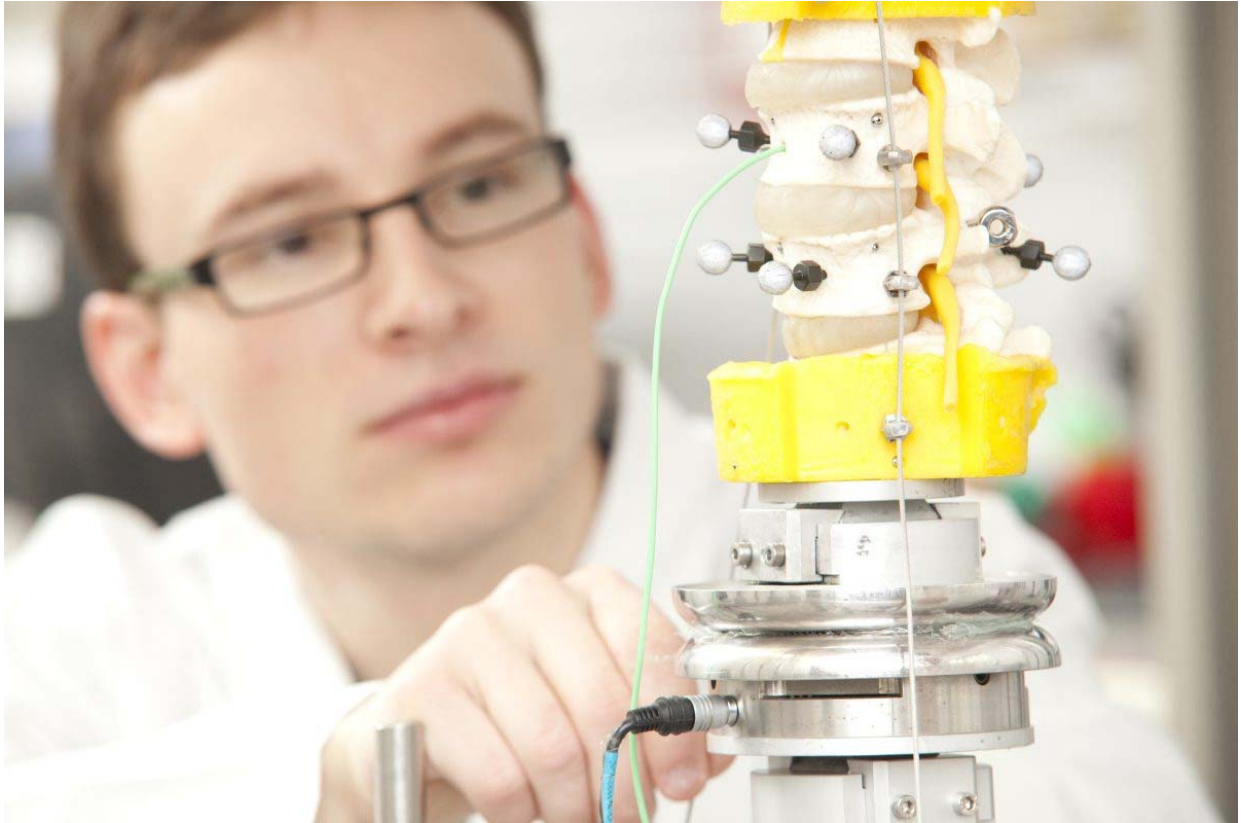


C Qualitätssicherung



C Qualitätssicherung

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

Das Universitätsklinikum Ulm misst entsprechend des gesetzlichen Auftrages (und darüber hinaus) die Qualität der Patientenversorgung. Entsprechend dieser Verpflichtung beteiligt sich unser Haus an einrichtungsübergreifenden Qualitätsvergleichen. Diese Maßnahmen haben insbesondere zum Ziel, die Ergebnisqualität zu verbessern. In den folgenden Abschnitten stellen wir Ihnen die Ergebnisse aus der externen Qualitätssicherung vor. Umfassende Informationen zum gesetzlichen Hintergrund der externen Qualitätssicherung finden Sie im Internet: <http://www.sqg.de>

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

Krankenhäuser müssen mindestens 80 Prozent aller Fälle dokumentieren, die für einen Qualitätsindikator relevant sind. Das Universitätsklinikum Ulm erfüllt diese Forderung in allen Leistungsbereichen. Auch die ab dem Jahre 2012 gültige Minstdokumentationsquote von 95% wird derzeit schon erfüllt.

Leistungsbereich	Fallzahl*	Dokumentationsrate
09/1 Herzschrittmacher-Erstimplantation	184	97,83
09/2 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	45	100
09/3 Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation	62	98,39
09/4 Implantierbare Defibrillatoren- Implantation	128	98,44
09/5 Implantierbare Defibrillatoren- Aggregatwechsel	41	97,56
09/6 Implantierbare Defibrillatoren- Revision/-Systemwechsel/-xplantation	41	95,12
10/2 Karotis-Rekonstruktion	128	100
12/1 Cholezystektomie	154	100
15/1 Gynäkologische Operationen	648	100
16/1 Geburtshilfe	2.530	99,8
17/1 Hüftgelenknahe Femurfraktur	195	100

17/2	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	57	100
17/3	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	35	100
17/5	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	33	100
17/7	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	17	100
18/1	Mammachirurgie	490	99,39
21/3	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	2.353	100
	DEK – Dekubitusprophylaxe	1.758	100
	NEO – Neonatologie	540	100
	PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie	349	99,14
	HCH – Herzchirurgie**	–	98,85
	NLS – Nierenlebendspende	–	100
	PNTX – Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation	12	100

* Bei Fallzahlen <=5 wird im Qualitätsbericht die Fallzahl nicht angegeben.

** Für den Leistungsbereich Herzchirurgie (HCH) wird im Qualitätsbericht keine Fallzahl angegeben.)

C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL

Die folgende Tabelle gibt Ihnen einen umfassenden Überblick über die Qualitätsergebnisse des Universitätsklinikums Ulm. Aufgrund der Bewertungen des strukturierten Dialogs ist ersichtlich, dass unser Haus in fast allen Qualitätsindikatoren ein gutes Ergebnis erzielt. Die Methodik zur Interpretation der Ergebnisse ist vergleichsweise komplex und kann an dieser Stelle aus Platzgründen nicht dargestellt werden. Interessierte Leser finden vertiefende Informationen zu den inhaltlichen und methodischen Hintergründen der externen Qualitätssicherung im Internet: <http://www.sqg.de>.

