leistungsspektrum wie z. B. in starken Geburtskliniken wie dem Universitätsklinikum Ulm. Das Benchmarkergebnis der Universitätskliniken ist somit im Vergleich zum Bundesdurchschnitt von 1,4 Prozent aus dem Jahr 2008 als viel zu gering zu betrachten.

Freiwillige Verfahren der Qualitätssicherung

Das Universitätsklinikum Ulm nahm im Berichtsjahr 2009 exemplarisch noch an den folgenden freiwilligen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung teil:

- TraumaRegister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
- Brustzentren: Benchmarking Brustzentrum des WBC
- Ringversuche zur Qualitätssicherung der vorgehaltenen diagnostischen Labore durch die Gesellschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in Medizinischen Laboratorien
- Bauchaortenaneurysma 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 | Mindestmenge | Erbracht | Ausnahmeregelung | Kommentar |
|---|--------------|----------|---------------------------|--|
| Nierentransplantation | 25 | 17 | Personelle Neuausrichtung | Aufgrund der personellen Neuausrichtung und der insgesamt niedrigen Zahl an Spenderorganen konnte die Fallzahl im Jahr 2009 nicht erreicht werden. |
| Stammzelltransplantation | 25 | 159 | | |
| Komplexe Eingriff am Organsystem Pankreas | 10 | 44 | | |
| Knie-TEP | 50 | 48 | | |
| Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus | 10 | 17 | | |

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 nicht-kleinzelliges 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)