



QB.ASKLEPIOS.COM

BERICHT ZUR MEDIZINISCHEN ERGEBNISQUALITÄT 2015



KENNZAHLEN →



DAS VIDEO ZUM QUALITÄTSBERICHT 2015:
QB.ASKLEPIOS.COM/VIDEO

INHALT

04 VORWORT

06 FOKUS

- 08 WAS IST BEHANDLUNGSQUALITÄT?
- 20 AUS EIGENINITIATIVE HANDELN
- 30 IM VERGLEICH BESSER WERDEN
- 36 EINBLICKE GEWÄHREN
- 40 STATEMENT DR. BERNARD GR. BROERMANN

42 ANHANG

- 44 KAROTIS
- 48 GEBURTSHILFE
- 52 NEONATOLOGIE
- 56 GYNÄKOLOGISCHE OPERATIONEN
- 58 BEHANDLUNG VON BRUSTKREBS
- 60 HERZSCHRITTMACHER UND DEFIBRILLATOREN
- 70 KORONARANGIOGRAPHIE
- 76 HERZCHIRURGIE
- 80 ENDOPROTHETIK
- 96 DEKUBITUS
- 100 PNEUMONIE

- 104 STANDORTE
- 105 IMPRESSUM UND DANKSAGUNGEN

KENNZAHLEN ASKLEPIOS 2015

2,3 MIO.

PATIENTEN WURDEN BEHANDELT

~1.300

KENNZAHLEN WERDEN IM ASKLEPIOS QUALITÄTSMONITOR ABGEBILDET

150

EINRICHTUNGEN IN DEUTSCHLAND

46.000

MITARBEITER UND MITARBEITERINNEN

DIE BEGRIFFE

In diesem Bericht werden für die Darstellung der Ergebnisse bestimmte Begriffe verwendet, die vorab einer Erläuterung bedürfen. So soll Ihnen nicht nur das Lesen, sondern auch die Interpretation der dargestellten Ergebnisse erleichtert werden.

QUALITÄTSINDIKATOR

Beschreibt die Umsetzung von Qualitätszielen (zum Beispiel möglichst wenige Wundinfektionen nach OP) in messbaren Größen (zum Beispiel prozentualer Anteil).

REFERENZBEREICH

Gibt den Bereich eines Qualitätsindikators für gute Qualität an. Referenzbereiche werden aus Leitlinien oder wissenschaftlicher Fachliteratur abgeleitet.

DIE DATENQUELLEN

Die im Bericht dargestellten Ergebnisse zur Behandlung basieren auf dem bundesweiten Verfahren der Externen Qualitätssicherung, das vom „IQTIG, Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ durchgeführt wird. Sie werden asklepiosintern nach den Regeln des IQTIG ausgewertet.

DIE DARSTELLUNG

Die Ergebnisse aller Leistungsbereiche der Externen Qualitätssicherung sind in diesem Bericht abgebildet. Einzelergebnisse von Kliniken werden abgebildet, wenn mehr als 20 Behandlungen durchgeführt werden.

TEILNEHMENDE KLINIKEN

Die Kliniken der MediClin AG nehmen am Benchmark der Asklepios Kliniken teil.



» WIR VERSTEHEN QUALITÄTSMANAGEMENT ALS EINEN STÄNDIGEN PROZESS DES LERNENS UND GEHEN BEI UNSEREN MASSNAHMEN WEIT ÜBER DIE BESTEHENDEN ANFORDERUNGEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG HINAUS. «

VORWORT DER GESCHÄFTSFÜHRUNG

Liebe Leserinnen und Leser,

eine Vielzahl gesetzlicher Bestimmungen soll die medizinische Qualität im Krankenhaus sicherstellen. Die Erfüllung dieser Vorgaben ist die Basis des Qualitätsmanagements bei Asklepios. Das alleine reicht uns jedoch nicht. Wir verstehen Qualitätsmanagement als einen ständigen Prozess des Lernens und gehen bei unseren Maßnahmen weit über die bestehenden Anforderungen zur Qualitätssicherung hinaus. Unser Anspruch ist es, höchste Standards bei Behandlungen und Therapien zu gewährleisten.

Patienten und Ärzte, Kostenträger aber auch die Politik erwarten zudem Transparenz. Sie alle möchten wissen, wo die beste Behandlung geboten wird, wo Sicherheit, Hygiene, die Zufriedenheit von Patienten und einweisenden Ärzten in den Fokus genommen werden. Einblicke sollen dabei für möglichst viele Bereiche, bei konservativen und operativen Behandlungen, gewährleistet werden.

Wie können wir diese Transparenz erreichen? Die Antwort ist einfach: Indem Qualität vergleichbar gemacht wird. Mit dem Bericht zur Medizinischen Ergebnisqualität schaffen wir nicht nur für Experten, sondern auch für Nicht-Mediziner die Möglichkeit, unsere Häuser einzuschätzen, aber auch diese mit den Einrichtungen anderer Träger zu vergleichen. Die Beteiligung an externen Initiativen, wie dem Portal qualitätskliniken.de, macht unsere Ergebnisse ebenfalls nach außen sichtbar.

Diese Transparenz möchten wir weiter ausbauen. Deswegen stellen wir Ihnen den Bericht zur Medizinischen Ergebnisqualität mit vertiefenden Grafiken und informativen Videos online zur Verfügung.

Aber wir messen nicht nur die Qualität unserer Arbeit, sondern arbeiten stetig an der Verbesserung unserer ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit. Wir engagieren uns in vielfältigen Bereichen für die Qualitätssicherung in unseren Krankenhäusern. Zentraler Punkt unserer medizinischen Versorgung ist die Steigerung der Sicherheit

und der Zufriedenheit unserer Patienten. So erreichen wir nachhaltig gute Ergebnisse und machen überdurchschnittliche Behandlungserfolge möglich.

Drei etablierte Verfahren werden zur Messung der Behandlungsqualität angewendet: das Verfahren der Externen stationären Qualitätssicherung (esQS-Verfahren), die Messung der Behandlungsqualität aus Abrechnungsdaten (German Inpatient Quality Indicators, G-IQI) und das QSR-Verfahren, das die Ergebnisse entlang der Behandlungskette eines Patienten betrachtet. Sie zusammen ergeben ein Gesamtbild der Behandlungsqualität.

Unsere Auswertungstools ermöglichen es uns, sehr zeitnah die Qualitäts- und Abrechnungsdaten zu analysieren. Dadurch haben wir die Möglichkeit, in kürzester Zeit Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten, Behandlungs- und Pflegeprozesse sowie therapeutische Abläufe weiter zu optimieren. Ein konzerneigenes Managementtool verknüpft die Ergebnisse zur Behandlungsqualität mit denen weiterer Qualitätsmaßnahmen. Durch die Messergebnisse lässt sich medizinische Qualität nicht nur subjektiv erfahren, sondern auch objektiv nachweisen.



Dr. Thomas Wolfram



Marco Walker



Kai Hankeln



Hafid Rifi



SEHEN SIE DAS VIDEO:
QB.ASKLEPIOS.COM/VIDEO

**» FÜR UNS STELLT SICH DIE FRAGE:
WIE KÖNNEN WIR QUALITÄT SICHERSTELLEN, MESSBAR MACHEN
UND VERSTÄNDLICHE AUFBEREITUNGEN FINDEN? «**

**DR. CHRISTIAN HÖFTBERGER,
GESCHÄFTSFÜHRENDER DIREKTOR DER ASKLEPIOS KLINIK IN HAMBURG ALTONA**





WAS IST BEHANDLUNGSQUALITÄT?

Eine medizinische Behandlung auf höchstem Niveau – dieser Wunsch steht für unsere Patienten an erster Stelle. Deswegen beobachten die Patienten den Behandlungsverlauf genau und versuchen einzuschätzen, wie erfolgreich der Eingriff war: Bin ich mit dem Behandlungserfolg zufrieden? Kann ich wieder beschwerdefrei leben? War der Eingriff komplikationslos? Wurden meine Ängste und Schmerzen ernst genommen? All das kann niemand besser einschätzen, als die Patienten selbst.

Von unserer Seite ergänzen wir diese individuelle Wahrnehmung um die Ergebnisse aus Qualitätssicherungsverfahren. Die Behandlungsqualität wird anhand verschiedener Kriterien und Indikatoren gemessen. Diese ermöglichen es, die Behandlungsqualität einzuschätzen, indem sie beispielsweise ermitteln, ob medizinische Leitlinien eingehalten wurden und die Prozesse im

Krankenhaus so organisiert waren, dass sich der gewünschte Behandlungserfolg einstellen konnte. Auch das Ergebnis selbst – wie etwa die Gehfähigkeit nach dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenkes, die Wiederherstellung des Blutflusses durch eine vor dem Eingriff verengte Halsschlagader oder das Auftreten von Komplikationen – wird betrachtet.



KONTROVERSE POLITISCHE DISKUSSION

Mehrere gesundheitspolitische Initiativen streben eine Verbesserung der Behandlungsqualität in Deutschland an. Das im Jahr 2015 aktualisierte Krankenhausstrukturgesetz stellt insbesondere die Qualität in den Mittelpunkt. Es enthält Ausführungen zur Qualitätsmessung, Qualitätskontrolle, Qualitätstransparenz, Qualitätsverträgen, zur qualitätsorientierten Vergütung und zur qualitätsorientierten Krankenhausplanung. Ziel des Gesetzes ist es, die von den Krankenhäusern angebotene Qualität zu verbessern und die Versorgungsstrukturen zu optimieren.

Die politische Diskussion erweckt den Eindruck, durch das Krankenhausstrukturgesetz würde Qualität erstmals messbar und verbessert. Dabei wird Qualität im Krankenhaus schon seit Langem durch eine Vielzahl gesetzlicher Bestimmungen reglementiert. Regelungen zur Qualität finden sich im Sozialgesetzbuch, die Bundesländer haben Qualität in den Landeskrankenhausgesetzen definiert, der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) schreibt in Richtlinien Strukturen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern vor. Im Rahmen der Krankenhausplanung sind Strukturvorgaben einzuhalten. Nur wenn diese eingehalten werden, erfolgt eine Zulassung. Ergänzt werden die gesetzlichen Vorgaben um Empfehlungen bzw. Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften.

3 etablierte Verfahren

geben Auskunft über den Behandlungserfolg

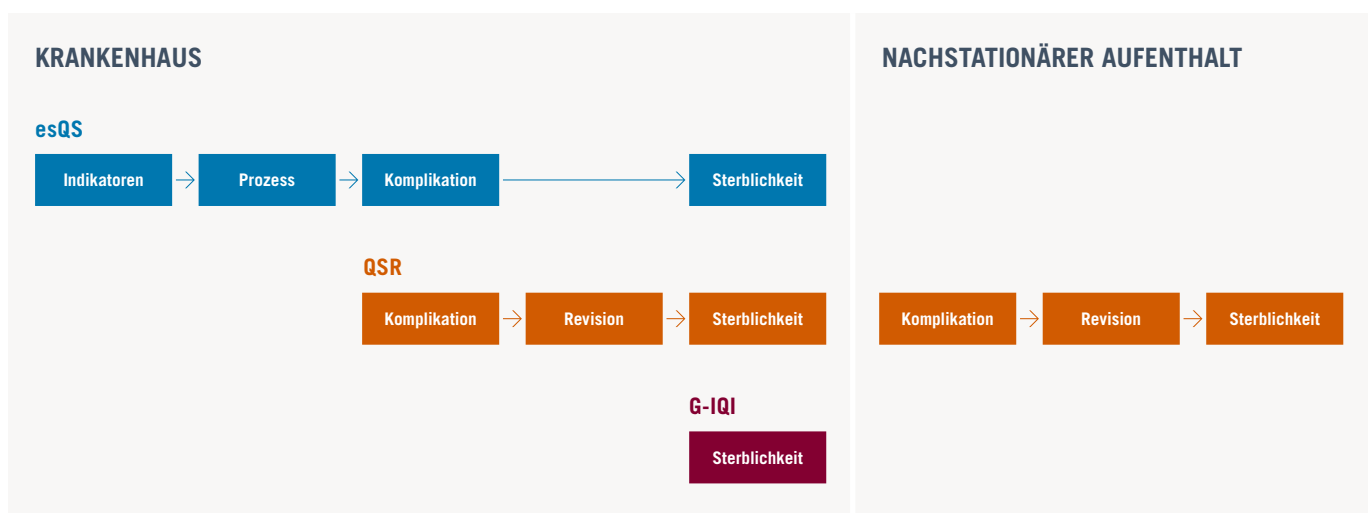
WIE KANN BEHANDLUNGSERFOLG GEMESSEN WERDEN?

Wie man konkret zu einer Aussage über die Behandlungsqualität kommt – darüber gehen die Meinungen auseinander. Die Antwort darauf wird künftig mitentscheidend für Zu- oder auch Abschläge für besonders gute bzw. nicht zufriedenstellende Qualität bei der Leistungsvergütung sein. Ein wesentliches Element stellt hierbei die Sicherung des Behandlungserfolges dar.

- Diskutiert wird, welche Datenbasis geeignet ist, um entsprechende Aussagen treffen zu können. Sind es die Abrechnungsdaten, mit denen die Kliniken ihre Leistungen bei den Krankenkassen abrechnen oder die behandlungsbegleitend erhobenen, eigens dokumentierten Daten?
- Wird ausschließlich das Behandlungsergebn betrachtet oder auch, ob die Operation überhaupt sinnvoll war? Zählt alleine das Ergebnis oder werden die Behandlungsprozesse, die den Behandlungserfolg erst ermöglichen, mit betrachtet? Wie wird berücksichtigt, dass die Patienten unterschiedliche Begleiterkrankungen mitbringen und das Risiko eines Eingriffs daher unterschiedlich ausfällt?
- Und nicht zuletzt: Welcher Teil der Behandlung wird betrachtet? Ausschließlich der Aufenthalt im Krankenhaus oder auch die vorgelagerte und nachgelagerte ambulante Behandlung und die Zeit danach? Wie werden die Ergebnisse der Behandlung zugeordnet, wenn mehrere Einrichtungen an der Behandlung beteiligt waren. Wem rechnet man den Behandlungserfolg oder -misserfolg zu?

Etabliert haben sich derzeit drei Verfahren, die jeweils für sich in Anspruch nehmen, Auskunft über den Behandlungserfolg geben zu können:

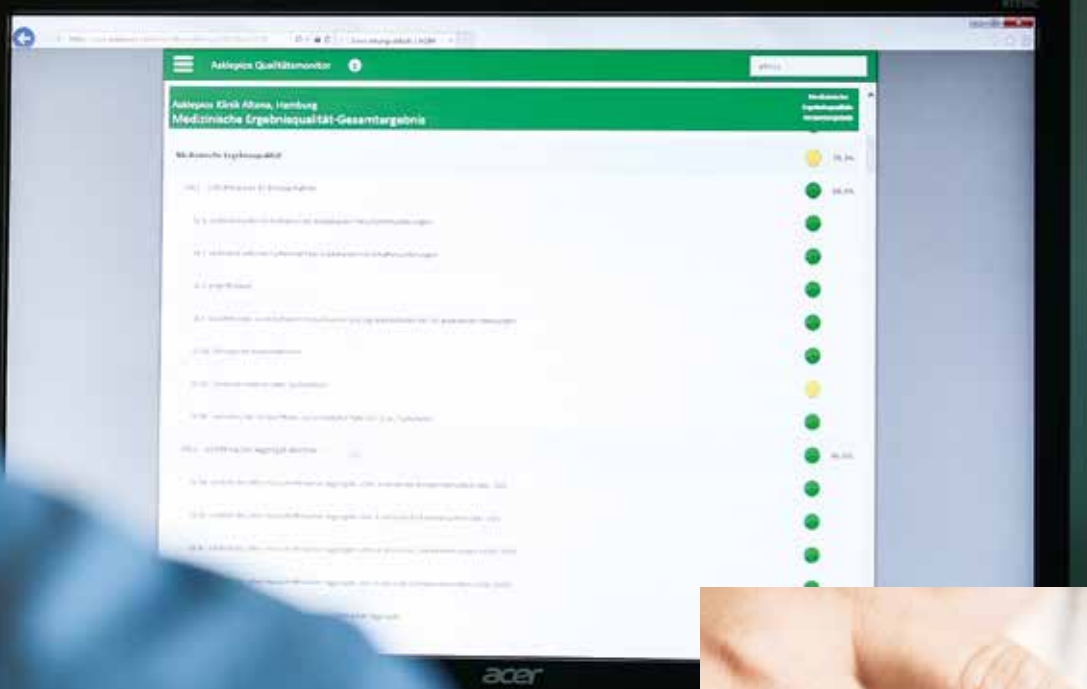
- das gesetzlich verpflichtende Verfahren der Externen stationären Qualitätssicherung (esQS-Verfahren)
- die Messung der Behandlungsqualität aus Abrechnungsdaten (German Inpatient Quality Indicators, G-IQI)
- das QSR-Verfahren der AOK, das auf Abrechnungsdaten der AOK entlang der Behandlungskette eines Patienten basiert



Das Verfahren der Externen Qualitätssicherung (QS-Verfahren) und das G-IQI-Verfahren (German Inpatient Quality Indicators) nehmen die Behandlungsqualität während des Krankenhausaufenthalts in den Fokus. Der Wunsch von Patienten, einweisenden Ärzten und den Krankenhäusern, Informationen zu den Langzeiterfolgen von Behandlungen zu erhalten, lässt sich mit diesen Verfahren nicht erfüllen. Das Verfahren „Qualitätssicherung aus Routinedaten“ (QSR) der AOK zeichnet sich dadurch aus, dass es auch Komplikationen, Folgeeingriffe und Sterblichkeit im Krankenhaus und bis zu einem Jahr nach der Entlassung des Patienten betrachtet. Hierfür sind neben den Abrechnungsdaten der Krankenhäuser die Sozialdaten der Versicherten erforderlich.