C Qualitätssicherung

Leistungs- bereich	Beschreibung Qualitätsindikator/ Qualitätskennzahl	Bewertung Strukturierter Dialog ***	Vertrauensbereich Untere Grenze	Vertrauensbereich Obere Grenze	Ergebnis	Zähler *	Nenner **	Referenz- Bereich	Kommen- tar Beauftragte Stelle	Kommen- tar Krankenhaus
10/2 Karotis Rekon- struktion	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose (Kennzahl 603)	8	78	96	89,3	50	56	>= 85% (Zielbereich)		
10/2 Karotis Rekon- struktion	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose (Kennzahl 604)	8	86,5	100	97,5	39	40	>= 90% (Zielbereich)		
10/2 Karotis Rekon- struktion	Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis- Score I	8			0,8		113	<= 2,7 (95.- Perzentil, Toleranz- bereich)		
10/2 Karotis Rekon- struktion	Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert (risikoadjustierte Rate)	8			2,2		113	<= 6% (95.- Perzentil, Toleranz- bereich)		
12/1 Cholezystektomie	Eingriffsspezifische Komplikationen (Okklusion oder Durchtrennung des DHC)	8	0	2,4	0	0	152	Sentinel Event		
12/1 Cholezystektomie	Reinterventionsrate in Abhängigkeit vom OP- Verfahren	8	0	4,9	0	0	74	<= 1,5% (Zielbereich)		
12/1 Cholezystektomie	Letalität (Risikoklassen ASA 1 bis 3)	1	0	3,9	0,7	-	-	Sentinel Event		
15/1 Gynäkologische Operationen	Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie	8	94,2	98,4	96,8	327	338	>= 90% (Zielbereich)		
15/1 4 Gynäkologische Operationen	Organverletzungen bei Hysterektomie (Kennzahl 553)	8	0,6	3,9	1,8	6	338	<= 4% (Toleranz- bereich, 95.- Perzentil)		
15/1 Gynäkologische Operationen	Organverletzungen bei Hysterektomie (ohne CA, Endometr. oder VorOP) (Kennzahl 557)	8	0,1	4,7	1,3	-	-	<= 3,7% (Toleranz- bereich, 95.- Perzentil)		
15/1 Gynäkologische Operationen	Organerhaltung bei Ovareingriffen	8	87,7	98,3	94,6	87	92	>= 74% (Toleranz- bereich, 5.- Perzentil)		
15/1 Gynäkologische Operationen	Indikation bei Konisation (fehlende Malignität)	8	0	46	0	0	6	<= 13,8% (Toleranz- bereich, 95.- Perzentil)		
15/1 Gynäkologische Operationen	Indikation bei Konisation (fehlende Histol.)	8	0	46	0	0	6	<= 5% (Zielbereich)		
15/1 Gynäkologische Operationen	Indikation bei Hysterektomie	8	0,6	4,5	1,9	-	-	<= 2,5% (Toleranz- bereich)		

C Qualitätssicherung

Leistungsbereich	Beschreibung Qualitätsindikator/ Qualitätskennzahl	Bewertung Strukturierter Dialog ***	Vertrauensbereich Untere Grenze	Vertrauensbereich Obere Grenze	Ergebnis	Zähler *	Nenner **	Referenzbereich	Kommentar Beauftragte Stelle	Kommentar Krankenhaus
15/1 Gynäkologische Operationen	Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen (ohne CA, Endometr. oder VorOP)	8	0	3,6	0	0	101	<= 1,3% (Toleranzbereich, 95.-Perzentil)		
15/1 Gynäkologische Operationen	Indikation bei Ovareingriffen (Normalbefund oder Follikelzyste)	13	14,1	45,3	27,8	10	36	<= 20% (Toleranzbereich)	Die Einstufung resultiert aus der Tatsache, dass bei der Analyse der rechnerischen Abweichung ein Versäumnis hinsichtlich der korrekten Dokumentation / Datenlieferung als Ursache der Auffälligkeit eingeräumt wurde. Grundsätzlich bestehen keine Hinweise auf eine nicht angemessene Qualität in der Patientenversorgung.	
15/1 Gynäkologische Operationen	Indikation bei Ovareingriffen (fehlende Histol.)	8	0,9	8,5	3,4	-	-	<= 5% (Zielbereich)		
16/1 Geburtshilfe	Anwesenheit eines Pädiaters (vor Geb. eingetroff.)	8	94,2	98,9	97,2	239	246	>= 90% (Zielbereich)		
16/1 Geburtshilfe	Bestimmung Nabelarterien-pH-Wert	8	97,7	98,8	98,3	237 8	241 9	>= 95% (Zielbereich)		
16/1 Geburtshilfe	Azidose bei reifen Einlingen (pH < 7,0)	8	0,1	0,6	0,2	-	-	<= 0,3% (Toleranzbereich)		
16/1 Geburtshilfe	Dammriss Grad III / IV (Kennzahl 322)	8	1,3	2,7	1,9	31	163 1	<= 3% (Toleranzbereich)		
16/1 Geburtshilfe	Dammriss Grad III / IV (Kennzahl 323)	9	1,1	2,5	1,7	24	140 6	nicht definiert	Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	
16/1 Geburtshilfe	Antenatale Kortikosteroidtherapie (Kennzahl 328)	9	86	95,7	91,8	134	146	nicht definiert	Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	
16/1 Geburtshilfe	Antenatale Kortikosteroidtherapie Kennzahl 330)	8	89,3	98,9	95,7	89	93	>= 95% (Zielbereich)		
16/1 Geburtshilfe	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt	8	0	10,3	0	0	34	Sentinel Event		

C Qualitätssicherung

Leistungs- bereich	Beschreibung Qualitätsindikator/ Qualitätskennzahl	Bewertung Strukturierter Dialog ***	Vertrauensbereich Untere Grenze	Vertrauensbereich Obere Grenze	Ergebnis	Zähler *	Nenner **	Referenz- Bereich	Kommen- tar Beauftragte Stelle	Kommen- tar Krankenhaus
16/1 Geburtshilfe	Kritisches Outcome bei Reifgeborenen	3	0	0,3	0,1	-	-	Sentinel Event		Die Fälle wurden umfassend untersucht. Aufgrund der Ergebnisse wurden Vorgehensweisen bei der Versorgung verändert.
17/1 Hüftgelenknahe Femurfraktur	Präoperative Verweildauer	8	3,7	11,6	7	13	187	<= 15% (Toleranz- bereich)		
17/1 Hüftgelenknahe Femurfraktur	Reoperationen wegen Komplikation	8	1,2	6,9	3,2	6	187	<= 12% (Toleranz- bereich)		
17/1 Hüftgelenknahe Femurfraktur	Endoprothesenluxation	8	0	4,9	0	0	73	<= 5% (Toleranz- bereich)		
17/1 Hüftgelenknahe Femurfraktur	Postoperative Wundinfektion	8	0,1	3,9	1,1	-	-	<= 5% (Toleranz- bereich)		
17/1 Hüftgelenknahe Femurfraktur	Letalität (bei Patienten mit ASA 3)	9	0,8	7,5	3	-	-	nicht definiert	Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	
17/1 Hüftgelenknahe Femurfraktur	Letalität (bei Patienten mit ASA 1 bis 2)	9	0	10	0	0	35	nicht definiert	Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	
17/1 Hüftgelenknahe Femurfraktur	Letalität (bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung)	8	0,8	11,7	4,1	-	-	<= 13,5% (95.- Perzentil, Toleranz- bereich)		
17/1 Hüftgelenknahe Femurfraktur	Letalität (bei Patienten mit osteosynthetischer Versorgung)	8	1	9,3	3,7	-	-	<= 10,5% (95.- Perzentil, Toleranz- bereich)		
17/2 Hüft- Endoprothesen- Erstimplanta- tion	Perioperative Antibiotika-Prophylaxe	8	93,2	100	100	52	52	>= 95% (Zielbereich)		
17/2 Hüft- Endoprothesen- Erstimplanta- tion	Implantatfehlage, - dislokation oder Fraktur	8	0	6,9	0	0	52	<= 2% (Toleranz- bereich)		
17/2 Hüft- Endoprothesen- Erstimplanta- tion	Endoprothesenluxation	8	0	6,9	0	0	52	<= 5% (Toleranz- bereich)		
17/2 Hüft- Endoprothesen- Erstimplanta- tion	Postoperative Wundinfektion	8	0	6,9	0	0	52	<= 3% (Toleranz- bereich)		

Leistungs- bereich	Beschreibung Qualitätsindikator/ Qualitätskennzahl	Bewertung Strukturierter Dialog ***	Vertrauensbereich Untere Grenze	Vertrauensbereich Obere Grenze	Ergebnis	Zähler *	Nenner **	Referenz- Bereich	Kommen- tar Beauftragte Stelle	Kommen- tar Krankenhaus
17/2 Hüft- Endoprothesen- Erstimplanta- tion	Reoperationen wegen Komplikation	8	0	10,5	1,9	-	-	<= 9% (Toleranz- bereich)		
17/2 Hüft- Endoprothesen- Erstimplanta- tion	Letalität	8	0	6,9	0	0	52	Sentinel Event		
17/2 Hüft- Endoprothesen- Erstimplanta- tion	Indikation	8	93,2	100	100	52	52	>= 90% (Zielbereich)		
17/2 Hüft- Endoprothesen- Erstimplanta- tion	Postoperative Beweglichkeit	8	93,2	100	100	52	52	>= 95% (Zielbereich)		
17/3 Hüft- Endoprothesen wechsel und -komponenten wechsel	Indikation	8	75,4	98,3	90,9	30	33	>= 79,3% (Toleranz- bereich, 5. Perzentil)		
17/3 Hüft- Endoprothesen wechsel und -komponenten wechsel	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	8	89,4	100	100	33	33	>= 95% (Zielbereich)		
17/3 Hüft- Endoprothesen wechsel und -komponenten wechsel	Implantatfehl- lage, - dislokation oder Fraktur	9	0	16,2	3	-	-	<= 2% (Toleranzbereic h)	Rechnerische Abweichung ohne Maßnahme, da sich rechn. Abweichung durch einen Fall ergibt.	
17/3 Hüft- Endoprothesen wechsel und -komponenten wechsel	Reoperationen wegen Komplikation	8	3,3	28,4	12,1	-	-	<= 16% (Toleranzbereic h)		
17/3 Hüft- Endoprothesen wechsel und -komponenten wechsel	Letalität	1	0	16,2	3	-	-	Sentinel Event		
17/5 Knie- Totalendopro- thesen- Erstimplanta- tion	Indikation	8	75,7	99,1	92,6	25	27	>= 90% (Zielbereich)		
17/5 Knie- Totalendopro- thesen- Erstimplanta- tion	Reoperationen wegen Komplikation	9	0,9	24,3	7,4	-	-	<= 6% (Toleranz- bereich)	Rechnerische Abweichung ohne Maßnahme, da sich rechn. Abweichung durch einen Fall ergibt.	
17/5 Knie- Totalendopro- thesen- Erstimplanta- tion	Letalität	8	0	12,8	0	0	27	Sentinel Event		

Leistungsbereich	Beschreibung Qualitätsindikator/ Qualitätskennzahl	Bewertung Strukturierter Dialog ***	Vertrauensbereich Untere Grenze	Vertrauensbereich Obere Grenze	Ergebnis	Zähler *	Nenner **	Referenz-Bereich	Kommentar Beauftragte Stelle	Kommentar Krankenhaus
17/5 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	Postoperative Beweglichkeit (Kennzahl 2218)	8	81	100	96,3	26	27	>= 80% (Zielbereich)		
17/5 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	Postoperative Beweglichkeit (Kennzahl 10953)	9	52,2	88,5	73,1	19	26	>= 80% (Zielbereich)	Von der zuständigen Arbeitsgruppe wurde nach Einbezug sämtlicher Fakten (auch der Vorjahre) trotz rechnerischer Abweichung nur ein Hinweis für notwendig erachtet und die Empfehlung zur internen Aufarbeitung ausgesprochen. Eine Beobachtung der Daten 2011 findet statt.	
17/7 Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	8	76,8	100	100	14	14	>= 95% (Zielbereich)		
17/7 Knie-Endoprothesenwechsel und komponentenwechsel	Indikation	8	66,1	99,9	92,9	13	14	>= 84,5 % (Toleranzbereich, 5. Perzentil)		
17/7 Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Reoperationen wegen Komplikation	8	0	23,2	0	0	14	<= 12% (Toleranzbereich)		
17/7 Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Letalität	8	0	23,2	0	0	14	Sentinel Event		
18/1 Mammachirurgie	Intraoperatives Präparatröntgen	8	86,2	100	97,4	38	39	>= 95% (Zielbereich)		
18/1 Mammachirurgie	Angabe Sicherheitsabstand bei BET	8	96,3	99,6	98,5	269	273	>= 95% (Zielbereich)		
18/1 Mammachirurgie	Hormonrezeptor-Analyse	8	98,9	100	100	321	321	>= 95% (Zielbereich)		
18/1 Mammachirurgie	Angabe Sicherheitsabstand bei Mastektomie	8	92	100	98,6	68	69	>= 95% (Zielbereich)		

Leistungs- bereich	Beschreibung Qualitätsindikator/ Qualitätskennzahl	Bewertung Strukturierter Dialog ***	Vertrauensbereich Untere Grenze	Vertrauensbereich Obere Grenze	Ergebnis	Zähler *	Nenner **	Referenz- Bereich	Kommen- tar Beauftragte Stelle	Kommen- tar Krankenhaus
18/1 Mammachirurgie	Primäre Axilladisektion bei DCIS	8	0	8,6	0	0	41	<= 5% (Zielbereich)		
18/1 Mamma- chirurgie	Indikation zur brusterhaltenden Therapie	8	81,9	93	88,3	128	145	>= 71% bis <= 93,7% (5.- Perzentil bis 95.-Perzentil, Toleranz- bereich)		
18/1 Mammachirurgie	HER-2/neu-Analyse	8	98,1	100	99,7	305	306	>= 95% (Zielbereich)		
18/1 Mammachirurgie	Indikation zur Sentinel- Lymphknoten-Biopsie	8	89,5	98,2	95	115	121	>=76% (Toleranz- bereich; 10.- Perzentil)		
18/1 Mammachirurgie	Prätherapeutische Diagnosesicherung (Kennzahl 50047)	8	92,1	98,1	95,8	205	214	>= 70% (Zielbereich)		
18/1 Mammachirurgie	Prätherapeutische Diagnosesicherung (Kennzahl 50080)	8	94,7	99,5	97,9	187	191	>= 90% (Zielbereich)		
21/3 Koronarangi- ographie und Perkutane Koronarinterven- tion (PCI)	Indikation zur Koronarangiographie - Vorhandensein von Ischämiezeichen	8	90	93,2	91,7	113 8	124 1	>= 80% (Toleranz- bereich)		
21/3 Koronarangi- ographie und Perkutane Koronarinterven- tion (PCI)	In-Hospital-Letalität (PCI)	9	2,3	4,3	3,2	42	131 7	nicht definiert	Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen. Die in dieser Kennzahl betroffenen Patienten wurden im Rahmen der Berechnung der Kennzahlen 11863 und 11864 berücksichtigt und die Bewertung kann übertragen werden.	
21/3 Koronarangi- ographie und Perkutane Koronarinterven- tion (PCI)	Durchleuchtungsdauer (Koronarangiographie ohne Einzeitig-PCI)	2			6		111 5	<= 5 min (Toleranz- bereich)		
21/3 Koronarangi- ographie und Perkutane Koronarinterven- tion (PCI)	Kontrastmittelmenge (Koronarangiographie ohne Einzeitig-PCI)	8			120		111 5	<= 150 ml (Toleranz- bereich)		
21/3 Koronarangi- ographie und Perkutane Koronarinterven- tion (PCI)	Kontrastmittelmenge (PCI ohne Einzeitig- PCI)	8			200		197	<= 200 ml (Toleranz- bereich)		