Das Verfahren der Externen Qualitätssicherung (esQS) betrachtet als einziges Verfahren auch die **Indikationsstellung**. Im Fokus sind zudem die **Behandlungsprozesse**, beispielsweise die Bestimmung der Atemfrequenz bei Patienten mit Verdacht auf Lungenentzündung. Das **Behandlungsergebnis**, Komplikationen und die Sterblichkeit werden ebenfalls erfasst. Im Mittelpunkt des G-IQI-Verfahrens steht insbesondere die **Sterblichkeit**.

Das Verfahren der Externen Qualitätssicherung erfordert eine **behandlungsbegleitende Dokumentation**. So sind beispielsweise bei einer Halsschlagaderoperation mehr als 70 Einzelangaben erforderlich, wie zur Verengung der Halsschlagadern vor dem Eingriff oder zur therapierten Seite sowie zur Art und Dauer des Eingriffs. Mehrere Einzelangaben werden in einem Indikator, wie der „Sachgerechten Indikationsstellung bei einem kathetergestützten Eingriff“, zusammengeführt. Die Auswertung der Jahresergebnisse übernimmt, als externe Einrichtung, das „Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“, IQTIG.



» WIR MÖCHTEN EIN GESAMTBILD DER BEHANDLUNGS-QUALITÄT ERHALTEN. DAHER VERKNÜPFEN WIR DIE ERGEBNISSE UNTERSCHIEDLICHER QUALITÄTSSICHERUNGSVERFAHREN MITEINANDER. «



Vor allem wegen des geringen Erhebungsaufwands ist die Qualitätssicherung mithilfe von Routinedaten interessant. Da jeder Fall, jede durchgeführte Prozedur und der erhöhte Aufwand bei auftretenden Komplikationen während des Krankenhausaufenthaltes abgerechnet wird, stehen Daten zu **Diagnosen (ICD) und Behandlungen (OPS)** ohnehin zur Verfügung. Sie werden für die Auswertung im Verfahren der German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) herangezogen. Kliniken, die dieses Verfahren favorisieren, können sich an der „Initiative für Qualitätsmedizin“ (IQM) beteiligen und sind dann verpflichtet, ihre Ergebnisse zu veröffentlichen.

Die QSR-Ergebnisse spiegeln ausschließlich die **Behandlungsqualität der AOK-Patienten** wider. Die krankenhauses- und jahrgangsübergreifende Auswertung benötigt viel Zeit. Aktuell werden Ergebnisse der Jahre 2011 bis 2013 mit einer Nachbeobachtung im Jahr 2014 dargestellt. Die Ergebnisse werden sowohl im AOK Krankenhausnavigator wie auch in der Regionalpresse veröffentlicht. Auf die Publikation der Daten haben die Kliniken keinen Einfluss. Zwischenzeitlich vorgenommene Umstrukturierungen, eine neue fachliche Ausrichtung oder ein besonderes Engagement bei der kritischen Auseinandersetzung mit der Behandlungsqualität lassen sich nicht zeitnah abbilden.

Eine **Risikoadjustierung** hilft, Ergebnisse vergleichbar zu machen. Um Ergebnisse von Kliniken miteinander vergleichen zu können, wird ermittelt, welche Rate an Komplikationen oder Todesfällen erreicht worden wäre, wenn das Krankenhaus bezüglich aller berücksichtigten Risikofaktoren wie beispielsweise Alter, Schwere der Erkrankung und Begleiterkrankungen denselben „Patientenmix“ gehabt hätte, wie alle anderen Kliniken. Das Vorgehen zur Risikoadjustierung ist in den drei Verfahren unterschiedlich gestaltet. Am wenigsten ausgeprägt ist die Risikoadjustierung im G-IQI-Verfahren. Justiert wird hier nach Alter und Geschlecht. Als Maßstab für die Behandlungsqualität, den Referenzbereich, werden die Durchschnittswerte des Statistischen Bundesamtes herangezogen.

Betrachtet man die hier skizzierten Ansätze zur Messung der Behandlungsqualität wird eines deutlich: Der Eindruck, durch politische Eingriffe würde Behandlungsqualität erstmals messbar und verbessert, täuscht.

DER WEG – EIN GESAMTBILD HERSTELLEN

Welches Verfahren muss man bedienen? Und welches Verfahren liefert die aussagekräftigeren Ergebnisse? Oder gehen auch mehrere Methoden?

Wir von Asklepios gehen nach dem Motto vor: „Das eine tun und das andere nicht lassen“. Unser Interesse ist die Verbesserung der Patientenversorgung. Daher kommen alle drei Verfahren zur Anwendung und ergeben ein Gesamtbild der Behandlungsqualität. In der nebenstehenden Beispielübersicht können Sie die Ergebnisse der verschiedenen Methoden sehen, die zusammen eine Gesamteinschätzung der Behandlungsqualität ermöglichen.

QUALITÄTSSICHERUNGSVERFAHREN ZUR ABBILDUNG DER BEHANDLUNGSQUALITÄT BEI ERKRANKUNGEN DES HERZENS

	esQS	G-IQI	QSR
Darstellung der Herzkranzgefäße	✓	✓	✓
Aufdehnung der Herzkranzgefäße	✓	✓	✓
Herzinfarkt		✓	✓
Herzinsuffizienz		✓	✓
Herzrhythmusstörungen	✓		

An zwei konkreten Beispielen wollen wir aufzeigen, wie sich die unterschiedlichen Informationen zum Behandlungsverlauf zu einem Gesamtbild zusammensetzen.

BEHANDLUNG EINER HERZMUSKELSCHWÄCHE

Heinz M., 42 Jahre, ist ein schwer kranker Mann. Er hat eine Herzmuskelschwäche (Herzinsuffizienz) und weitere Begleiterkrankungen wie Diabetes sowie eine chronische Nierenkrankheit. Er wird am 8. Februar 2015 als Notfall in ein Krankenhaus eingeliefert. Zur Abklärung seiner Beschwerden erfolgt eine Darstellung der Herzkranzgefäße (Koronarangiographie).

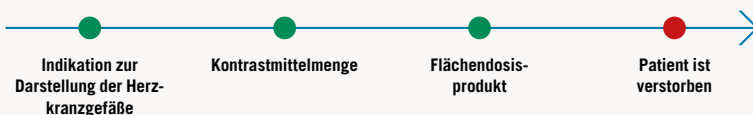
Während seines Krankenhausaufenthaltes erleidet er einen Herzinfarkt. Erschwerend kommt eine Lungenentzündung hinzu. Heinz M. wird auf der Intensivstation versorgt und künstlich beatmet. Mehrfach ist aufgrund seiner Nierenerkrankung eine Blutwäsche erforderlich. Er verstirbt drei Monate nach seiner Aufnahme.

Die Qualitätssicherungsverfahren der Externen Qualitätssicherung (esQS) und der German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) zeichnen folgendes Bild:

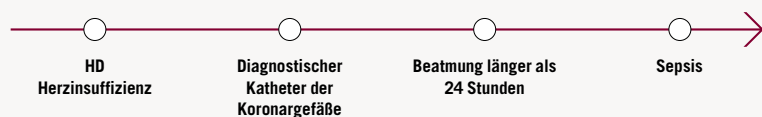
Als Hauptdiagnose wurde eine Herzinsuffizienz diagnostiziert. Die Indikation zur Darstellung der Herzkranzgefäße (Diagnostischer Katheter) war sachgerecht. Bei der Durchführung der Herzkatheteruntersuchung wurden die von medizinischen Fachexperten benannten Referenzbereiche für die Kontrastmittelmenge und die Strahlendosis (Flächendosisprodukt) eingehalten. Der Patient wurde länger als 24 Stunden beatmet und hat eine Sepsis entwickelt.

IM KRANKENHAUS

Verfahren der Externen Qualitätssicherung (esQS)



German Inpatient Quality Indicators (G-IQI)





VERSORGUNG EINES HÜFTGELENKSNAHEN OBERSCHENKELHALSBRUCHS

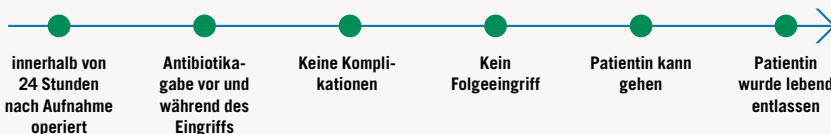
Waltraud K., 77 Jahre alt, ist zu Hause gestürzt. Sie hat sich einen hüftgelenksnahen Oberschenkelhalsbruch zugezogen. Der Notarzt liefert sie am 13. Mai 2015 um 19:13 Uhr ins Krankenhaus ein. Bereits am nächsten Morgen, um 9:36 Uhr wird sie operiert. Der Bruch wird mit Schrauben fixiert. Nach knapp einer Stunde ist die Operation abgeschlossen. Komplikationen sind nicht aufgetreten. Möglichst schnell beginnt eine Physiotherapeutin sie zu mobilisieren. Sie soll nach dem Unfall so schnell wie möglich wieder selbstständig gehen können.

Die verschiedenen Qualitätssicherungsverfahren (esQS, QSR) zeigen für den Krankenhausaufenthalt sowie die Zeit danach folgenden Behandlungsverlauf:

Waltraud K. ist, wie es die medizinischen Leitlinien vorsehen, innerhalb von 24 Stunden nach ihrer Ankunft im Krankenhaus operiert worden. Zur Vermeidung einer Wundinfektion hat sie Antibiotika erhalten. Komplikationen und ein Folgeeingriff, das zeigen beide Verfahren (esQS, QSR), sind während ihres Krankenhausaufenthaltes nicht aufgetreten. Bei ihrer Entlassung konnte die Patientin gehen. Nach ihrem Krankenhausaufenthalt war kein Folgeeingriff erforderlich.

IM KRANKENHAUS

Verfahren der Externen Qualitätssicherung (esQS)



Qualitätssicherung aus Routinedaten (QSR)



NACH DEM KRANKENHAUSAUFENTHALT





NICHT NUR MESSEN – SONDERN VERBESSERN

Wir wollen Qualität nicht nur messen, sondern vor allem verbessern. Damit dies gelingt, müssen Ergebnisse zur Behandlungsqualität sehr zeitnah zur durchgeführten Behandlung zur Verfügung stehen. Die offiziellen Auswertungen des IQTIG (esQS), der Initiative IQM (G-IQI) und der AOK (QSR) können dies derzeit nicht leisten. Während Ergebnisse aus dem Verfahren der Externen Qualitätssicherung (IQTIG) erst im Sommer des Folgejahres zur Verfügung stehen, sind die Ergebnisse aus dem QSR-Verfahren der AOK noch älter. Die offiziellen Auswertungen kommen insgesamt zu spät, um anhand der Ergebnisse oder der Analyse einzelner Fälle Schwachstellen aufzudecken und Veränderungen zeitnah einzuleiten.

Daher bedient sich Asklepios konzernintern eines Auswertungstools, das es ermöglicht, während des Betrachtungszeitraumes unterjährig die Qualitäts- und Abrechnungsdaten auszuwerten. Vierteljährlich, teilweise auch monatlich, werden die Daten vom Konzernbereich Qualität ausgewertet und die Ergebnisse zurück in die Kliniken und ihre Fachabteilungen gespiegelt. So können Prozessverbesserungen sehr zügig aktiv angegangen werden. Kritisch werden die Indikationsstellung oder aufgetretene Komplikationen betrachtet. Hätten sie durch eine andere Vorgehensweise vermieden werden können? Was lässt sich aus den Fallbetrachtungen lernen und wie vermitteln wir die gewonnenen Erkenntnisse an alle Mitarbeiter?

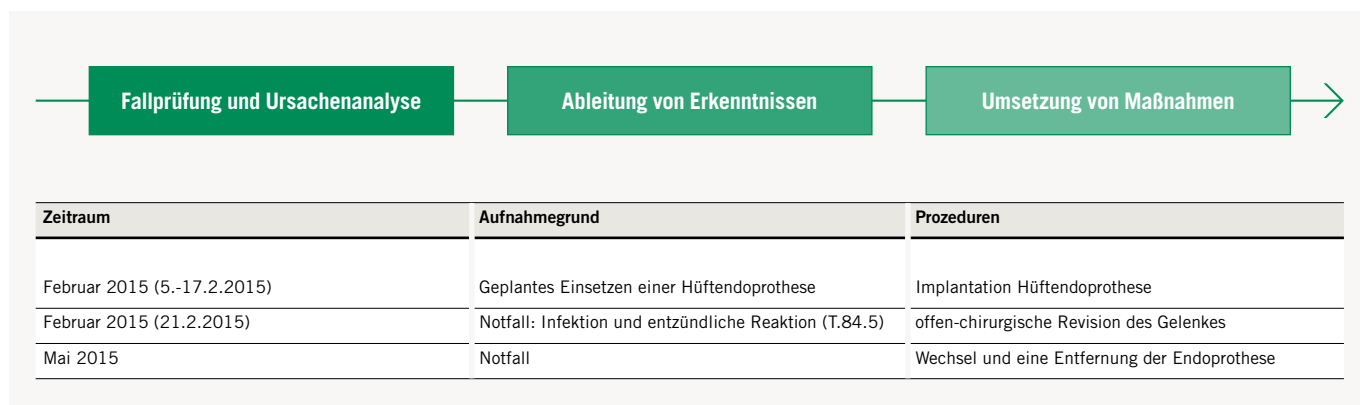
Zudem werden die Abrechnungsdaten analog der Rechenregeln des QSR-Verfahrens der AOK ausgewertet. Das Regelwerk ist öffentlich zugänglich. Trotzdem gibt es Unterschiede:

- Die AOK kann den Weg der Patienten über die Behandlung verfolgen – auch dann, wenn ein Patient nach einem Eingriff die Klinik eines anderen Trägers aufsucht, um ggf. einen Folgeeingriff durchführen zu lassen.
- Die Asklepios Kliniken können den Behandlungsverlauf nur bei den Patienten verfolgen, die zur Nachbehandlung die erstversorgende Asklepios Klinik aufsuchen.
- Während die AOK die Daten ihrer Versicherten auswertet, werden konzernintern die Behandlungsergebnisse für alle Patienten, unabhängig von ihrer Krankenkasse, analysiert.
- Die Datenauswertung erfolgt bei Asklepios deutlich zeitnäher, als dies der AOK möglich ist.
- Und noch einen entscheidenden Unterschied gibt es: Die konzerninterne Auswertung ermöglicht die Betrachtung jedes einzelnen Falls.