Leistungsbereich	Beschreibung Qualitätsindikator/ Qualitätskennzahl	Bewertung Strukturierter Dialog ***	Vertrauensbereich Untere Grenze	Vertrauensbereich Obere Grenze	Ergebnis	Zähler *	Nenner **	Referenz-Bereich	Kommentar Beauftragte Stelle	Kommentar Krankenhaus
21/3 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Kontrastmittelmenge (Einzeitig-PCI)	8			240		118 5	<= 250 ml (Toleranzbereich)		
21/3 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Indikation zur Koronarangiographie - Therapieempfehlung aus Koronarangiographie	8	54,6	60,2	57,4	711	123 9	>= 22,6% (5.- Perzentil, Toleranzbereich)		
21/3 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Indikation zur PCI	8	4,9	8,5	6,5	52	797	<= 10% (Toleranzbereich)		
21/3 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Erreichen des wesentl. Interventionsziels bei PCI (Ind.akutes Koronarsyndrom, ST-Hebung) (Kennzahl 2063)	8	91,7	97,6	95,3	222	233	>= 85% (Toleranzbereich)		
21/3 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Erreichen des wesentl. Interventionsziels bei PCI (Kennzahl 2064)	8	94	96,4	95,3	131 7	138 2	>= 85% (Toleranzbereich)		
21/3- Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Durchleuchtungsdauer (PCI)	2			13,7		138 2	<= 12 min (Toleranzbereich)		
21/3 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	In-Hospital-Letalität (PCI): Verhältnis beobachtete vs. erwartete In-Hosp.- Letalität)	8			1,8		131 7	<= 2,4 (95.- Perzentil, Toleranzbereich)		
21/3 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Risikoadjustierte In-Hospital-Letalität (Patienten mit PCI)	8			4,5		131 7	<= 5,8% (95.- Perzentil, Toleranzbereich)		
21/3 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Flächendosisprodukt (Einzeitig-PCI)	8			660 0		118 5	<= 9095 cGy*cm ² (95.- Perzentil, Toleranzbereich)		
21/3 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Flächendosisprodukt (Anteil Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) >6000 cGy*cm ²)	8	15,5	20,1	17,7	197	111 4	<= 28% (95.- Perzentil, Toleranzbereich)		
21/3 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Flächendosisprodukt (Anteil PCI (ohne Einzeitig-PCI) >12000 cGy*cm ²)	8	14	25,5	19,3	38	197	<= 30,3% (95.- Perzentil, Toleranzbereich)		
DEK-Dekubitusprophylaxe	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts (Kennzahl 2116)	9	0	0,5	0,2	-	-	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl nicht definiert.	Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen. Die in dieser Kennzahl betroffenen	

Leistungsbereich	Beschreibung Qualitätsindikator/ Qualitätskennzahl	Bewertung Strukturierter Dialog ***	Vertrauensbereich Untere Grenze	Vertrauensbereich Obere Grenze	Ergebnis	Zähler *	Nenner **	Referenz-Bereich	Kommentar Beauftragte Stelle	Kommentar Krankenhaus
									Patienten wurden im Rahmen der Berechnung der Kennzahlen 11732 und 11733 berücksichtigt und die Bewertung kann übertragen werden.	
DEK Dekubitusprophylaxe	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts (Kennzahl 2117)	9	0,2	0,9	0,5	8	1700	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl nicht definiert.	Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen. Die in dieser Kennzahl betroffenen Patienten wurden im Rahmen der Berechnung der Kennzahlen 11741 und 11742 berücksichtigt und die Bewertung kann übertragen werden.	
DEK Dekubitusprophylaxe	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4 (Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme)	8	0	0,2	0	0	1700	Sentinel Event		
DEK Dekubitusprophylaxe	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4 (Pat. ohne Dekubitus bei Aufnahme u. ohne Risikofaktoren)	8	0	0,3	0	0	1367	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl nicht definiert.		
DEK Dekubitusprophylaxe	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts (Kennzahl 11732)	9			0,2		1700	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl nicht definiert.	Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen. Das Ergebnis dieser Kennzahl entspricht in anderer Darstellungsweise der Kennzahl 11733. Die Bewertung durch die zuständige Arbeitsgruppe kann übertragen werden.	
DEK Dekubitusprophylaxe	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts (Grad 2 bis 4 bei Entlassung)	8			0,2		1700	<= 1,94% (Toleranzbereich, 95.-Perzentil)		
DEK Dekubitusprophylaxe	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts (Kennzahl 11741)	9			0,4		1700	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl nicht definiert.	Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen. Das Ergebnis dieser Kennzahl entspricht in anderer Darstellungsweise der Kennzahl 11742. Die Bewertung durch die zuständige Arbeitsgruppe kann übertragen werden.	

Leistungs- bereich	Beschreibung Qualitätsindikator/ Qualitätskennzahl	Bewertung Strukturierter Dialog ***	Vertrauensbereich Untere Grenze	Vertrauensbereich Obere Grenze	Ergebnis	Zähler *	Nenner **	Referenz- Bereich	Kommen- tar Beauftragte Stelle	Kommen- tar Krankenhaus
DEK Dekubituspro- phylaxe	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts (Grad 1 bis 4 bei Entlassung)	8			0,4		170 0	<= 2,68% (Toleranz- bereich, 95.- Perzentil)		
PNEU Ambulant erworbene Pneumonie	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	8	95,1	98,8	97,4	337	346	>= 95% (Zielbereich)		
PNEU Ambulant erworbene Pneumonie	Antimikrobielle Therapie innerhalb 8h	8	90,7	96,4	94	283	301	>= 86,6% (Toleranz- bereich, 10.- Perzentil)		
PNEU Ambulant erworbene Pneumonie	Frühmobilisation Risikoklasse 2	8	91,4	98,1	95,6	172	180	>= 74,7% (Toleranz- bereich, 10.- Perzentil)		
PNEU Ambulant erworbene Pneumonie	Verlaufskontrolle CRP/PCT	8	92,4	97,6	95,5	277	290	>= 93,4% (Toleranz- bereich, 10.- Perzentil)		
PNEU Ambulant erworbene Pneumonie	Bestimmungsrate von 7 klinischen Stabilitätskriterien	13	84,5	93,2	89,4	194	217	>= 95% (Zielbereich)	Die Einstufung resultiert aus der Tatsache, dass bei der Analyse der rechnerischen Abweichung ein Versäumnis hinsichtlich der korrekten Dokumentation / Datenlieferung als Ursache der Auffälligkeit eingeräumt wurde. Grundsätzlich bestehen keine Hinweise auf eine nicht angemessene Qualität in der Patientenversorgu ng.	
PNEU Ambulant erworbene Pneumonie	Krankenhaus-Letalität bei Risikoklasse 1	8	0	6,2	0	0	58	<= 5,9% (Toleranz- bereich, 90.- Perzentil)		
PNEU Ambulant erworbene Pneumonie	Krankenhaus-Letalität bei Risikoklasse 2	8	8,4	17	12,2	30	245	<= 18,1% (Toleranz- bereich, 90.- Perzentil)		
PNEU- Ambulant erworbene Pneumonie	Krankenhaus-Letalität bei Risikoklasse 3	8	15,6	55,4	33,3	8	24	<= 45,6% (Toleranz- bereich, 90.- Perzentil)		
09/1 Herzschritt- macher- Erstimplanta- tion	Perioperative Komplikationen (Sondendislokation Vorhof)	8	0	8,4	0	0	42	<= 3% (Toleranz- bereich)		Klinik für Herzchirurgie
09/1 Herzschritt- macher- Erstimplanta- tion	Perioperative Komplikationen (Sondendislokation Ventrikel)	8	0	7,4	0	0	48	<= 3% (Toleranz- bereich)		Klinik für Herzchirurgie

Leistungsbereich	Beschreibung Qualitätsindikator/ Qualitätskennzahl	Bewertung Strukturierter Dialog ***	Vertrauensbereich Untere Grenze	Vertrauensbereich Obere Grenze	Ergebnis	Zähler *	Nenner **	Referenz-Bereich	Kommentar Beauftragte Stelle	Kommentar Krankenhaus
09/1 Herzschritt-macher-Erstimplantation	Intrakardiale Signalamplituden (Vorhofsonden)	8	66,3	92,6	82,1	32	39	>= 80% (Zielbereich)		Klinik für Herzchirurgie
09/1 Herzschritt-macher-Erstimplantation	Intrakardiale Signalamplituden (Ventrikelsonden)	8	91	100	100	39	39	>= 90% (Zielbereich)		Klinik für Herzchirurgie
09/1 Herzschritt-macher-Erstimplantation	Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	8	82,6	98,8	93,8	45	48	>= 90% (Zielbereich)		Klinik für Herzchirurgie
09/1 Herzschritt-macher-Erstimplantation	Perioperative Komplikationen (chirurgische Komplikationen)	8	0	7,4	0	0	48	<= 2% (Toleranzbereich)		Klinik für Herzchirurgie
09/1 Herzschritt-macher-Erstimplantation	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	8	92,6	100	100	48	48	>= 90% (Zielbereich)		Klinik für Herzchirurgie
09/1 Herzschritt-macher-Erstimplantation	Eingriffsdauer (VVI)	8	54	100	100	6	6	>= 60% (Toleranzbereich)		Klinik für Herzchirurgie
09/1 Herzschritt-macher-Erstimplantation	Eingriffsdauer (DDD)	8	80,3	98,6	92,9	39	42	>= 55% (Toleranzbereich)		Klinik für Herzchirurgie
09/1 Herzschritt-macher-Erstimplantation	Durchleuchtungszeit (VVI)	8	35,8	99,6	83,3	-	-	>= 75% (Toleranzbereich)		Klinik für Herzchirurgie
09/1 Herzschritt-macher-Erstimplantation	Durchleuchtungszeit (DDD)	8	80,3	98,6	92,9	39	42	>= 80% (Toleranzbereich)		Klinik für Herzchirurgie
09/1 Herzschritt-macher-Erstimplantation	Perioperative Komplikationen (Sondendislokation Vorhof)	8	0	3,1	0	0	118	<= 3% (Toleranzbereich)		Klinik für Innere Medizin II
09/1 Herzschritt-macher-Erstimplantation	Perioperative Komplikationen (Sondendislokation Ventrikel)	8	0	4,3	0,8	-	-	<= 3% (Toleranzbereich)		Klinik für Innere Medizin II
09/1 Herzschritt-macher-Erstimplantation	Intrakardiale Signalamplituden (Vorhofsonden)	8	93,6	99,8	98,2	111	113	>= 80% (Zielbereich)		Klinik für Innere Medizin II
09/1 Herzschritt-macher-Erstimplantation	Intrakardiale Signalamplituden (Ventrikelsonden)	8	97,2	100	100	130	130	>= 90% (Zielbereich)		Klinik für Innere Medizin II
09/1 Herzschritt-macher-Erstimplantation	Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	8	93,3	99,6	97,7	126	129	>= 90% (Zielbereich)		Klinik für Innere Medizin II

C Qualitätssicherung

Leistungsbereich	Beschreibung Qualitätsindikator/ Qualitätskennzahl	Bewertung Strukturierter Dialog ***	Vertrauensbereich Untere Grenze	Vertrauensbereich Obere Grenze	Ergebnis	Zähler *	Nenner **	Referenzbereich	Kommentar Beauftragte Stelle	Kommentar Krankenhaus
09/1 Herzschritt- macher- Erstimplanta- tion	Perioperative Komplikationen (chirurgische Komplikationen)	8	0	2,8	0	0	132	<= 2% (Toleranz- bereich)		Klinik für Innere Medizin II
09/1 Herzschritt- Macher- Erstimplanta- tion	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörun- gen	8	97,2	100	100	129	129	>= 90% (Zielbereich)		Klinik für Innere Medizin II
09/1 Herzschritt- Macher- Erstimplanta- tion	Eingriffsdauer (VVI)	8	66,1	99,9	92,9	13	14	>= 60% (Toleranz- bereich)		Klinik für Innere Medizin II
09/1 Herzschritt- macher- Erstimplanta- tion	Eingriffsdauer (DDD)	8	91,5	99,1	96,6	114	118	>= 55% (Toleranz- bereich)		Klinik für Innere Medizin II
09/1 Herzschritt- macher- Erstimplanta- tion	Durchleuchtungszeit (VVI)	8	76,8	100	100	14	14	>= 75% (Toleranz- bereich)		Klinik für Innere Medizin II
09/ Herzschritt- macher- Erstimplanta- tion	Durchleuchtungszeit (DDD)	8	93,9	99,8	98,3	116	118	>= 80% (Toleranz- bereich)		Klinik für Innere Medizin II
09/2 Herzschritt- macher- Aggregatwech- sel	Reizschwellenbestimm- ung (Vorhofsonden)	8	15,8	100	100	-	-	>= 65,5% (5.- Perzentil, Toleranzbereic- h)		Klinik für Herzchirurgie
09/2 Herzschritt macher- Aggregatwech- sel	Reizschwellenbestimm- ung (Ventrikelsonden)	8	39,7	100	100	-	-	>= 76,4% (5.- Perzentil, Toleranz- bereich)		Klinik für Herzchirurgie
09/2 Herzschritt macher- Aggregatwech- sel	Amplitudenbestimmung (Vorhofsonden)	8	19,4	99,4	75	-	-	>= 67,6% (5.- Perzentil, Toleranz- bereich)		Klinik für Herzchirurgie
09/2 Herzschritt- macher- Aggregatwech- sel	Reizschwellenbestimm- ung (Vorhofsonden)	8	89,1	100	100	32	32	>= 65,5% (5.- Perzentil, Toleranz- bereich)		Klinik für Innere Medizin II
09/2 Herzschritt- macher- Aggregatwech- sel	Reizschwellenbestimm- ung (Ventrikelsonden)	8	91,6	100	100	42	42	>= 76,4% (5.- Perzentil, Toleranz- bereich)		Klinik für Innere Medizin II
09/2 Herzschritt- macher- Aggregatwech- sel	Amplitudenbestimmung (Vorhofsonden)	8	89,7	100	100	34	34	>= 67,6% (5.- Perzentil, Toleranz- bereich)		Klinik für Innere Medizin II
Aortenklappen- chirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	In-Hospital-Letalität bei allen Patienten	9	0	9,6	1,8				Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	
Aortenklappen- chirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	In-Hospital-Letalität bei Patienten mit elektiver/dringlicher Operation	9	0	9,6	1,8				Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	