4-12 mal pro Jahr

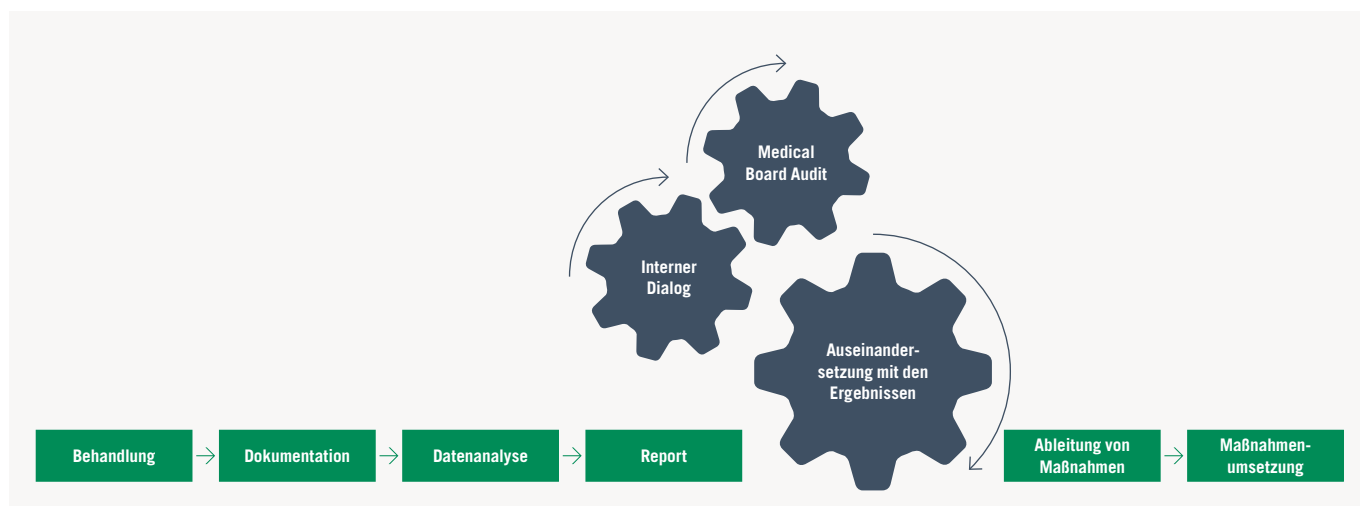
können die Daten mit dem Asklepios-Tool ausgewertet werden

» UNSERE KONZERNINTERNE AUSWERTUNG ERMÖGLICHT DIE BETRACHTUNG JEDES EINZELNEN FALLS. «



Möglich macht diese kritische Auseinandersetzung ein umfassendes Portfolio an qualitätsunterstützenden und qualitätssichernden Maßnahmen. Es sorgt für eine aktive Auseinandersetzung mit der Behandlungsqualität.

So können Schwächen schnell erkannt und entsprechend gehandelt werden. Die Wirksamkeit der eingeleiteten und umgesetzten Maßnahmen wird kontinuierlich überprüft.





QUALITÄT BEGINNT BEI DER BETRACHTUNG DES EINZELFALLS

Unerwünschte Behandlungsergebnisse können eine Fülle von Ursachen haben. Bei der Behandlung von Patienten können Komplikationen auftreten, die gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn eine schwere Infektion nicht rechtzeitig erkannt wird. Oder wenn es nach einer Operation zu einer Blutung kommt, die einen erneuten Eingriff erforderlich macht. Auch können Begleitsymptome der Krankheit zu Problemen führen, die auch bei bestem Verlauf nicht zu vermeiden sind.

Bei jedem einzelnen Fall von unerwünschten Komplikationen ist es wichtig zu prüfen, ob alle erforderlichen und dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Behandlungen durchgeführt wurden. Das ist in erster Linie die Aufgabe der behandelnden Ärzte und Pflegekräfte. Sie sollen den Ursachen dieser Ereignisse auf den Grund gehen. Die Klinikmitarbeiter müssen prüfen, ob und ggf. was bei der Behandlung oder in der interdisziplinären Zusammenarbeit verändert werden muss.

So verläuft das Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenkes nur dann erfolgreich, wenn der Patient nach der Operation mobilisiert wird und das Gehen schnell wieder erlernt. Ein Sturz kann die Arbeit des Orthopäden zunichtemachen, indem sich das Implantat verschiebt oder der Oberschenkel bricht. Aufgabe der Pflegekräfte bzw. der Physiotherapeuten ist es, das Sturzrisiko zu minimieren und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Hindernisse und Stolperfallen müssen beseitigt, geeignete Hilfsmittel bereitgestellt und Gehübungen durchgeführt werden. Das Zusammenspiel aller Berufsgruppen muss funktionieren, damit die Behandlung erfolgreich verläuft.

Nach der Analyse kommt die Ableitung von Maßnahmen und deren Umsetzung. Vieles ist zu bedenken, ehe sichergestellt ist, dass Patienten beispielsweise mit einem hüftgelenksnahen Oberschenkelhalsbruch innerhalb von 24 Stunden operiert werden können. Nicht nur Operateure sondern auch Anästhesisten und weiteres OP-Personal müssen dafür an jedem Tag in der Woche, auch am Wochenende, verfügbar sein. Die Prozesse müssen funktionieren. Wenn medizinische Leitlinien fordern, die Zeit zwischen Aufnahme und Operation zu verkürzen (von 48 Stunden auf 24 Stunden), weil dies zu einem besseren Behandlungsergebnis führt, sind Anpassungen der krankenhausinternen Prozesse notwendig. Die erforderlichen Prozessveränderungen und abgeleiteten Maßnahmen müssen breit kommuniziert werden, damit die neuen Abläufe reibungslos funktionieren. Das Bemühen um Qualität, das zeigt dieses Beispiel, ist ein steter Prozess der Weiterentwicklung und Verbesserung.

HERAUSFORDERUNG GESAMTBILD

Wir stehen als Konzern vor der Herausforderung, aus vielen verschiedenen Indikatoren eine Aussage abzuleiten, die ein ganzes Gebiet wie die Behandlungsqualität bei Erkrankungen des Herzens, der Lunge oder den Eingriffen an den Bauchorganen abbildet. Doch wie sind die vielen Einzelergebnisse zu bündeln und zu einer Gesamteinschätzung der Behandlungsqualität zusammenzuführen? Sind alle Ergebnisse gleichwertig? Und worauf soll der Fokus gelegt werden? Hinzu kommt, dass die Behandlungsqualität nur eine der im Krankenhaus wichtigen Qualitätskategorien darstellt. So haben Hygiene oder Patientensicherheit ebenfalls einen hohen Stellenwert.

Möglich wird uns die Verknüpfung unterschiedlicher Indikatoren und Kategorien durch den Asklepios Qualitätsmonitor (AQM), ein internes Steuerungsinstrument (→ S. 30). Damit sorgen wir dafür, dass unsere Kliniken für die sich anbahnenden Veränderungen in der Qualitätssicherung gut gerüstet sind.

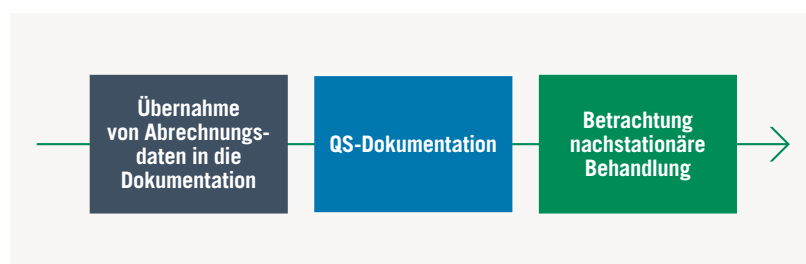
STÄRKEN BÜNDELN – VERFAHREN VERSCHMELZEN

Kein Verfahren zur Einschätzung der Behandlungsqualität (esQS, G-IQI, QSR) kann bisher für sich in Anspruch nehmen, die Behandlungsqualität umfassend abzubilden. Zu unterschiedlich sind die Ansätze, zu verschieden sind die Qualitätsaussagen.

Mit der Diskussion um eine übergreifende Qualitätssicherung, in der zum Beispiel die bisher getrennten Qualitätssicherungen des ambulanten und des stationären Sektors zusammengeführt werden, beginnen die genannten Verfahren zu verschmelzen. Das ist keine Zukunftsmusik, die erst in einigen Jahren umgesetzt wird. Die Umsetzung hat bereits begonnen.

- Schon heute basiert die Dokumentation bei der Behandlung von Druckgeschwüren weitgehend auf Abrechnungsdaten. Mehr als 9 Millionen Dateneingaben konnten so vermieden werden. Heute sind nur einige wenige Angaben durch die Pflegekräfte zu ergänzen.
- Elemente des QSR-Verfahrens finden Eingang in das Verfahren der Externen Qualitätssicherung. Bei der Betrachtung der Behandlungsqualität, beispielsweise der Endprothesenversorgung, wird seit dem Jahr 2016 auch das Geschehen nach dem Krankenhausaufenthalt berücksichtigt.

Letztlich bleibt es eine politische Entscheidung, welches Verfahren künftig, einzeln oder in Kombination mit Elementen anderer Verfahren, angewendet werden soll. Daten bleiben die Grundlage für die Auseinandersetzung mit der Behandlungsqualität. Das Handeln und die Einleitung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses können sie nicht ersetzen. Denn auf das Handeln kommt es an.



» DER BEHANDLUNGSERFOLG KANN SICH VON PATIENT ZU PATIENT
UNTERSCHIEDEN. MEDIZIN IST EINE NATURWISSENSCHAFT UND WIR
MÜSSEN VIELE RAHMENBEDINGUNGEN MIT EINFLIESSEN LASSEN. «





SEHEN SIE DAS VIDEO:
[QB.ASKLEPIOS.COM/VIDEO](https://qb.asklepios.com/video)



AUS EIGENINITIATIVE HANDELN

Das geplante Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenkes, die Behandlung einer Lungenentzündung oder eines Schlaganfalls, Wiederbelebungen nach einem Herzinfarkt oder das Richten eines hüftgelenksnahen Bruchs des Oberschenkels nach einem Sturz – so vielfältig wie die Erkrankungen sind auch die Behandlungen, die in den Asklepios Kliniken durchgeführt werden.

Das Ziel ist eine qualitativ hochwertige Behandlung. Allerdings gibt es nicht für jede Therapie ein etabliertes Qualitätssicherungsverfahren. Wie beispielweise bei der Weiterbehandlung von Patienten nach einem akuten Schlaganfall, der Neurologischen Frührehabilitation. Dann ist die Eigeninitiative der Experten gefragt. Wie können hier Aussagen zur Behandlungsqualität getroffen werden?

Teilweise gelten bereits vorhandene Qualitätssicherungsverfahren, wie in der Anästhesie, nur für einzelne Bundesländer. Für die Hamburger Asklepios Kliniken ist eine Befragung der Patienten zur Zufriedenheit mit der Aufklärung und der Narkose verpflichtend. Für alle Asklepios Kliniken gilt jedoch der gleiche Anspruch: Wir wollen Behandlungsqualität auf höchstem Niveau bieten. Was liegt also näher, als die Verfahren auszuweiten. Aus Eigeninteresse beteiligen sich daher weitere Asklepios Kliniken an dem Qualitätssicherungsverfahren.

Medizinische Behandlungsverfahren entwickeln sich weiter. So wie in der Urologie, wo lasergestützte Behandlungsverfahren ganz neue Behandlungsmöglichkeiten eröffnen. Die Frage, die sich stellt: Bietet das neue Verfahren die Qualität, die man sich davon verspricht?

Den Anstoß zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung geben meist einzelne Ärzte. An der konkreten Entwicklung und Erprobung sind dann Experten aus mehreren Kliniken beteiligt. Ob die Erkenntnisse den Dokumentationsaufwand rechtfertigen, neue Behandlungsmethoden Vorzüge mit sich bringen und konzernweit umgesetzt werden sollen, bewerten bei Asklepios Expertengremien, die Medical Boards.

Medizinische Fachgesellschaften, wie die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (DGAI) und die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DVI), haben eigene Qualitätssicherungsverfahren entwickelt. Die Teilnahme an diesen Verfahren ist freiwillig und zugleich im Interesse aller auf einer Intensivstation tätigen Mitarbeiter. Machen wir das, was wir tun auch gut? Was können wir von Anderen lernen? Da das Verfahren zur Einschätzung der Qualität auf Intensivstationen die Experten des Medical Board Anästhesie und Intensivmedizin überzeugt hat, empfehlen sie ihren Fachkollegen in den Asklepios Kliniken eine Teilnahme. Zahlreiche Abteilungen folgen dieser Empfehlung.

Gleiches gilt auch für eine Initiative der Universität Jena, die Initiator des Projektes QUIPS ist. QUIPS steht für Qualitätssicherung in der postoperativen Schmerztherapie. Im Mittelpunkt steht die Einschätzung des Patienten zur Schmerzbehandlung nach Operationen. Die Asklepios Kliniken beteiligen sich seit Jahren und „quipsen“. Gemeinsam verfolgen sie das Ziel, sich mit anderen zu vergleichen, um besser zu werden und die postoperative Schmerztherapie zu optimieren.

Einige Ansätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der medizinischen Behandlungsqualität möchten wir auf den folgenden Seiten näher betrachten.



ENTWICKLUNG: QUALITÄTSSICHERUNG IN DER NEUROLOGISCHEN FRÜHREHABILITATION

Ein Schlaganfall trifft die Betroffenen unvorbereitet und ist die häufigste Ursache einer dauerhaften Behinderung im Erwachsenenalter. Jedes Jahr erleiden in Deutschland rund 250.000 Menschen einen Schlaganfall. Jeder sechste Patient ist jünger als 45 Jahre.

Die Möglichkeiten der Vorbeugung, Früherkennung, Akutbehandlung und Rehabilitation haben sich in den vergangenen Jahren stetig verbessert. Trotz aller Fortschritte ist dennoch nach einem Schlaganfall mit bleibenden Ausfällen vieles anders. Das Körpergefühl, die Mobilität oder auch die Partnerschaft verändern sich.

Während der Behandlung des akuten Schlaganfalls (Phase A), in einer Stroke Unit oder auf einer Intensivstation, geht es insbesondere darum, lebenswichtige Körperfunktionen wie die Atmung und den Kreislauf zu sichern. Bereits hier wird mit der Rehabilitation begonnen. Die Betroffenen sollen verlorene Fähigkeiten wiedererlangen.

An die Akutbehandlung der Schlaganfallpatienten schließen sich mehrere Rehabilitationsphasen an. Patienten mit schweren, bleibenden Behinderungen werden direkt in eine Frührehabilitation (Phase B) überwiesen. Behandlungsziele sind die Entwöhnung von der maschinellen Beatmung, eine weitere Stabilisierung von Herz, Kreislauf und Atmung und eine Steigerung der Mobilität.

Jeder 6.

der rund 250.000 Schlaganfall-Patienten pro Jahr ist jünger als 45 Jahre.

Während es zur Akutversorgung von Schlaganfallpatienten eine Fülle von Daten gibt, die einen Rückschluss auf die Qualität der Behandlung erlauben, gibt es zum weiteren Verlauf der Behandlung nur wenige Informationen. Welche Fähigkeiten können wiedergewonnen werden, wieviel an Mobilität kann zurückgewonnen werden und verläuft die Behandlung ohne Komplikationen? Dies sind die Fragen, die sich hier stellen.

Eine Antwort auf diese Fragen zu finden, steht im Mittelpunkt eines gemeinsamen Projektes dreier Hamburger Asklepios Kliniken mit Frührehabilitationseinrichtungen. Die Asklepios Klinik Nord, die Asklepios Klinik Harburg sowie die Asklepios Klinik St. Georg haben im Jahr 2012 ein Qualitätssicherungsprojekt¹⁾ der Schlaganfallfrührehabilitation aufgelegt. Ein eigens entwickeltes Erhebungsinstrument erfasst seitdem neben den Basisdaten und den Begleiterkrankungen auch den Aufnahme- und Entlassungsstatus des Patienten sowie das Zeitintervall zwischen Schlaganfall und der Aufnahme in die Rehabilitation. Komplikationen im Behandlungsverlauf werden ebenso dokumentiert, wie die Behandlungsdauer und das Entlassungsziel. Für die Auswertung wurden bereits publizierte Qualitätsindikatoren der Schlaganfallrehabilitation aufgegriffen und ergänzt.