Leistungsbereich	Beschreibung Qualitätsindikator/ Qualitätskennzahl	Bewertung Strukturierter Dialog ***	Vertrauensbereich Untere Grenze	Vertrauensbereich Obere Grenze	Ergebnis	Zähler *	Nenner **	Referenz-Bereich	Kommentar Befauftragte Stelle	Kommentar Krankenhaus
Aortenklappen-chirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	30-Tage-Letalität	9	0	9,6	1,8				Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	
Aortenklappen-chirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	Patienten mit bekanntem Status am 30. Tag postoperativ (Follow-up-Rate)	9	93,7	100	100	57	57		Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	
Aortenklappen-chirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) der In-Hospital-Letalität nach AKL-Score	9			0,8				Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	
Aortenklappen-chirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	Risikoadjustierte In-Hospital-Letalität nach log. AKL-SCORE (O / E * Gesamt)	8			2,4					
Aortenklappen-chirurgie, isoliert (katheter-gestützt)	In-Hospital-Letalität bei allen Patienten, die in der ersten OP isoliert kathetergestützt an der Aortenklappe operiert wurden	9	2,6	18,2	8,2				Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	
Aortenklappen-chirurgie, isoliert (katheter-gestützt)	In-Hospital-Letalität bei Patienten mit elektiver/dringlicher Operation	9	2,7	18,5	8,3				Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	
Aortenklappen-chirurgie, isoliert (katheter-gestützt)	30-Tage-Letalität	9	2,6	18,2	8,2				Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	
Aortenklappen-chirurgie, isoliert (katheter-gestützt)	Patienten mit bekanntem Status am 30. Tag postoperativ (Follow-up-Rate)	9	94,1	100	100	61	61		Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	
Aortenklappen-chirurgie, isoliert (katheter-gestützt)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) der In-Hospital-Letalität nach AKL-Score	9			1,1				Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	
Aortenklappen-chirurgie, isoliert (katheter-gestützt)	Risikoadjustierte In-Hospital-Letalität nach log. AKL-SCORE (O / E * Gesamt)	8			8,4					
Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	In-Hospital-Letalität bei allen Patienten, die in ihrer ersten Operation koronarchirurgisch und an der Aortenklappe operiert wurden	9	0,6	21,1	6,3				Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	
Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	In-Hospital-Letalität bei Patienten mit elektiver/dringlicher Operation	9	0	17,3	3,3				Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	
Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	30-Tage Letalität	9	0	16,6	3,1				Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	
Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	Patienten mit bekanntem Status am 30. Tag postoperativ (Follow-up-Rate)	9	89,1	100	100	32	32		Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	

Leistungsbereich	Beschreibung Qualitätsindikator/ Qualitätskennzahl	Bewertung Strukturierter Dialog ***	Vertrauensbereich Untere Grenze	Vertrauensbereich Obere Grenze	Ergebnis	Zähler *	Nenner **	Referenz-Bereich	Kommentar Beauftragte Stelle	Kommentar Krankenhaus
Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) der In-Hospital-Letalität nach KBA-Score	9			1,2				Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	
Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	Risikoadjustierte In-Hospital-Letalität nach log. KBA-SCORE (O / E * Gesamt)	8			6,9					
Koronarchirurgie, isoliert	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna bei Patienten mit elektiver/dringlicher Operation	2	84	92,5	88,8	213	240			
Koronarchirurgie, isoliert	In-Hospital-Letalität bei allen Patienten, die in der ersten OP isoliert koronarchirurgisch operiert wurden	9	2,2	7,4	4,3	12	278		Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	
Koronarchirurgie, isoliert	In-Hospital-Letalität bei Patienten mit elektiver/dringlicher Operation	9	1,4	6,5	3,3	8	240		Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	
Koronarchirurgie, isoliert	30-Tage-Letalität	9	1,2	5,6	2,9	8	278		Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	
Koronarchirurgie, isoliert	Patienten mit bekanntem Status am 30. Tag postoperativ (Follow-up-Rate)	9	98,7	100	100	278	278		Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	
Koronarchirurgie, isoliert	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) der In-Hospital-Letalität nach KCK-Score 3.0	9			1,3				Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	
Koronarchirurgie, isoliert	Risikoadjustierte In-Hospital-Letalität nach log. KCH-SCORE 3.0 (O / E * Gesamt)	8			4					
Nierenlebenspende	Dialyse beim Nierenlebenspender erforderlich	8	0	52,2	0					
Nierenlebenspende	Nierenfunktion des Spenders	8	0	52,2	0					
Nierenlebenspende	Tod des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende	8	0	52,2	0					
Nierenlebenspende	Spender mit eingeschränkter Nierenfunktion 3 Jahre nach Nierenlebenspende	8	0	70,8	0					
Nierentransplantation	1-Jahres-Überleben der Patienten aus 2008 (bei bekanntem Überlebensstatus)	9	81,4	100	100	18	18		Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	

Leistungsbereich	Beschreibung Qualitätsindikator/ Qualitätskennzahl	Bewertung Strukturierter Dialog ***	Vertrauensbereich Untere Grenze	Vertrauensbereich Obere Grenze	Ergebnis	Zähler *	Nenner **	Referenz-Bereich	Kommentar Beauftragte Stelle	Kommentar Krankenhaus
Nierentransplantation	Patienten, die im Krankenhaus verstarben	8	0	26,5	0	0	12			
Nierentransplantation	Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürftigen Abstoßung	8	0	26,5	0	0	12			
Nierentransplantation	Isoliert nierentransplantierte lebende Patienten nach postmortaler Organspende mit sofortiger Funktionsaufnahme des Transplantats	8	42,1	99,7	85,7	6	7			
Nierentransplantation	Isoliert nierentransplantierte lebende Patienten nach Lebendorganspende mit sofortiger Funktionsaufnahme des Transplantats	8	47,8	100	100					
Nierentransplantation	Isoliert nierentransplantierte Patienten nach postmortaler Organspende mit guter oder mäßiger Transplantatfunktion	8	59	100	100	7	7			
Nierentransplantation	Isoliert nierentransplantierte lebende Patienten nach Lebendorganspende mit guter oder mäßiger Transplantatfunktion	8	47,8	100	100					
Nierentransplantation	2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	9	76,1	99,9	95,2	20	21		Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	
Nierentransplantation	3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	9	63,1	94	82,1	23	28		Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	
Nierentransplantation	Mäßige oder gute Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation	9	65,2	98,7	88,9	16	18		Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	
Nierentransplantation	Transplantatversagen 1 Jahr nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)	9	1,3	34,8	11,1				Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	
Nierentransplantation	Transplantatversagen 2 Jahre nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)	9	0	16,9	0	0	20		Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.	