¹⁾ G. Seidel, D. Kücken, L. Eggers, K. Klose, R. Töpfer, A. Majewski, E. Zukunft, U. Debacher: Qualitätsmanagement in der Frührehabilitation nach Schlaganfall – Deskriptive Analyse und Qualitätsindikatoren. Akt Neurol 2015; 42: 351–356

Aus diesem Register zur Schlaganfall-Frührehabilitation konnten Daten der ersten drei Jahre ausgewertet werden.

- 818 Schlaganfall-Patienten mit einem medianen Alter von 72 Jahren wurden analysiert. Sie wurden im Median 34 Tage behandelt.
- Der mediane Frühreha-Barthel-Index (FRBI)²⁾ bei der Aufnahme lag bei minus 40 Punkten und bei Entlassung bei plus 25 Punkten. Ausfälle im Hinblick auf die Aktivitäten des täglichen Lebens konnten deutlich reduziert werden. Die Erreichungsgrade der Qualitätsindikatoren sind der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

818

Schlaganfall-Patienten mit einem Durchschnittsalter von 72 Jahren wurden in den ersten drei Jahren ausgewertet.

ERGEBNISSE DER QUALITÄTSINDIKATOREN³⁾

Qualitätsindikator	Anteil der Patienten, die den jeweiligen Qualitätsindikator erfüllen
Leitliniengerechte Blutdruckeinstellung	72,3 %
Rückbildung Gedächtnisstörung	20,4 %
Rückbildung beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	82,2 %
Rückbildung Depression	34,6 %
Rückbildung schwere Verständigungsstörung	61,5 %
Mobilitätsverbesserung	43,1 %
Verbesserung Armfunktion	21,2 %
Weiterführende institutionelle Rehabilitation	65,6 %
Tracheobronchitis oder Pneumonie	23,3 %
Entfernung Tracheostoma	76,3 %
Überlebensrate	95,0 %
Tage zwischen Eintritt Schlaganfall – Beginn der Frührehabilitation	10,0

Bemerkenswert sind die deutlichen Unterschiede im Erreichungsgrad der verschiedenen Qualitätsindikatoren, teilweise auch zwischen den drei Einrichtungen. Dies ermöglicht eine Verbesserung der Behandlungsqualität durch Analyse der „Best practice“.

„Die Ergebnisse der Erhebung spiegeln die Erfolge, die unsere Patienten unter hohem Eigeneinsatz und mit professioneller Unterstützung der Behandlungsteams in der Neurologischen Frührehabilitation erreichen, wider“ fasst Prof. Dr. Günter Seidel, Chefarzt der Klinik für Neurologie und Neurologische Frührehabilitation in der Asklepios Klinik Nord, Hamburg, stellvertretend für sich und seine Fachkollegen aus der Arbeitsgemeinschaft Neurologischen Frührehabilitation der Hamburger Asklepios Kliniken⁴⁾ das Ergebnis zusammen.

²⁾ Der Barthel-Index ist ein Bewertungsverfahren zur Einschätzung der alltäglichen Fähigkeiten wie Essen und Trinken, Körperpflege, Mobilität und wird zur Einschätzung der Selbstständigkeit bzw. der Pflegebedürftigkeit genutzt. Beim „Frühreha-Barthel-Index“ (FRB) wird der Barthel-Index durch weitere Kriterien aus dem Frührehabilitationsbereich ergänzt. Betrachtet wird beispielsweise die Notwendigkeit von Beatmung oder ob Verständigungsprobleme bestehen. Angegeben wird der FRBI in negativen Punktwerten.

³⁾ unter Ausschluss der verstorbenen Patienten (5% des Kollektivs [n=818])

⁴⁾ 1. Arbeitsgemeinschaft neurologische Frührehabilitation der Hamburger Asklepios Kliniken: G. Seidel (1), L. Eggers (1), D. Kücken (1), E. Zukunft (2), R. Töpfer (3), A. Majewski (3, 4), K. Klose (4), C. Terborg (5), I. Klass (5), U. Debacher (2) (1) Neurologie und Neurologische Frührehabilitation, Asklepios Klinik Nord; (2) Konzernbereich Qualität, Asklepios Kliniken Hamburg GmbH; (3) Neurologie, Asklepios Klinik Harburg; (4) Frührehabilitation, Asklepios Klinik Harburg; (5) Fachübergreifende Frührehabilitation und Physikalische Medizin, Asklepios Klinik St. Georg

94% 85%

Das Projekt und seine ersten Ergebnisse stießen auch trägerübergreifend bei den Hamburger Kliniken mit neurologischen Frührehabilitationsabteilungen auf Interesse. Was als Initiative dreier Asklepios Kliniken begann, wird im Jahr 2017 zu einem hamburgweiten Qualitätssicherungsprojekt „Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation“ führen. Es wird geschätzt, dass aus acht Kliniken jährlich ca. 1.300 Patienten in der Qualitätssicherung erfasst werden. So können die Erfolge aller Hamburger Kliniken mit neurologischer Frührehabilitation sichtbar werden. Gemeinsam können Maßnahmen für die Verbesserung noch nicht zufriedenstellender Ergebnisse entwickelt werden.

der im Jahr 2015 in den teilnehmenden Asklepios Kliniken stichprobenartig befragten Patienten sind mit der Behandlung durch das Narkoseteam sehr zufrieden und würden die Betreuung Angehörigen und Freunden weiterempfehlen⁵⁾.

der operierten Patienten haben dem Eingriff ruhig und unaufgeregt entgegen gesehen und sich sowohl bei der Vorbereitung der Narkose wie auch nach dem Eingriff, im Aufwachraum, sicher und geborgen gefühlt⁶⁾.

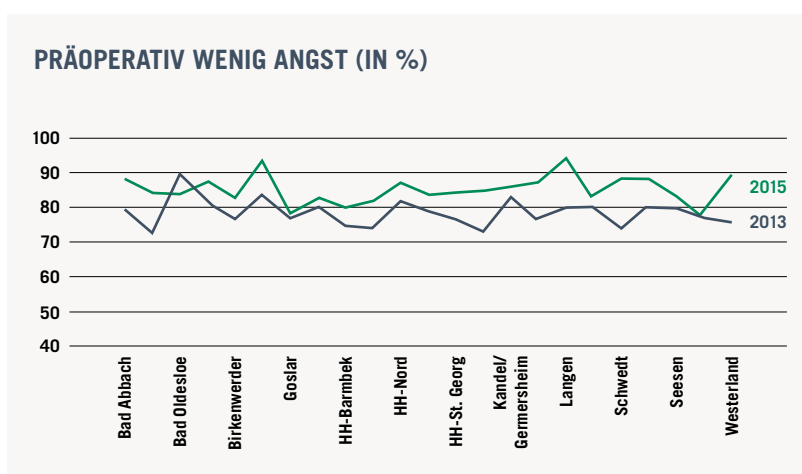
ZUFRIEDENE PATIENTEN: BEFRAGUNG NACH DER NARKOSE

Ein operativer Eingriff, sei es die Entfernung einer Gallenblase oder das Einsetzen eines Herzschrittmachers, löst bei vielen Patienten Unbehagen aus. Nicht nur vor dem Eingriff selbst, sondern auch vor der Narkose. Einige Patienten fürchten den Kontrollverlust, fühlen sich ausgeliefert, andere sorgen sich, dass sie doch etwas von dem Eingriff bemerken oder nicht wieder aufwachen. Diese Sorgen werden gemeinsam im Aufklärungsgespräch besprochen, ebenso wie der Umgang mit möglichen Schmerzen nach dem Eingriff.

Wie zufrieden unsere Patienten mit der Information über den Eingriff und der Narkose sind, ist einer der Indikatoren, der mit der „Postnarkotischen Befragung“ ermittelt wird. Alle Hamburger Kliniken sind dazu verpflichtet, zweimal jährlich eine entsprechende Befragung durchzuführen. Da die Befragungsergebnisse den Anästhesisten wertvolle Informationen zur Qualitätsverbesserung liefern, beteiligen sich neben den Hamburger Asklepios Kliniken die anderen Häuser der Asklepios Gruppe auf freiwilliger Basis an diesem Verfahren.

Die Patienten werden am Tag nach der Operation nach ihrem persönlichen Empfinden vor und nach der Narkose befragt. Die Ergebnisse spiegeln die Einschätzung der Patienten wider, unabhängig von der Art und Schwere des operativ durchgeführten Eingriffs.

Einzelergebnisse haben nur eine begrenzte Aussagekraft. Ein Vergleich von Ergebnissen über die Jahre (2013; 2015) ermöglicht es, einzuschätzen, ob sich die teilnehmenden Asklepios Kliniken kritisch mit ihren Ergebnissen auseinandersetzen und Verbesserungsmaßnahmen einleiten. Dies ist der Fall.



⁵⁾ Konzernauswertung „Postnarkotischer Fragebogen“ Asklepios für das Jahr 2015; Auswertung durchgeführt durch die BQS-Hamburg

⁶⁾ Konzernauswertung „Postnarkotischer Fragebogen“ Asklepios für das Jahr 2015; Auswertung durchgeführt durch die BQS-Hamburg

» **QUALITÄTSMESSUNG IST KEIN SELBSTZWECK:
DIE ERGEBNISSE NUTZEN WIR, UM DIE ABLÄUFE UND
DAS VORGEHEN AUF UNSEREN INTENSIVSTATIONEN
ZU ÜBERPRÜFEN UND ZU VERBESSERN. «**

**HOHE QUALITÄTSANFORDERUNGEN IN DER
INTENSIVMEDIZIN**

Auf einer Intensivstation werden Patienten behandelt, bei denen lebenswichtige Funktionen des Körpers gestört sind. Auch Patienten die plötzlich schwer erkrankt sind, zum Beispiel an einer schweren Infektion oder nach großen Operationen oder schweren Unfällen, werden hier versorgt.

Eine qualitativ hochwertige Therapie ist hier besonders wichtig. Rund um die Uhr werden die Patienten auf der Intensivstation von einem Team aus speziell in der Intensivmedizin ausgebildeten Pflegekräften und Ärzten

betreut. Die Behandlung kritisch kranker Patienten stellt hohe Anforderungen an die Prozesse und an das Zusammenspiel der beteiligten Ärzte, Pflegekräfte sowie weiterer Experten.

Die Fachgesellschaften für Intensivmedizin, die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (DGAI) und die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DVI) sind Initiatoren eines Projektes zur Qualitätssicherung auf Intensivstationen. Bereits im Jahr 2010 haben diese Fachgesellschaften Indikatoren veröffentlicht, die eine qualitative Einschätzung der wichtigsten Vorgänge auf einer Intensivstation ermöglichen sollten.

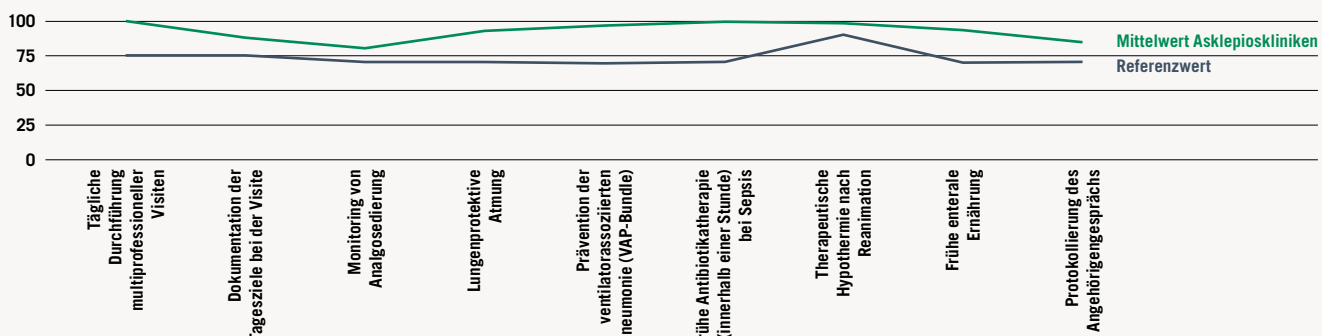


KERNINDIKATOREN FÜR DIE QUALITÄT VON INTENSIVSTATIONEN

Indikator	Was wird gemessen
Tägliche multiprofessionelle Visite mit Dokumentation von einem oder mehreren Tageszielen	Ermittelt wird, ob täglich eine Visite durchgeführt wird, an der alle, auf der Intensivstation tätigen, Berufsgruppen teilnehmen und ob die dabei getroffenen Verabredungen protokolliert werden.
Überwachung der Medikation (z. B. Beruhigungsmittel, Schmerzmittel)	Dieser Indikator zeigt auf, ob eine Überwachung der Medikamentengabe erfolgt.
Lungenprotektive Beatmung	Die maschinelle Beatmung unterstützt oder ersetzt bei Patienten, die nicht selbstständig atmen können, die Atmung; sie kann selbst jedoch auch zu Schädigungen der Lunge führen. Bei einer lungenprotektiven Beatmung werden die Beatmungsdrücke und -volumina begrenzt. So werden das Risiko eines Lungenschadens und der Sterblichkeit reduziert. Ermittelt wird, inwieweit die Kliniken eine lungenprotektive Beatmung durchführen.
Weaning und andere Maßnahmen zur Vermeidung von ventilatorassoziierten Lungenentzündungen	Anzugeben ist, ob der Patient eigenständig atmen und von der Unterstützung des Beatmungsgerätes entwöhnt werden kann (Weaning). Ziel ist es, durch die Beatmung hervorgerufene (ventilatorassoziierte) Lungenentzündungen zu vermeiden.
Frühzeitige und adäquate Antibiotikatherapie	Ermittelt wird, ob frühzeitig eine Antibiotikatherapie durchgeführt und diese während des Krankheitsverlaufes an die jeweils aktuelle Situation des Patienten angepasst wird.
Therapeutische Hypothermie nach Herzstillstand	Nach Herzstillstand sollen komatöse Patienten gekühlt und die Temperaturreduzierung über einen Zeitraum von 12 bis 24 Stunden aufrechterhalten werden. Die Kühlung unterdrückt körpereigene Abläufe, die zu neurologischen Schäden führen und reduziert die Sterblichkeit. Anzugeben ist, ob bei Patienten nach Herzstillstand eine Therapeutische Hypothermie durchgeführt wird.
Frühe enterale Ernährung	Als enterale Ernährung wird die Ernährung über den Magen-Darm-Trakt bezeichnet. Die Patienten erhalten die Nahrung über den Mund oder über eine Ernährungssonde. Diese Form der Ernährung reduziert das Risiko infektiöser Komplikationen und verkürzt den Aufenthalt auf der Intensivstation. Die Sterblichkeit von Patienten mit enteraler Ernährung ist niedriger als bei einer Versorgung über Infusionen (parenterale Ernährung). Ermittelt wird, wie häufig die Intensivpatienten enteral ernährt werden.
Dokumentation von strukturierten Angehörigengesprächen	Erhoben wird, ob Gespräche mit Angehörigen geführt und die Gesprächsinhalte in der Patientenakte dokumentiert werden.
Händedesinfektionsmittelverbrauch	Der Desinfektionsmittelverbrauch zeigt an, ob bei der Durchführung von ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen, regelmäßig eine Händedesinfektion erfolgt. So sollen Infektionen vermieden werden.
Strukturanforderungen, wie Leitung der Intensivstation durch einen Facharzt für Intensivmedizin etc.	Anzugeben ist, ob die Strukturvorgaben an Anforderungen die personelle Ausstattung der Intensivstationen erfüllt werden.



ERGEBNIS INTENSIVMEDIZIN (IN %)



Diese Kernindikatoren zur Qualitätsbeurteilung von Intensivstationen gelten für erwachsene Patienten in allen intensivmedizinischen Bereichen. Unabhängig davon, ob Patienten mit einem chirurgischen Krankheitsbild oder einer internistischen Erkrankung versorgt werden.

Qualitätssicherung ist kein Selbstzweck – gedacht sind diese Indikatoren als eine praktikable Hilfestellung. Die Ergebnisse sollen es den Ärzten und Pflegekräften der Intensivstationen ermöglichen, ihre Prozesse zu überprüfen und zu verbessern. Und das gelingt. Die Ergebnisse der Asklepios Kliniken (Mittelwert) liegen im Jahr 2015 jeweils oberhalb des von den Fachgesellschaften definierten Wertes für eine gute Behandlungsqualität (Referenzwert).