C Qualitätssicherung

* Wenn Zähler 1 bis 5 oder Nenner ≤ 5 ist, bleiben im Qualitätsbericht die Felder Zaehler und Nenner leer.)

** Wenn Zähler 1 bis 5 oder Nenner ≤ 5 ist, bleiben im Qualitätsbericht die Felder Zaehler und Nenner leer.)

***Erläuterungen zur Spalte „Strukturierter Dialog“:

Beim Strukturierten Dialog handelt es sich um ein Verfahren, das Krankenhäuser bei der kontinuierlichen Verbesserung von Prozessen und Qualität unterstützt. Im Strukturierten Dialog wird zunächst geklärt, ob Auffälligkeiten eines Krankenhauses tatsächlich auf Qualitätsprobleme zurückzuführen sind. Ist dies der Fall, wird das Krankenhaus durch die Analyse und Beratung von Fachexperten und eine gemeinsame Festlegung von Zielvereinbarungen bei der internen Qualitätsverbesserung unterstützt. Der Strukturierte Dialog stützt sich auf die Ergebnisse des Krankenhauses zu den oben aufgeführten Qualitätsindikatoren. Diese geben Hinweise auf die erreichte Qualität. Weil ein Indikator aber kein unmittelbarer Maßstab für Qualität ist, muss ein auffälliges Ergebnis, also ein außerhalb des Referenzbereiches liegender Wert, durch neutrale Fachexperten genauer untersucht werden.

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.

(6 = nicht besetzt)

(7 = nicht besetzt)

8 = Das Ergebnis ist unauffällig. Es ist kein Strukturierter Dialog erforderlich.

9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)

(10 = nicht besetzt)

(11 = nicht besetzt)

(12 = nicht besetzt)

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 **Qualitätssicherung**

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:

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 (<http://www.uniklinik-ulm.de/kinderklinik>, Link "Sektion Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin").

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

C Qualitätssicherung

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

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Externe Qualitätssicherung mit Abrechnungsdaten: Ein Projekt der Universitätsklinik Baden-Württemberg (UKL-BW)

Eine Arbeitsgruppe der Universitätsklinik Baden-Württemberg beschäftigt sich seit 2007 mit der Identifizierung von Qualitätsindikatoren aus Routinedaten. Ziel ist es, die im Klinikalltag und für die Abrechnung erhobenen 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 Qualitätsbericht 2008 wurden die Ergebnisse der Jahre 2006-2008 als kumulierte Daten der fünf UKL-BW veröffentlicht. Zwischenzeitlich hat eine Weiterentwicklung der Indikatoren stattgefunden, da das Peer-Review der Qualitätsindikatoren gezeigt hatte, dass die Indikatoren bisher eine noch nicht ausreichende Sensitivität und Spezifität aufwiesen, um valide Aussagen zur Behandlungsqualität treffen zu können. Die Zeitreihe konnte deshalb nicht mehr fortgeführt werden. Auch zukünftig werden die Indikatordefinitionen weiterentwickelt, um die Genauigkeit mit der unerwünschte Ereignisse erkannt werden, weiter zu erhöhen.

C Qualitätssicherung

Die Tabelle zeigt die Indikatoren der fünf UKL-BW für 2010. Zur besseren Interpretation sind die Ergebnisse mit Konfidenzintervallen dargestellt.

Kennzahl / Indikator	Ergebnisse 2010 (In Klammern: Konfidenzintervall)					
	Freiburg	Heidelberg	Mannheim	Tübingen	Ulm	Mittelwert
Letalität Pneumonie	7,06% (4,65%-10,22%)	11,21% (7,63%-15,74%)	17,49% (13,53%-22,07%)	7,53% (4,86%-11,07%)	16,32% (12,67%-20,55%)	12,05% (10,47%-13,79%)
Sepsis bei elektiver OP	0,33% (0,26%-0,42%)	0,58% (0,48%-0,69%)	0,24% (0,17%-0,34%)	0,28% (0,21%-0,36%)	0,24% (0,16%-0,34%)	0,35% (0,31%-0,39%)
TVT bei operierten Patienten	0,17% (0,12%-0,24%)	0,16% (0,11%-0,22%)	0,31% (0,23%-0,4%)	0,17% (0,12%-0,23%)	0,12% (0,07%-0,19%)	0,18% (0,16%-0,21%)
Lungenembolie bei operierten Patienten	0,26% (0,2%-0,33%)	0,24% (0,18%-0,31%)	0,14% (0,09%-0,21%)	0,18% (0,13%-0,24%)	0,16% (0,1%-0,24%)	0,20% (0,18%-0,23%)
Entbindung: Episiotomie	21,62% (18,77%-24,69%)	23,27% (20,09%-26,71%)	16,05% (13,71%-18,61%)	22,90% (20,88%-25,02%)	17,24% (15,55%-19,02%)	19,90% (18,87%-20,96%)
Entbindung: Dammriss 3/4° spontan	1,93% (1,09%-3,19%)	0,75% (0,25%-1,77%)	1,03% (0,49%-1,94%)	3,17% (2,32%-4,21%)	1,99% (1,4%-2,75%)	2,01% (1,65%-2,43%)
Entbindung: Dammriss 3/4° instrumentell	4,41% (1,26%-11,31%)	1,11% (0,12%-5,07%)	4,76% (1,63%-10,92%)	10,47% (7,17%-14,64%)	8,07% (4,6%-13,04%)	7,26% (5,47%-9,43%)
Letalität Schlaganfall (GeQik)	9,40% (8,09%-10,85%)	10,23% (8,79%-11,81%)	9,07% (7,69%-10,6%)	7,02% (5,63%-8,64%)	23,90% (18,46%-30,08%)	9,58% (8,86%-10,34%)
Letalität Schlaganfall (Stroke Unit)	6,55% (5,07%-8,3%)	2,98% (2,03%-4,22%)	4,67% (3,51%-6,09%)	4,31% (2,97%-6,04%)	keine Stroke Unit am Standort	4,63% (3,98%-5,36%)

Im Folgenden werden die dargestellten Qualitätsindikatoren entsprechend ihrer Reihenfolge beschrieben:

Letalität ambulant erworbene Pneumonie (Lungenentzündung)

Qualitätsziel

Möglichst geringe Sterblichkeit bei Patienten mit „ambulant erworbener Pneumonie“.