60.000

operative Eingriffe zur Behandlung des gutartigen Prostatasyndroms werden pro Jahr durchgeführt. Dies ist eine der häufigsten Operationen überhaupt.



BEHANDLUNGSQUALITÄT VON PROSTATAEINGRIFFEN

In Hamburg haben Laserverfahren die klassischen Operationstechniken bei der Behandlung des gutartigen Prostatasyndroms (BPS) nahezu ersetzt. Durch den Lasereinsatz konnten – bei gleicher Effektivität – die Operationszeiten und der Krankenhausaufenthalt deutlich verkürzt werden. Beides kommt dem Patienten zugute.

Ausgewertet wurden Qualitätssicherungsdaten aus den fünf urologischen Abteilungen der Asklepios Kliniken Hamburg: Insgesamt mehr als 2.600 Fälle aus den Jahren 2011 bis 2014.

Das gutartige Prostatasyndrom ist eine Volkskrankheit, denn es betrifft mit zunehmendem Alter fast alle Männer. In Hamburg hat etwa jeder vierte Mann über 50 Jahre eine gutartig vergrößerte Prostata, es gibt somit rund 60.000 Betroffene alleine in der Hansestadt.

Auf den ersten Blick wirkt die Erkrankung wenig spektakulär, aber was scheinbar harmlos mit Problemen beim Wasserlassen beginnt, kann zu schweren chronischen Infektionen der Harnwege führen und die Nieren gefährden. Mit knapp 60.000 operativen Eingriffen pro Jahr in Deutschland, zählt die operative Therapie des BPS zu den häufigsten Operationen überhaupt. Die klassische Behandlungsmethode ist die sogenannte Schlingenoperation, bei der überschüssiges Gewebe mittels einer elektrischen Schlinge entfernt wird. Bei sehr großen Prostatae erfolgt sogar eine Operation mit Bauchschnitt. Neben den klassischen Verfahren werden seit einigen Jahren Laserverfahren eingesetzt. Hiermit lassen sich nicht nur offene Operationen mit Bauchschnitt vermeiden, sondern sogar Patienten behandeln, die gerinnungshemmende Medikamente einnehmen müssen.

Diese Verfahren haben in vergleichenden Studien ihre Wirksamkeit bewiesen. Die entscheidendere Frage ist allerdings, wie die Verfahren sich bei breiter Anwendung behaupten und, ob die Operation auch in der angestrebten Behandlungsqualität angeboten werden kann. Hierfür hat Asklepios schon vor Jahren ein internes Qualitätsmanagement etabliert, das die Behandlungsqualität der unterschiedlichen Kliniken und Verfahren miteinander vergleicht und so den direkten Wissenstransfer besonders guter Ergebnisse fördert.



Heraus kam, dass zwar alle Verfahren die Beschwerden der Patienten gebessert haben. Trotzdem fielen deutliche Vorteile für die Laserverfahren auf. So konnte mit dem Thulium-Laser mehr Gewebe in kürzerer Zeit entfernt werden, was zu einer deutlichen Verkürzung der Operationszeit führte. Beim Greenlight-Laser können sogar Patienten behandelt werden, die viele Nebenerkrankungen haben und bisher auf einen Katheter angewiesen waren. An der kurzen Behandlungszeit änderte sich auch bei Hochrisikopatienten nichts oder wenn Blutverdünner eingenommen werden mussten. „Die wenigsten unerwünschten Effekte traten mit dem Greenlight-Laser auf, während mit dem Thulium-Laser die nachhaltigsten Effekte erzielt werden können“, berichtet Prof. Dr. Torsten Bach, Harburg. Sein Fazit: „Insgesamt bestätigen die Ergebnisse, dass die Laserverfahren bei gleicher Effektivität schonender als die klassischen Verfahren sind und vor allem bei uns in Hamburg mit einer sehr guten Qualität angeboten werden können.“

Die Studie wurde gemeinsam von allen urologischen Chefarzten der Hamburger Asklepios Kliniken, Prof. Dr. Christian Wülfing (Altona), Prof. Dr. Andreas Gross (Barmbek), Dr. Stephan Tauber und Dr. Claus Brunken (St. Georg), Dr. Tobias Pottke (Westklinikum Rissen) und Prof. Dr. Thorsten Bach (Harburg) im gemeinsamen Forschungskompetenzzentrum Urologie und dem

75%

aller Patienten werden mit dem Laserverfahren behandelt.

Konzernbereich Qualität der Asklepios Kliniken erstellt. Ausgewertet wurden die Behandlungsergebnisse von mehr als 2.600 Patienten aus vier Jahren. Aufgrund der Ergebnisse und der beachtenswerten Größe der Stichprobe erzeugt die Studie auch international Aufmerksamkeit und wurde auf dem Europäischen Urologenkongress ausgezeichnet und in renommierten Fachmagazinen veröffentlicht.

„Für uns ist das Interesse an dieser Studie ein großer Erfolg“, sagt Prof. Dr. Bach, Chefarzt der Urologischen Klinik des Asklepios Klinikums Harburg und Hauptautor der Studie. „Denn wir zeigen, dass die konsequente Messung unserer Behandlungsqualität für die wissenschaftliche Forschung genauso wichtig ist wie für das interne Qualitätsmanagement. Tatsächlich kommt es darauf an, Behandlungsqualität nicht nur zu fordern, sondern auch zu messen und durch konstruktiven Dialog zwischen den Medizinerinnen zu fördern.“

**Konsequenz der sorgfältigen Qualitätsmessung:
In Hamburg werden 75 Prozent aller Patienten mit einem Laser behandelt.**

**» WIR WOLLEN QUALITÄT FÜR JEDEN PATIENTEN SICHERSTELLEN
KÖNNEN, DAHER NEHMEN WIR DIE BESTEN ANSÄTZE AUS ALLEN
QUALITÄTSSICHERUNGSTRUMENTEN. «**



2:30



SEHEN SIE DAS VIDEO:
[QB.ASKLEPIOS.COM/VIDEO](https://qb.asklepios.com/video)

IM VERGLEICH BESSER WERDEN

Wie kann man Qualität messen und darstellen? Wie kann man die Ergebnisse einzelner Qualitätssicherungsinstrumente so zusammenführen, dass die Qualität einer Einrichtung sichtbar wird? Wie lassen sich verschiedene Einrichtungen miteinander vergleichen? Um diese Fragen zu beantworten, wurde asklepiosintern ein Managementtool, der Asklepios Qualitätsmonitor (AQM), entwickelt.

Die Qualität der Krankenhausversorgung wird schon lange in der Politik intensiv diskutiert. Gefordert wird mehr Transparenz. So definiert das im Jahr 2015 aktualisierte Krankenhausstrukturgesetz die Anforderungen an die von den Krankenhäusern zu erbringende Qualität. Die Vergütung von Krankenhäusern soll sich künftig an den Qualitätsergebnissen orientieren.

Qualität messen und die Ergebnisse transparent darstellen, diesen Ansatz verfolgt Asklepios schon seit vielen Jahren. Gemeinsam mit einem Münchner Softwareunternehmen wurde der „Asklepios Qualitätsmonitor“ entwickelt. Dieses Managementtool gibt in vier Kategorien Auskunft über Erreichtes und zeigt, in welchen Bereichen es in den Asklepios-Einrichtungen noch Handlungsbedarf gibt.

Die Ergebnisse aller Asklepios-Einrichtungen werden mittels eines Ampelsystems dargestellt. Über das Asklepios Intranet können die Ergebnisse von den Mitarbeitern eingesehen werden.

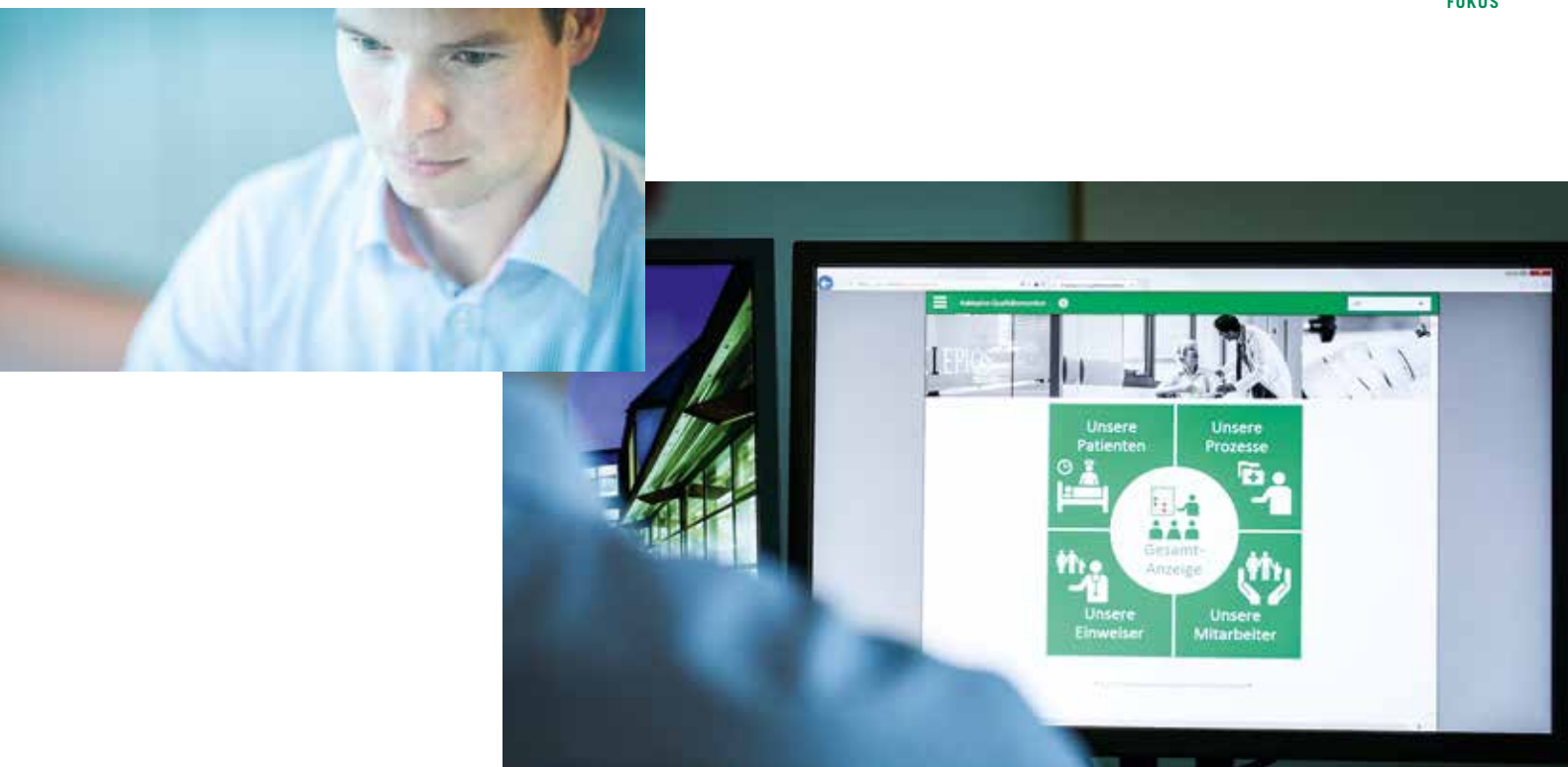
Der Asklepios Qualitätsmonitor verfolgt den Ansatz „Von den Besten lernen“. Die transparente Darstellung ermöglicht es jeder Klinik zu sehen, wo sie im Vergleich zu den anderen Asklepios Kliniken steht und wie ihre Ergebnisse zustande kommen. So wird eine offene und ehrliche Kommunikation der Qualitätsergebnisse im gesamten Asklepios Konzern möglich. Best-practice-Ansätze werden allen Einrichtungen bekannt und können auf die Rahmenbedingungen der eigenen Einrichtung adaptiert werden.

ERSTE ORIENTIERUNG: DAS KLINIKERGEBNIS

Zur generellen Orientierung sieht jede Asklepios-Einrichtung ihre Bewertung in Form einer Gesamtampel.

Bereits auf den ersten Blick sind die Ergebnisse der einzelnen Kategorien „Unsere Patienten“, „Unsere Prozesse“, „Unsere Einweiser“ und „Unsere Mitarbeiter“ erkennbar.

Schon diese Übersicht zeigt der betreffenden Klinik, wo sie mit ihrem Ergebnis im Vergleich zu den anderen Asklepios-Einrichtungen steht. Auch die Bereiche, in denen es Handlungsbedarf gibt, werden sichtbar. Stimmen die Prozesse? Muss die Zufriedenheit der einweisenden Ärzte in den Fokus gerückt und verbessert werden? Wie ist die Rückmeldung der Mitarbeiter? Und von besonderer Bedeutung: welche Ergebnisse zeigt die Kategorie „Unsere Patienten“?



TRANSPARENZ BIS INS DETAIL

Mit einem Klick lassen sich die Ampeln der einzelnen Kategorien weiter öffnen: die Ergebnisse der dahinterliegenden Kennzahlensysteme werden sichtbar.

KENNZAHLENSYSTEME IM ASKLEPIOS QUALITÄTSMONITOR (AQM)

Unsere Patienten	Unsere Prozesse
Medizinische Ergebnisqualität	Asklepios Qualität Rezeptionen (AQR)
Patientenzufriedenheit	Organisationsqualität Reha
Patientensicherheit	Qualitätscheck Reinigung/Catering
Hygieneaudit	Beschwerdemanagement
	Ethik & Werte
Unsere Einweiser	Unsere Mitarbeiter
Einweiserzufriedenheit	Mitarbeiterzufriedenheit

Die Kategorie „Unsere Patienten“ bildet u. a. Ergebnisse zur Medizinischen Ergebnisqualität sowie zur Patientensicherheit und -zufriedenheit ab. Die Kennzahlensysteme unter der Kategorie „Unsere Prozesse“ zeigen Ergebnisse zu so unterschiedlichen Themen wie Qualitätscheck Reinigung/Catering, Beschwerdemanagement und Ethik & Werte.

Die Zusammenfassung der Patientenbefragung ist ebenso abgebildet wie die Zufriedenheit der einweisenden Ärzte mit den Arztbriefen. Ergebnisse zum Umgang mit Beschwerden sind zu erkennen, der Umsetzungsstand von Maßnahmen zur Vermeidung von Patientenverwechslungen oder zur Händedesinfektion.

Ein weiterer „Klick“ führt zu den Resultaten der einzelnen Kennzahlensysteme: detailliert werden die Ergebnisse der Indikatoren sichtbar.

» DIE ERGEBNISQUALITÄT GIBT AUSKUNFT ÜBER DEN ERFOLG EINER BEHANDLUNG. EINE GUTE BEHANDLUNGSQUALITÄT LÄSST SICH NUR ERREICHEN, WENN AUCH DIE ABLÄUFE UND PROZESSE AUF EINANDER ABGESTIMMT SIND. «

Im Kennzahlensystem „Medizinische Ergebnisqualität“ sind die Ergebnisse aller Qualitätssicherungsverfahren berücksichtigt

- Dargestellt werden die Ergebnisse der gesetzlichen Qualitätssicherung (esQS-Verfahren), wie sie hier im Anhang abgebildet sind (→ S. 43 ff.).
- Ergänzt wird die Darstellung im AQM um Ergebnisse aus der Qualitätssicherung aus Abrechnungsdaten (G-IQI; German Inpatient Quality Indicators).
- Auch Ergebnisse der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (QSR; Qualitätssicherung aus Routinedaten) werden berücksichtigt.

Regelmäßig, mindestens einmal im Quartal, werden die Resultate aktualisiert.

Die Darstellung im AQM ergänzt eine direkte Information der Geschäftsführer und der Chefärzte der Asklepios Kliniken über die Ergebnisse der Behandlungsqualität. Mit einem individualisierten Report werden sie auf ihre aktuellen Ergebnisse und die gegebenenfalls bestehenden Handlungsbedarfe aufmerksam gemacht.

Die Resultate zur Behandlungsqualität können detailliert auf Indikatorebene im Asklepios Qualitätsmonitor eingesehen werden.

ABTEILUNGSBEZOGENE ERGEBNISSE ERMÖGLICHEN KONKRETE HANDLUNG

Einige Ergebnisse, wie Asklepios Qualität Rezeptionen (AQR) oder die Ergebnisse des Qualitätscheck Reinigung/Catering, sind nicht abteilungsbezogen. Sie spiegeln die Qualität der gesamten Einrichtung wider.

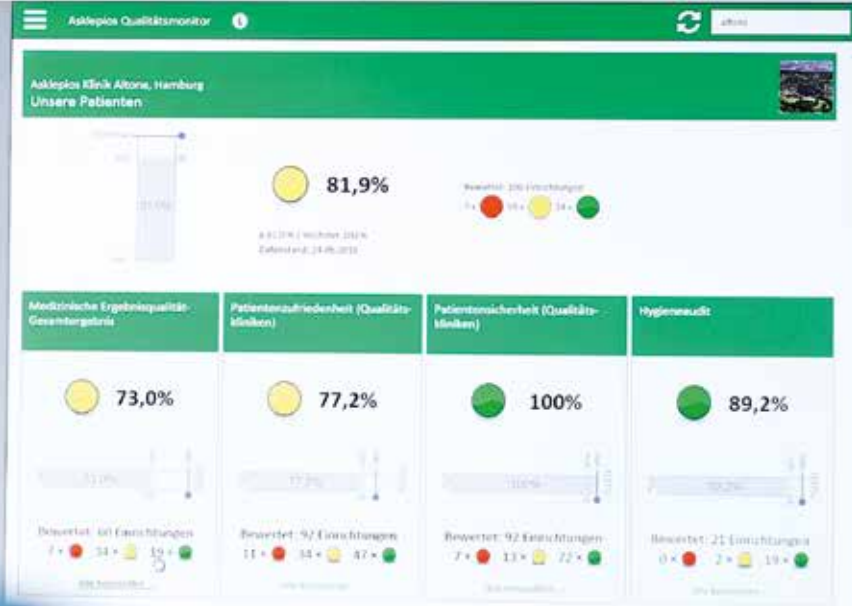
Andere, wie die Zufriedenheit der Patienten, der einweisenden Ärzte oder auch die Behandlungsqualität beziehen sich auf einzelne Fachabteilungen. So können sich in der Orthopädie andere Zufriedenheitswerte ergeben als in der Abteilung für Innere Medizin. Während die Patientenzufriedenheit in der Kardiologie keine Auffälligkeiten ausweist, ließe sich die Zufriedenheit in der allgemeinen Inneren Medizin ggf. verbessern.

Damit Verbesserungen konkret angegangen werden können, ermöglicht der Asklepios Qualitätsmonitor eine fachabteilungsbezogene Ergebnisdarstellung. Jede Abteilung, die Kardiologie ebenso wie die Gefäßchirurgie oder die Neurologie, kann die Ergebnisse ihrer Abteilung in allen Kategorien auf einen Blick einsehen und hinterfragen.

ENTWICKLUNGEN AUFZEIGEN

Wirken die eingeleiteten Maßnahmen? Auch hierzu gibt der Asklepios Qualitätsmonitor Auskunft. Die Ergebnisse früherer Auswertungen werden abgebildet und zeigen die Entwicklung auf.





ERGEBNISSE EINORDNEN – VERGLEICHBARKEIT HERSTELLEN

Ein Klinikergebnis oder ein Fachabteilungsergebnis im unteren Drittel führt zu Betroffenheit. Bei der Analyse des „Warum“ helfen die detaillierten Ergebnisdarstellungen in den einzelnen Kategorien, Kennzahlensystemen und Indikatoren sowie der Abgleich mit anderen Kliniken und Abteilungen im Konzern.

Die Kliniken, mit denen der Vergleich hergestellt werden soll, können frei gewählt werden. So ist gewährleistet, dass der Vergleich zwischen Kliniken mit ähnlichen Schwerpunkten und Größe stattfinden kann.

Von besonderer Bedeutung ist der Dialog über die Ergebnisse, der durch die Benchmark-Darstellung initiiert wird. Die Kollegen einer vergleichbaren Einrichtung können konkret angesprochen und Best-practice-Ansätze erfragt werden. Die praktische Umsetzung obliegt dann der anfragenden Klinik oder Fachabteilung.

Die Frage

„Was ist Qualität?“

lässt sich beantworten.


AQM – EIN MANAGEMENT-TOOL

Die dem Asklepios Qualitätsmonitor hinterlegte Bewertungssystematik ermöglicht es, Sachverhalte, die nicht in einem direkten inhaltlichen Zusammenhang stehen, miteinander zu verknüpfen. Einzelergebnisse können so zu einer Gesamtbewertung der Qualität verdichtet werden. Handlungsbedarfe – vom Groben bis ins Detail – werden sichtbar. Die Frage „Was ist Qualität?“ lässt sich beantworten. Damit werden eine gezielte Einleitung von Verbesserungen und eine Steuerung der Qualität möglich.

Der Asklepios Qualitätsmonitor, als konzerninternes Instrument, sorgt für interne Transparenz. Die Beteiligung an externen Initiativen ergänzt diese Einschätzung und macht die Ergebnisse der Qualitätsbemühungen auch nach außen sichtbar.



SEHEN SIE DAS VIDEO:
QB.ASKLEPIOS.COM/VIDEO

 **ASKLEPIOS**

» DIE MESSUNG VON QUALITÄT IST DER ERSTE SCHRITT.
DER ZWEITE, DER DANN FOLGEN MUSS, IST DIE KOMMUNIKATION. «



1:25

1:33



EINBLICKE GEWÄHREN

Wir wollen die Qualität unserer Kliniken und der Behandlungen für unsere Patienten spürbar und für jeden nachvollziehbar machen. Dafür veröffentlichen wir unsere medizinischen Ergebnisse.

Wir bei Asklepios haben erkannt, dass es nicht ausreicht, „nur“ gute Qualität zu bieten, sie muss auch verständlich dargestellt sein. Die Informationen müssen für Interessierte begreifbar und vergleichbar werden. Daher der Online-Bericht. Er ermöglicht es, sich die Informationen herauszuziehen, die interessieren und für eine Entscheidungsfindung benötigt werden. Eine allgemein verständliche Beschreibung der medizinischen Sachverhalte und der Indikatoren soll ebenfalls zum Verständnis der Ergebnisse beitragen.

Die erhobenen Daten sind Werkzeuge. Sie geben Hinweise auf mögliche Schwächen. Wichtig sind die kritische Analyse der Fakten und die Schlüsse, die aus den Daten gezogen werden. Dabei bleibt es jedoch nicht: Es folgen die Umsetzung geplanter Verbesserungsmaßnahmen und die Kontrolle, ob diese zu dem gewünschten Ergebnis führen. Wir verstehen Qualitätsmanagement als einen ständigen Prozess des Lernens und der Verbesserung. So kommen wir, bei Asklepios zu nachhaltig guten Ergebnissen.



» **WAS DER ASKLEPIOS MONITOR KONZERNINTERN LEISTET, VERSCHIEDENE QUALITÄTSASPEKTE MITEINANDER ZU VERKNÜPFEN, LEISTET QUALITÄTSKLINIKEN.DE BUNDESWEIT – ÖFFENTLICH UND TRÄGERÜBERGREIFEND. «**

NACHHALTIG GUTE ERGEBNISSE

Nachhaltig gute Ergebnisse lassen sich an der Ergebnisentwicklung zur Indikationsstellung (wird das Richtige getan) ebenso ablesen wie an den Ergebnissen zu den Behandlungsprozessen sowie zu den Komplikationen und zur Sterblichkeit.

Um Ergebnisse von Kliniken miteinander vergleichen zu können, wird ermittelt, welche Rate an Komplikationen oder Todesfällen erreicht worden wäre, wenn das Krankenhaus bezüglich aller berücksichtigten Risikofaktoren wie beispielsweise Alter, Schwere der Erkrankung und Begleiterkrankungen denselben „Patientenmix“ gehabt hätte, wie alle anderen Kliniken. Diese Risikoadjustierung hilft, Ergebnisse vergleichbar zu machen.

Überblick schaffen statt einzelne gute Ergebnisse in den Vordergrund zu stellen, ist ein weiterer Ansatz, den wir von Asklepios verfolgen. Daher stellen wir die Ergebnisse der Behandlungsqualität umfassend dar und veröffentlichen zum gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungsverfahren (esQS) unsere Ergebnisse.



Eine Übersicht über das Ergebnis der Entwicklung der Externen Qualitätssicherung finden Sie online unter qb.asklepios.com/eqs

OFFEN SEIN – FÜR ANDERE QUALITÄTSSICHERUNGSVERFAHREN

Die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) verfolgt einen anderen Ansatz. Hier steht nicht die Einschätzung der medizinischen Ergebnisqualität auf Basis von Qualitätsdaten, sondern von Abrechnungsdaten (Routinedaten) im Fokus. Zur Anwendung kommt das Verfahren der German Inpatient Quality Indicators (G-IQI). Betrachtet wird insbesondere die Sterblichkeit. Eine rückwirkende Betrachtung der in diesem Verfahren auffälligen Fälle erfordert die Auseinandersetzung mit der Kodierung und Behandlungsqualität. Auch hier werden also indirekt, über die Fallbetrachtung, Fragen nach der Indikationsstellung, einer adäquaten Diagnostik und Behandlung gestellt und Behandlungsprozesse hinterfragt.

Die Asklepios Kliniken beteiligen sich nicht an dieser Initiative. Gleichwohl werden konzernintern die Ergebnisse des G-IQI-Verfahrens ausgewertet und die Krankenhäuser regelmäßig über ihre Ergebnisse informiert. Ein Teil dieser Ergebnisse ist bereits heute im Kerndatensatz von qualitätskliniken.de (4QD) abgebildet. Asklepios favorisiert 4QD, da hier neben der Behandlungsqualität weitere Dimensionen abgebildet werden.

Im Online-Bericht ist dargestellt, inwieweit die Ergebnisse der Asklepios Gruppe im G-IQI-Verfahren innerhalb des Bereichs einer guten Behandlungsqualität (Referenzwert) liegen.

Die Ergebnisse zeigen an, wo eine vertiefte Betrachtung erfolgen sollte. Eine vergleichsweise niedrige Sterblichkeit kann ein Hinweis auf gute medizinische Qualität sein. Eine erhöhte Rate an Todesfällen kann auch auf das besondere Patientenkontext der Klinik zurückzuführen sein. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn sehr viele hochbetagte Patienten mit komplexen Krankheitsverläufen behandelt werden. Eine vertiefte Betrachtung erfolgt im Rahmen von Medical Board Audits⁷⁾.

⁷⁾ Ein Medical Board Audit ist ein Visitationsverfahren. Auslöser können auffällige Ergebnisse in der Qualitätssicherung, Inplausibilitäten im „Internen Dialog“ oder auch Ergebnisse aus der Schadendatenbank sein. Ein Chefarzt der gleichen Fachrichtung – aber aus einer anderen Klinik – und ein Mitarbeiter aus dem Konzernbereich Qualität visitieren die Abteilung und erörtern gemeinsam mit dem Chefarzt die Auffälligkeiten und deren Ursachen. Dabei geht es nicht um persönliche Einschätzungen, sondern um eine systematische Analyse und eine strukturierte Bewertung. Gemeinsam werden Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet, die anschließend umgesetzt werden.

DER BLICK AUF DAS GANZE

Zahlreiche Aktivitäten und Maßnahmen in anderen Qualitätskategorien ergänzen unser Engagement für Behandlungsqualität. Ein weiterer Schwerpunkt dieses Engagements ist die **Patientensicherheit**.

- Mit einem Film „Für Ihre Sicherheit“ informiert Asklepios seine Patienten über die Vielzahl von Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und trägt so dazu bei, ihnen die Angst vor Fehlbehandlung, Infektion oder Verwechslung im Krankenhaus zu nehmen.
- Keine Operation ohne Sicherheitscheck (Film): Asklepios nutzt zur Aufklärung seiner Patienten und zur Sensibilisierung seiner Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einen Film zur Anwendung der Asklepios-Sicherheits-Checkliste.
- Es gelten Mindeststandards wie die „Sichere Patientenidentifikation“, „Eingriffsverwechslungen im OP“ sowie die „OP-Sicherheitscheckliste“. Sie beschreiben die Prozessanforderungen, die mindestens einzuhalten sind und gelten in allen Asklepios Kliniken (Konzernstandard).
- Bereits in der Ausbildung der Ärzte und Pflegekräfte nimmt das Thema Patientensicherheit einen breiten Raum ein.
- Das Fehlermeldesystem CIRS deckt Schwachstellen auf und hilft konkrete Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten. CIRS ist die Abkürzung für „Critical Incident Reporting System“. Dabei handelt es sich um ein Melde- und Berichtssystem für Beinahe-Fehler. Ziel ist es, unerwünschte Ereignisse und Beinaheschäden frühzeitig zu erkennen und daraus Maßnahmen zu deren künftiger Vermeidung abzuleiten. „Alle unsere Kliniken sollen auch aus den Fehlern anderer lernen. Dies gelingt über das CIRS-Netz. Dieses Netz zur Verbesserung der Patientensicherheit ist ein Vorteil, den nur große Klinikbetreiber generieren können“, sagt Prof. Dr. Herborn, Medizinischer Direktor der Asklepios Kliniken.



[www.youtube.com/
user/AsklepiosKliniken](https://www.youtube.com/user/AsklepiosKliniken)

- „Safety first“-Meldungen und Sicherheitswarnungen werden zu übergreifend relevanten Themen wie Fehlbedienung einer PCA-Pumpe, Sichere Patientenidentifikation oder Fehler bei der Alarmierung eines Notfall-Teams entwickelt. So erfahren alle Mitarbeiter von einem Fehler und wertvolles Wissen zur Fehlerprävention wird vermittelt.
- Mit Veranstaltungen zum „Internationalen Tag der Patientensicherheit“ informieren die Asklepios Kliniken nicht nur Patienten und Besucher sondern auch die eigenen Mitarbeiter über aktuelle Maßnahmen zur stetigen Verbesserung der Patientensicherheit. Vierzig Asklepios Kliniken waren im Jahr 2015 aktiv dabei. So breit wie die Teilnahme an dem Aktionstag, so vielfältig waren die vorgestellten Programme.

PREIS FÜR PATIENTENSICHERHEIT

Unser Engagement zur Patientensicherheit wird auch von Dritten gesehen und gewürdigt.

Auf der Jahrestagung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit in Berlin wurde Asklepios im Jahr 2015 mit dem 3. Platz des begehrten „Deutschen Preises für Patientensicherheit“ ausgezeichnet. Den Preis schreibt das Aktionsbündnis Patientensicherheit jährlich zusammen mit der Aesculap Akademie, dem Ecclesia Versicherungsdienst, dem Unternehmen MSD Sharp & Dohme und dem Thieme Verlag aus. Die Auszeichnung richtet sich an Akteure im Gesundheitswesen, die durch zukunftsweisende Projekte oder Forschungsarbeiten die Patientensicherheit verbessern.

Den Preis erhielt Asklepios für sein einrichtungsübergreifendes „Asklepios CIRS-Netz“ und das zugrundeliegende CIRS-Konzept. CIRS wird bereits in 40 unserer Asklepios-Einrichtungen angewendet.

Seit dem Jahr 2013 sind die Kliniken, die CIRS anwenden, in einem eigenen Netzwerk verbunden. In diesem Portal, das für die Mitarbeiter aller Asklepios Kliniken zugänglich ist, werden klinikübergreifend relevante CIRS-Meldungen beziehungsweise abgeschlossene CIRS-Fälle veröffentlicht.

Mit diesem umfassenden Ansatz sorgen wir, bei Asklepios, für die Sicherheit unserer Patienten. Mit Information und Transparenz begegnen wir den Ängsten unserer Patienten, beispielsweise vor einer Behandlung oder Fehlern der Ärzte.