Hintergrund

Dieser Indikator bildet den gleichnamigen Qualitätsindikator aus dem Leistungsbereich „ambulant erworbene Pneumonie“ der externen Qualitätssicherung über das AQUA-Institut ab. Eine Dokumentationspflicht besteht für Patienten über 18 Jahre mit der Behandlungshauptdiagnose einer Pneumonie, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde. Im Krankenhaus erworbene, sowie Lungenentzündungen bei immunschwachen Patienten, gehören nicht zum Leistungsbereich.

Datengrundlage

Der Qualitätsindikator der UKL-BW bildet durch die zusätzliche Berücksichtigung von Jahresüberliegern und abrechnungsbedingt zusammengeführten Behandlungsaufenthalten entgegen den Daten des AQUA das komplette Patientenkollektiv eines Berichtsjahres ab.

Ergebnis

Der Indikator zeigt für die UKL-BW eine geringere Sterblichkeit gegenüber dem Benchmarkwert 2009 des AQUA-Institutes für Gesamtdeutschland von 12,1%.

Sepsis (Blutvergiftung) bei elektiv operierten Patienten

Qualitätsziel

Möglichst geringe Rate an Patienten mit Sepsis / Blutvergiftung bei geplantem operativem Eingriff.

Hintergrund

Eine Sepsis ist ein lebensbedrohendes Krankheitsbild, da sich bei nicht rechtzeitig erkannter Diagnose innerhalb von Stunden aus einer lokalen Infektion eine Entzündung in allen Organen des Körpers bis hin zum Versagen einzelner oder aller Organe entwickeln kann. Gerade im Zusammenhang mit der Diskussion über „Krankenhausinfektionen“ (nosokomiale Infektionen) ist der Indikator ein wichtiger Parameter, um mögliche Probleme frühzeitig aufzudecken. Bei einer erhöhten Rate ist es entscheidend, systematische und damit viele Patienten betreffende Probleme als solche zu identifizieren.

Datengrundlage

Alle Patienten mit einem operativen OPS-Kode innerhalb von 36 Stunden nach Aufnahme, bei denen ein ICD aus A40.* bzw. A41.* (Sepsis) und R65.0 bzw. R65.1 (SIRS, bakteriell) als Nebendiagnose dokumentiert wurde. Ausgeschlossen sind Notfälle und Verlegungen.

Ergebnis

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

Thromboembolie 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. 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. können das Risiko für eine TVT und damit auch für eine Lungenembolie reduzieren.

Datengrundlage

Alle Patienten mit operativem Eingriff (OPS-Code 5.*) innerhalb 36 Stunden nach stationärer Aufnahme ohne Hauptdiagnose, aber mit Nebendiagnose TVT bzw. Lungenembolie, sofern sie nicht bereits vor der Aufnahme eine Therapie mit Blutverdünnungsmitteln (Z92.1) benötigten.

Ergebnis

Die geringe Prozentzahl von 0,18% an aufgetretenen postoperativen TVT bzw. von 0,20% an aufgetretenen postoperativen Lungenembolien bei insgesamt 94450 berücksichtigten Fällen kann als ein Hinweis auf eine gute postoperative Prävention in Bezug auf das Auftreten einer Thromboembolie gewertet werden.

Episiotomierate (Scheidendammchnitt) und Dammriss 3/4°

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 der Dammrisse 3/4° aus Abrechnungsdaten mit den Raten der Perinatal-Erhebung „Geburtshilfe“ ist nicht zulässig, da differierende Einschlusskriterien vorliegen.

C Qualitätssicherung

Datengrundlage

Grundgesamtheit: Alle Spontangeburt (Nebendiagnose Z37.* ohne Sectio OPS 5-74*)

Episiotomierate: Fälle mit Scheidendammschnitt OPS 5-738*
Dammriss 3/4° (spontan):

Fälle mit Nebendiagnose O70.2/3 (Dammriss 3./4.°) ohne OPS 5-72* (instrumentelle, vaginale Entbindung)

Dammriss 3/4°(instrumentell): Fälle mit Nebendiagnose O70.2/3 (s.o.) mit OPS 5-72* (s.o.)

Ergebnis

Trotz des hohen Anteils von Risikogeburten an den Baden-Württembergischen Universitätsklinikum liegt die Episiotomierate nur bei 19%.

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 Druck im Schädel zu vermeiden. 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 der Vergleich zwischen unterschiedlichen Regionen und Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungstufen zu falschen Schlüssen führen kann.

Datengrundlage (Letalität Schlaganfall)

Falldefinitionen der Qualitätssicherung Schlaganfall der Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus GeQIK (Stuttgart).

Datengrundlage (Letalität Schlaganfall auf Stroke Unit)

Falldefinitionen der Qualitätssicherung Schlaganfall der GeQiK (Stuttgart) und Kodierung des OPS 8-981.-(neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls)

Ergebnis Letalität Schlaganfall

Die Sterblichkeit beim Schlaganfall liegt mit 9,58% deutlich niedriger als der von der GeQiK verwendete Toleranzbereich von 15%.

Ergebnis Letalität Schlaganfall (Versorgung auf Stroke Unit)

Trotz eines höheren Anteils an schwerkranken Patienten ist die Sterblichkeit von Patienten, die auf einer Stroke Unit versorgt werden, mit 4,63% im Mittel noch einmal niedriger. Dies legt nahe, dass die qualitativ hochwertige Versorgung in den Stroke Units eine positive Auswirkung auf die Letalität hat.

Freiwillige Verfahren der Qualitätssicherung

Das Universitätsklinikum Ulm nahm im Berichtsjahr 2010 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
- 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

Nierentransplantation	
Mindestmenge	25
Erbrachte Menge	12
Ausnahmetatbestand	Personelle Neuausrichtung

Stammzelltransplantation	
Mindestmenge	25
Erbrachte Menge	178

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	
Mindestmenge	10
Erbrachte Menge	34

Knie-TEP	
Mindestmenge	50
Erbrachte Menge	36
Ausnahmetatbestand	Personelle Neuausrichtung
Kommentar	Zu den 36 Erstimplantationen kommen noch 23 Knie-TEP-Wechsel-Operationen einschließlich Entfernungen hinzu. Unser Haus deckt ein sehr breites Spektrum der Knieendoprothetik ab, welches auch die Versorgung bei Tumoren umfasst. Derzeit erfolgt eine Umstellung auf navigationsgestützte Knieprothetik. Somit verfügt unser Haus über breite Erfahrung auf dem Gebiet der Knieendoprothetik. Im Jahre 2011 wird die Mindestmenge wieder erreicht.

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	
Mindestmenge	10
Erbrachte Menge	11

Für den Leistungsbereich "Nierentransplantation" wurde im Berichtsjahr 2010 die Mindestmenge unterschritten. Eine Ausnahmeregelung für das Jahr 2010 wurde beim Sozialministerium Baden-Württemberg beantragt. Ein entsprechender Bescheid liegt zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts noch nicht vor.

C Qualitätssicherung

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 („Strukturqualitätsvereinbarung“)

Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma (CQ01)

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 von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten (CQ02)

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V

Nr.		Anzahl
1.	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen	399,0
2.	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3]	220,0
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	215,0