GEMEINSAM FÜR MEHR TRANSPARENZ

Gemeinsame Initiativen mit anderen Klinikträgern und Krankenhäusern tragen ebenfalls zur Transparenz bei und unterstützen bei der Suche nach einer geeigneten Klinik:

- Das Portal qualitätskliniken.de veröffentlicht Qualitätsergebnisse von mehr als 250 Mitgliedskliniken aus der Akut- und Reha-Versorgung. Asklepios ist Mitinitiator und Gründungsmitglied von qualitätskliniken.de. Der Klinikvergleich erfolgt anhand von fünf Kategorien: medizinische Qualität, Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit, Einweiserzufriedenheit sowie Ethik & Werte.

Was der Asklepios Qualitätsmonitor (AQM) konzernintern ermöglicht, Informationen und Ergebnisse zu unterschiedlichen Themen zu einer Gesamteinschätzung zu bündeln, leistet qualitätskliniken.de bundesweit – öffentlich und trägerübergreifend. So ist für alle Interessierten interaktiv die Suche nach einem geeigneten Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung möglich.

KRÄFTE TRÄGERÜBERGREIFEND BÜNDELN

Seit dem Jahr 2015 bündeln die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und die 4QD-Qualitätskliniken.de GmbH (4QD) ihre Aktivitäten unter einem Dach. Die Expertise beider Initiativen wurde in der SIQ!, der „Stiftung Initiative Qualitätskliniken“, zusammengeführt. Über sechs Millionen Patienten pro Jahr werden durch die gemeinsame Initiative vertreten. Das ist rund ein Drittel aller stationären Fälle in Deutschland.

SIQ! will Qualität messbar machen. Mehr als 500 Einzelindikatoren (esQS-Verfahren und G-IQI) treffen heute Aussagen zu Einzelaspekten der Behandlungsqualität. Wie diese Vielzahl an Einzelinformationen zu einer Qualitätsaussage verdichtet werden, die Interessierten eine verlässliche Einschätzung der Behandlungsqualität erlaubt – das ist auch hier die Frage.

Weniger ist mehr! Ziel von SIQ! ist es, einen Kerndatensatz von Indikatoren zu entwickeln. Diese Kernindikatoren sollen so belastbar sein, dass daraus konkrete Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet werden können. Denn das ist das Hauptziel: Die Qualität nicht nur messen, sondern zu verbessern und dies sichtbar zu machen.

Gegründet wurde SIQ!, um die Bundesregierung bei der Ausgestaltung der „Qualitätsoffensive“ zu begleiten. Die jahrelangen und praktischen Erfahrungen mit den Instrumenten der Qualitätssicherung sollen in die Diskussion und die Entwicklungen eingebracht werden.

Eines zeigen alle Initiativen und Ansätze: Die Kliniken scheuen den Wettbewerb nicht. Wie viele andere Klinikkonzerne, Krankenhäuser und Initiativen setzt sich Asklepios bereits seit Langem mit der Qualität der Patientenversorgung und insbesondere der Behandlungsqualität auseinander. Davon zeugen auch zehn Jahre „Bericht zur Medizinischen Ergebnisqualität“.

Wir bei Asklepios haben erkannt, dass es nicht ausreicht gute Qualität zu bieten, sie muss auch verständlich dargestellt sein.



» FÜR UNS STEHEN DIE ZUFRIEDENHEIT UND SICHERHEIT DER PATIENTEN NICHT NUR IM MITTELPUNKT, SONDERN IMMER AN ERSTER STELLE. «

AUF EIN WORT ...

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

„Gesundheit ist die erste Pflicht im Leben“, sagte schon der irische Lyriker, Dramatiker und Autor Oscar Wilde (1854–1900). Auch wir haben uns der Gesundheit verpflichtet. Mehr noch: Wir wissen, dass sie das größte Gut ist, welches wir besitzen. Deshalb setzen wir bei Asklepios alles daran, kranken Menschen zu helfen, schnellstmöglich wieder gesund zu werden. Dafür sind fachliche Kompetenz, eine moderne medizinische Ausstattung und ein System nötig, das dafür sorgt, dass die medizinische Qualität nicht nur gehalten wird, sondern sich stetig verbessert. Denn die Beachtung der geltenden Qualitätsanforderungen ist mitentscheidend für den therapeutischen Erfolg. Das sieht auch der Gesetzgeber so und hat Krankenhausbetreiber verpflichtet, jährlich einen Qualitätsbericht zu veröffentlichen, damit sich Patienten, deren Angehörige sowie Ärzte, Kostenträger und kooperierende Kliniken ein Bild von den jeweiligen Einrichtungen machen können.

Generell können wir sicher sein, dass in Deutschland für die medizinische Versorgung höchste Standards gelten und die nötigen Behandlungen auf einem sehr hohen Niveau erfolgen. Schonende Verfahren, verbesserte Techniken und der interdisziplinäre Austausch zwischen den Experten ermöglichen immer bessere Heilungserfolge. Daraus resultiert auch, dass der Aufenthalt im Krankenhaus heute deutlich kürzer ausfällt, sodass Patienten schnell wieder in ihrer gewohnten Umgebung sein können. Ein nicht zu unterschätzender Faktor für die weitere Genesung. Auf diesen Errungenschaften der modernen Medizin sollte man sich aber nicht ausruhen. Es lohnt sich, sich immer wieder zu hinterfragen und auch die eigene Qualität regelmäßig zu betrachten – nicht nur einmal im Jahr bei Vorlage dieses Berichtes, sondern Tag für Tag.

Durch stetige Kontrolle und Weiterentwicklung unserer medizinischen Behandlungen schaffen wir es, die Lebensqualität unserer Patienten zu erhalten und zu schützen – und das bis ins hohe Alter. Dafür braucht man viel Kraft, gute Ideen und qualifizierte und engagierte Mitarbeiter. Unsere Pflegekräfte und Ärzte verstehen es, mit einem ganzheitlichen Konzept auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten einzugehen. Mit besten Behandlungsmethoden und dem Anspruch, immer weiter zu lernen und sich zu verbessern, ist das möglich. Damit das medizinische Leistungsspektrum auch qualitativ auf höchstem Niveau bleibt, ist es unumgänglich, in medizinische Technik und bauliche Erneuerungen zu investieren. Gleichzeitig stehen für uns die Zufriedenheit und Sicherheit der Patienten nicht nur im Mittelpunkt, sondern immer an erster Stelle. Deshalb richten wir alle unsere Tätigkeiten konsequent auf die Bedürfnisse unserer Patienten aus.

Um all das zu gewährleisten, handeln wir verantwortungsvoll, wirtschaftlich und nachhaltig und sichern damit auch langfristig unsere Position als ein moderner und leistungsstarker Klinikverband und einer der größten Gesundheitsanbieter Deutschlands. Darauf können wir stolz sein.



Dr. Bernard gr. Broermann
Gründer und Alleingesellschafter
der Asklepios Kliniken

ANHANG

44	KAROTIS
48	GEBURTSHILFE
52	NEONATOLOGIE
56	GYNÄKOLOGISCHE OPERATIONEN
58	BEHANDLUNG VON BRUSTKREBS
60	HERZSCHRITTMACHER UND DEFIBRILLATOREN
70	KORONARANGIOGRAPHIE
76	HERZCHIRURGIE
80	ENDOPROTHETIK
96	DEKUBITUS
100	PNEUMONIE

KAROTIS

QUALITÄTSINDIKATOREN OPERATION AN DER HALSSCHLAGADER (OFFEN-CHIRURGISCH UND KATHETERGESTÜTZT)

Indikatoren		Was wird gemessen?
Indikation	Verengung ohne Symptome (asymptomatische Karotisstenose)	Der Indikator zeigt an, wie hoch der Anteil von Patienten mit einer Verengung von 60 Prozent und mehr an allen behandelten Patienten ohne Beschwerden ist.
	Verengung mit Symptomen (symptomatische Karotisstenose)	Dargestellt ist hier, bei wie vielen der Patienten mit Beschwerden eine Verengung der Halsschlagader von 50 Prozent und mehr vorlag.
Schlaganfälle oder Tod in zeitlichem Zusammenhang mit dem Eingriff: bei beschwerdefreien Patienten	ohne Verschluss der Halsschlagader der Gegenseite	Geprüft wird, wie häufig es bei der Operation beschwerdefreier Patienten, bei denen eine Halsschlagader zu mehr als 60 Prozent verengt, ist ohne dass die Gegenseite zu mehr als 75 Prozent verschlossen ist, zu schwerwiegenden Komplikationen gekommen ist.
	mit Verschluss oder Verengung der Halsschlagader der Gegenseite	Dargestellt ist, wie häufig bei beschwerdefreien Patienten, bei denen beide Halsschlagadern verengt sind, schwerwiegende Komplikationen wie Schlaganfall oder Tod aufgetreten sind.
	bei einer Operation an der Halsschlagader bei Patienten, bei denen gleichzeitig eine Bypassoperation an den Herzkranzgefäßen durchgeführt wird	Angegeben ist hier, wie häufig bei beschwerdefreien Patienten, bei denen beide Halsschlagadern verengt sind und die gleichzeitig eine Bypassoperation an den Herzkranzgefäßen hatten, schwerwiegende Komplikationen wie Schlaganfall oder Tod aufgetreten sind.
Schlaganfälle oder Tod in zeitlichem Zusammenhang mit dem Eingriff: bei Patienten mit Beschwerden		Dargestellt wird die Komplikationsrate an Schlaganfällen oder Todesfällen bei Patienten, die vor der Operation klinische Zeichen wie z. B. kurzzeitige Lähmungen hatten.
Schlaganfälle oder Tod im zeitlichen Zusammenhang mit dem Eingriff		Dieser Indikator zeigt an, bei wie vielen Patienten ohne Beschwerden vor der Operation, bei denen eine Halsschlagader-Operation durchgeführt wurde, ein Schlaganfall oder Todesfall aufgetreten ist.
Schwere Schlaganfälle oder Tod	alle Patienten	Dieser Indikator zeigt an, bei wie vielen Patienten, bei denen eine Halsschlagader-Operation durchgeführt wurde, schwerwiegende Komplikationen aufgetreten sind.
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Komplikationsrate (O/E)	Schlaganfälle oder Tod	Angegeben ist das Verhältnis von der beobachteten zur erwarteten Komplikationsrate.
	Schwere Schlaganfälle oder Tod	

Qualitätsziel	Beschreibung des Indikators
Je höher, desto besser	Eine Operation an der Halsschlagader, eine Thrombendariektomie (TEA), sollte bei Patienten ohne Beschwerden nur dann durchgeführt werden, wenn die Halsschlagader bereits 60 Prozent und mehr verengt ist.
Je höher, desto besser	Angezeigt ist eine Operation an der Halsschlagader insbesondere wenn eine Verengung der Halsschlagader bereits zu kurzfristigen Durchblutungsstörungen des Gehirns (Transitorische ischämische Attacke, TIA) und/oder Lähmungserscheinungen geführt hat und der Stenosegrad mehr als 50 Prozent beträgt.
Je niedriger, desto besser	Die Komplikationsrate bei der Behandlung beschwerdefreier Patienten sollte so gering wie möglich ausfallen.
Je niedriger, desto besser	
Je niedriger, desto besser	
Je niedriger, desto besser	Bei einer symptomatischen Karotisstenose geht die Verengung der Halsschlagader mit vorübergehenden Ausfallserscheinungen wie kurzzeitigen Lähmungen oder Schwindelanfällen einher. Komplikationen, wie ein Schlaganfall während des Eingriffs oder der Tod des Patienten, sollten so selten wie möglich auftreten.
Je niedriger, desto besser	Ein Schlaganfall oder Todesfall, der im zeitlichen Zusammenhang mit dem Eingriff steht, ist eine Komplikation, die so selten wie möglich auftreten sollte.
Je niedriger, desto besser	Ein schwerer Schlaganfall, der im zeitlichen Zusammenhang mit dem Eingriff steht und der zur Invalidität oder gar zum Tod des Patienten führt, stellt eine schwerwiegende Komplikation dar.
Je niedriger, desto besser	Für jeden Eingriff, auch für die Halsschlagader-Operation, gibt es eine zu erwartende Komplikationsrate. Die tatsächlich auftretende Komplikationsrate (beobachtete Rate) kann von der erwarteten Rate abweichen. Idealerweise sollte die beobachtete Rate kleiner als die erwartete Rate sein.

KAROTIS

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: OPERATION AN DER HALSSCHLAGADER

Indikatoren		Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl offen-chirurgische Eingriffe					
Fallzahl kathetergestützte Eingriffe					
Indikation – offen-chirurgischer Eingriff	asymptomatische Karotisstenose	98,27	>= 95,00 %	98,76	●
	symptomatische Karotisstenose	99,04	>= 95,00 %	99,56	●
Schlaganfälle oder Tod um den Eingriff herum – bei beschwerdefreien Patienten und offen-chirurgischem Eingriff	ohne Verschluss der Gegenseite (kontralaterale Karotisstenose)	1,45	nicht definiert %	1,18	×
	mit Verschluss oder Verengung der Gegenseite	1,61	nicht definiert %	1,72	×
Schlaganfälle oder Tod um den Eingriff herum – bei beschwerdefreien Patienten und als Simultaneingriff bei aortokoronarer Bypassoperation		11,71	= 0 %	7,14	▲
Schlaganfälle oder Tod um den Eingriff herum – bei Patienten mit Beschwerden und offen-chirurgischem Eingriff		2,55	nicht definiert %	3,54	×
Schlaganfälle oder Tod um den Eingriff herum – bei offen-chirurgischem Eingriff	alle Patienten	2,25	nicht definiert %	2,92	×
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Komplikationsrate (O/E)	1,06	<= 3,32	1,38	●
Schwere Schlaganfälle oder Tod – bei offen-chirurgischem Eingriff	alle Patienten	1,23	nicht definiert %	1,17	×
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Komplikationsrate (O/E)	1,03	<= 4,33	1,02	●
Indikation – kathetergestützter Eingriff	asymptomatische Karotisstenose	96,99	>= 95,00 %	99,29	●
	symptomatische Karotisstenose	98,40	>= 95,00 %	100,00	●
Schlaganfälle oder Tod um den Eingriff herum – bei beschwerdefreien Patienten und kathetergestütztem Eingriff	ohne Verschluss der Gegenseite (kontralaterale Karotisstenose)	1,58	nicht definiert %	0,00	×
	mit Verschluss oder Verengung der Gegenseite	2,77	nicht definiert %	0,00	×
Schlaganfälle oder Tod um den Eingriff herum – bei Patienten mit Beschwerden und mit kathetergestütztem Eingriff		3,91	nicht definiert %	1,98	×
Schlaganfälle oder Tod um den Eingriff herum – bei kathetergestütztem Eingriff	alle Patienten	4,45	nicht definiert %	1,68	×
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Komplikationsrate (O/E)	1,31	<= 2,89	0,47	●
Schwere Schlaganfälle oder Tod bei kathetergestütztem Eingriff	alle Patienten	2,93	nicht definiert %	0,67	×
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Komplikationsrate (O/E)	1,41	<= 3,26	0,35	●

● = Ergebnis innerhalb des Referenzbereiches ▲ = Sentinel Event × = Referenzbereich nicht definiert

* Einrichtung der MediClin AG

	Bad Wildungen	Birkenwerder	Coswig*	Goslar	Hamburg-Altona	Hamburg-Barmbek	Hamburg-St. Georg	Hamburg-Harburg	Hamburg-Nord	Hamburg-Wandsbek	Oschatz	Pasewalk	Plau am See*	Schwedt	Seesen	Teupitz	Weißenfels
	50	52	48	27	54	3	33	98	0	48	26	29	35	32	94	0	42
	3	6	0	0	60	34	31	9	45	14	0	2	6	3	18	52	2
	100,00	100,00	100,00	90,91	100,00	-	100,00	100,00	-	100,00	100,00	100,00	92,86	100,00	100,00	-	96,97
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	-	97,30	100,00	-	100,00	100,00	100,00	-	100,00
	0,00	2,38	0,00	0,00	0,00	-	0,00	3,92	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,08	-	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	0,00	0,00	-	-	0,00	25,00	0,00	0,00	0,00	-	0,00
	-	0,00	0,00	-	-	-	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	0,00	0,00	0,00	0,00	7,69	0,00	0,00	5,71	-	5,56	0,00	-	0,00	10,00	2,86	-	0,00
	0,00	1,96	2,78	3,70	3,70	0,00	3,12	4,08	-	4,17	0,00	3,45	2,86	6,25	2,13	-	0,00
	0,00	1,14	1,25	1,83	2,00	0,00	1,47	2,06	-	1,76	0,00	1,84	1,01	3,00	1,07	-	0,00
	0,00	0,00	0,00	3,70	1,85	0,00	0,00	0,00	-	2,08	0,00	0,00	2,86	6,25	2,13	-	0,00
	0,00	0,00	0,00	3,83	1,83	0,00	0,00	0,00	-	1,58	0,00	0,00	1,94	5,32	2,00	-	0,00
	100,00	100,00	-	-	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	-	100,00	100,00	100,00	100,00	95,00	100,00
	-	-	-	-	100,00	100,00	100,00	-	100,00	100,00	-	-	100,00	-	100,00	100,00	-
	0,00	0,00	-	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	-	-	0,00	0,00	0,00	-	0,00	0,00	-	-	-	0,00	0,00	0,00	-
	-	-	-	-	0,00	7,14	0,00	-	0,00	0,00	-	-	0,00	-	0,00	5,00	-
	0,00	0,00	-	-	1,67	2,94	0,00	0,00	0,00	0,00	-	0,00	16,67	0,00	0,00	3,85	0,00
	0,00	0,00	-	-	0,49	1,01	0,00	0,00	0,00	0,00	-	0,00	1,36	0,00	0,00	0,61	0,00
	0,00	0,00	-	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	0,00	16,67	0,00	0,00	1,92	0,00
	0,00	0,00	-	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	0,00	1,64	0,00	0,00	0,47	0,00

GEBURTSHILFE

QUALITÄTSINDIKATOREN GEBURTSHILFE

Indikatoren	Was wird gemessen?	
Antibiotikagabe	Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung	Ermittelt wird hier, wie viele Mütter nach Diagnose eines vorzeitigen Blasensprunges innerhalb von 24 Stunden mit Antibiotika behandelt worden sind.
	Antibiotikagabe bei Kaiserschnitt-entbindungen	Der Indikator zeigt an, wie viele Frauen, die per Kaiserschnitt entbunden haben, vor dem Kaiserschnitt Antibiotika erhielten.
Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen		Wie häufig ein Kinderarzt bereits zur Geburt eines Frühgeborenen anwesend war, lässt sich an diesem Indikator ablesen.
Azidose	bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	Ermittelt wird, wie hoch der Anteil der Neugeborenen bzw. Frühgeborenen mit einem pH-Wert unter 6,99 ist.
	bei früh geborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	
Behandlung der Lungenunreife bei Frühgeborenen	Kortisontherapie der Mutter bei Aufnahme, zwei Tage vor Entbindung und vor der 34. Schwangerschaftswoche	Dargestellt ist, wie häufig die Mütter vor der 34. Schwangerschaftswoche, die zwei Tage vor der Entbindung aufgenommen wurden, eine vorgeburtliche Lungenreife-Behandlung erhalten haben.
Bestimmung Nabelarterien-pH-Wert		Dargestellt ist die Häufigkeit, mit der der Nabelarterien-pH-Wert bestimmt wird.
Damms Grad III oder IV	bei Spontangeburt	Dargestellt werden die Dammsrisraten bei Geburten mit und ohne Dammschnitt.
	bei Spontangeburt ohne Dammschnitt	
	bei Spontangeburt mit Dammschnitt	
E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten		Dieser Indikator stellt dar, wie häufig der Entschluss zum Kaiserschnitt bis zur Entbindung des Kindes länger als 20 Minuten dauerte.
Kaiserschnittgeburten		Angegeben ist hier, wie hoch der Anteil an Kaiserschnittentbindungen an allen Entbindungen ist.
Kritisches Outcome bei Reifgeborenen		Mit diesem Qualitätsindikator wird die Anzahl der reifen Neugeborenen, die sich auf Basis einer Einschätzung nach Apgar in einem kritischen Gesundheitszustand befinden, ermittelt.
Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen		Ermittelt wird, ob die beobachtete Rate an Kindern mit kritischem Outcome die erwartete Rate übersteigt. Bei einem Wert < 1 fällt die beobachtete Rate (O) geringer als die zu erwartende Rate (E) aus.
Gemeinsame Entlassung von Mutter und Kind		Angegeben ist hier, wie viele Kinder zusammen mit ihren Müttern entlassen oder verlegt wurden.
Mütterliche Todesfälle		Der Indikator zeigt an, wie viele Frauen unter der Geburt verstarben.
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	Damms Grad III oder IV	Angegeben ist das Verhältnis zwischen der beobachteten zur erwarteten Dammsrisrate.
	an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	Angegeben ist das Verhältnis zwischen der beobachteten zur erwarteten Rate an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung.
	an Azidosen bei früh geborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	Angegeben ist das Verhältnis zwischen der beobachteten zur erwarteten Rate an Azidosen bei früh geborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung.
	an Kaiserschnittgeburten	Ersichtlich ist das Verhältnis zwischen der beobachteten zur erwarteten Rate an Kaiserschnittgeburten.
	an gemeinsam entlassenen Müttern und Kindern	Dargestellt wird das Verhältnis der beobachteten Rate von gemeinsam entlassenen Müttern und Kindern zur erwarteten Rate.

Qualitätsziel	Beschreibung des Indikators
Je höher, desto besser	Wenn vor dem erwarteten Geburtstermin Fruchtwasser aus der Fruchtblase austritt (vorzeitiger Blasensprung), besteht die Gefahr einer Infektion. Diese ist besonders bei noch nicht geburtsreifen Kindern kritisch und sollte mit einer Gabe von Antibiotika an die Mutter verhindert werden.
Je höher, desto besser	Nach einem Kaiserschnitt kann sich die Operationswunde entzünden. Um einer Wundinfektion vorzubeugen, sollten die Frauen vor einem Kaiserschnitt vorbeugend Antibiotika erhalten.
Je höher, desto besser	Frühgeborene müssen nach der Entbindung intensiver überwacht und betreut werden als reife Neugeborene. Damit der Start in das Leben auch für ein Frühgeborenes gut und sicher erfolgt, sollte der Kinderarzt bereits zur Geburt im Kreißsaal anwesend sein.
Je niedriger, desto besser	Eine Azidose ist eine Störung des Säure-Basen-Haushaltes des Blutes, die mit einem Absinken des pH-Wertes im Blut einhergeht. Der Nabelarterien-pH-Wert des Neugeborenen ist normal, wenn er höher als 7,11 ist; darunter spricht man von einer Übersäuerung des Blutes, einer „Azidose“. Ein pH-Wert in der Nabelschnurarterie zwischen 7,11 und 6,99 ist grenzwertig niedrig. Ein pH-Wert unter 6,99 ist kritisch und kann durch eine unzureichende Sauerstoffversorgung verursacht sein. Ein niedriger pH-Wert kann Hinweise auf die Qualität der geburtshilflichen Versorgung geben.
Je höher, desto besser	Eine große Gefährdung für Frühgeborene, die vor der 34. Schwangerschaftswoche und damit mehr als 6 Wochen vor dem errechneten Termin geboren werden, besteht in einer durch die Unreife der Lungen bedingten Atemnot. Durch die Verabreichung von Kortison an die Mutter kann bei einer drohenden Frühgeburt die Reifung der Lungen bereits innerhalb des Mutterleibes beschleunigt werden. Für die Behandlung der Lungenreife des Kindes im Mutterleib erhält die Mutter im Abstand von 24 Stunden zweimal Kortison. Die Wirksamkeit der Behandlung ist ca. 48 Stunden nach der Gabe des Kortisons gegeben. Der Start in das Leben ist für die so vorbehandelten Frühgeborenen risikoärmer als ohne diese Vorbehandlung. Der Anteil der Frühgeborenen, die zwischen der 24. und 34. Schwangerschaftswoche über eine Kortisontherapie der Mutter eine vorgeburtliche Lungenreifbehandlung erhalten haben, sollte möglichst hoch sein.
Je höher, desto besser	Nach der Geburt des Kindes und der Durchtrennung der Nabelschnur wird aus der Nabelarterie etwas Blut entnommen. Noch im Kreißsaal wird aus dieser Blutprobe der Blutsäurewert, der sogenannte pH-Wert, bestimmt. Dieser Wert gibt darüber Auskunft, wie gut das Kind während der Geburt mit Sauerstoff versorgt war. Die Bestimmung des pH-Wertes aus der Nabelarterie als auch der Nabelvene sollte möglichst bei allen Neugeborenen durchgeführt werden.
Je niedriger, desto besser	Um die Gefahr eines Dammrisses zu verringern und um den Durchtritt des kindlichen Kopfes zu erleichtern und zu beschleunigen, kann der Damm während der Geburt gezielt eingeschnitten werden. Es wird ein sogenannter Dammschnitt durchgeführt. Die Rate der Dammriss Grad III und IV sollte, unabhängig davon, ob ein Dammschnitt durchgeführt wurde oder nicht, möglichst gering sein. Ob durch einen Dammschnitt ein Dammriss verhindert werden kann, ist medizinisch umstritten.
Je niedriger, desto besser	Während der Geburt kann es unerwartet und unvorhersehbar zu kritischen Situationen für die werdende Mutter oder das Kind kommen und es wird ein Kaiserschnitt durchgeführt. Um diese kritischen Situationen bestehen zu können, sind gut gestaltete und erprobte Abläufe wichtig. Die Zeit von dem Entschluss zum Kaiserschnitt bis zur Entwicklung/Entbindung des Kindes, die sogenannte E-E-Zeit, sollte möglichst kurz sein und weniger als 20 Minuten betragen. Kurze E-E-Zeiten sprechen für ein gut funktionierendes Team und eingespielte Abläufe.
Je niedriger, desto besser	Die Anzahl der Kaiserschnitte hat sich in Deutschland in den letzten 20 Jahren mehr als verdoppelt. Nicht alle Kaiserschnittentbindungen sind medizinisch begründet. Eine sorgfältige Abwägung der Vor- und Nachteile des Verfahrens ist geboten.
Je niedriger, desto besser	Eine, fünf und zehn Minuten nach der Entbindung wird nach einem bestimmten Schema, dem Apgar-Schema, der Zustand des Neugeborenen eingeschätzt. Untersucht wird, ob das Kind regelmäßig atmet, wie schnell das Herz des Kindes schlägt, die Hautfarbe, der Muskeltonus und die Reflexe beim Absaugen. Von einem kritischen Gesundheitszustand (Outcome) des reifen Neugeborenen (älter als 37 Schwangerschaftswochen) spricht man bei einem 5-Minuten-Apgar von unter 5 und einem Nabelarterien-pH-Wert von unter 7,0.
Je niedriger, desto besser	Bei diesem Indikator werden Messwerte, die zum Zeitpunkt der Geburt ohnehin erhoben werden, wie der pH-Wert, der Apgar-Wert und der Base-Excess-Wert kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen.
Je höher, desto besser	An der gemeinsamen Entlassung von Mutter und Kind zeigt sich, dass im Rahmen der Geburt keine größeren Komplikationen aufgetreten sind.
Je niedriger, desto besser	Trotz aller medizinischen Fortschritte können auch heute noch Frauen unter der Geburt sterben. Das kommt jedoch äußerst selten vor.
Je niedriger, desto besser	Für jeden Eingriff gibt es eine zu erwartende Komplikationsrate. Die tatsächlich auftretende Komplikationsrate (beobachtete Rate) kann von der erwarteten Rate abweichen. Idealerweise sollte die beobachtete Rate kleiner als die erwartete Rate sein.

GEBURTSHILFE

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: GEBURTSHILFE

Indikatoren		Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status	Bad Tölz	Crivitz*	Germersheim	Goslar	Hamburg-Altona
Fallzahl						548	391	657	350	3.111
Behandlung der Lungenunreife bei Frühgeborenen	Kortisontherapie der Mutter bei Aufnahme der Mutter zwei Tage vor Entbindung	95,61	>= 95,00%	100,00	●	-	-	-	-	100,00
Antibiotikagabe	Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung	91,13	nicht definiert %	92,78	×	-	-	-	-	97,06
	Antibiotikagabe bei Kaiserschnittentbindungen	98,22	>= 90,00%	98,66	●	100,00	96,77	97,62	100,00	99,91
Kaiserschnittgeburten	alle Kaiserschnittgeburten	31,42	nicht definiert %	34,16	×	30,35	23,79	25,57	28,45	35,38
	Verhältnis beobachtete zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten	0,97	<= 1,24	1,09	●	1,06	0,73	0,86	0,94	1,10
E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten		0,48	= 0,00%	0,33	▲	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes	bei lebend geborenen Einlingen	99,13	>= 95,00%	99,35	●	99,45	98,97	98,74	99,17	99,53
Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	alle reifen Einlinge	0,20	nicht definiert %	0,16	×	0,19	0,00	0,00	0,00	0,11
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei reifen Einlingen	1,02	nicht definiert	0,82	×	1,02	0,00	0,00	0,00	0,60
	alle früh geborenen Einlinge	0,67	nicht definiert %	0,28	×	0,00	0,00	0,00	0,00	0,36
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei früh geborenen Einlingen	0,98	<= 4,81	0,41	●	0,00	0,00	0,00	0,00	0,60
Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen		95,85	>= 90,00%	97,32	●	0,00	-	0,00	-	95,77
Kritisches Outcome bei Reifgeborenen	alle reifgeborenen Kinder	0,03	nicht definiert %	0,02	×	0,19	0,00	0,00	0,00	0,00
	Qualitätsindex	1,02	<= 2,26	0,85	●	4,45	0,00	0,44	0,89	0,67
Dammsriss Grad III oder IV	bei Spontangeburt	1,39	nicht definiert %	0,93	×	0,54	0,84	1,15	0,00	0,96
	Verhältnis beobachtete zur erwarteten Rate (O/E) an Dammsrissen bei Spontangeburt	1,06	<= 2,29	0,70	●	0,40	0,64	0,80	0,00	0,65
	bei Spontangeburt ohne Dammschnitt	1,14	nicht definiert %	0,75	×	0,32	0,61	1,20	0,00	0,88
	bei Spontangeburt mit Dammschnitt	2,56	nicht definiert %	2,01	×	1,75	1,33	0,00	0,00	2,86
Gemeinsame Entlassung von Mutter und Kind	alle gemeinsam entlassenen Mütter und Kinder	93,62	nicht definiert %	89,10	×	98,19	93,12	89,28	86,68	98,96
	Verhältnis beobachtete zur erwarteten Rate (O/E) an gemeinsamen Entlassungen von Mutter und Kind	1,00	nicht definiert	0,95	×	1,04	1,00	0,95	0,92	1,05
Mütterliche Todesfälle	im Rahmen der Perinatalerhebung	0,00	= 0,00%	0,00	▲	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

● = Ergebnis innerhalb des Referenzbereiches ▲ = Sentinel Event × = Referenzbereich nicht definiert

* Einrichtung der MediClin AG

	Hamburg-Barmbek	Hamburg-Harburg	Hamburg-Nord	Hamburg-Wandsbek	Kandel	Langen	Lich	Lindau	Oschatz	Parchim	Pasewalk	Schwalm	Schweedt	Sebnitz	St. Augustin	Waren*	Weißenfels	Wiesbaden
	2.828	738	1.749	936	253	917	951	431	226	527	573	415	344	48	1.053	479	502	1.027
	100,00	-	100,00	100,00	-	-	-	-	-	-	100,00	-	100,00	-	100,00	100,00	100,00	-
	90,91	-	100,00	50,00	-	-	-	-	-	-	50,00	-	100,00	-	100,00	50,00	75,00	-
	97,16	99,22	100,00	100,00	91,95	99,34	98,35	99,25	100,00	100,00	97,26	99,40	96,36	100,00	100,00	94,30	98,45	97,48
	41,11	34,82	32,08	34,51	34,39	32,93	25,47	31,09	28,32	18,79	25,48	40,48	47,97	41,67	46,63	32,99	38,45	30,87
	1,23	1,18	0,91	1,21	1,13	1,13	0,89	0,99	0,97	0,72	0,92	1,35	1,51	1,33	1,18	1,19	1,21	1,10
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12,50
	98,93	99,32	99,88	99,68	97,57	99,78	99,36	100,00	100,00	100,00	99,64	99,03	99,12	100,00	99,80	99,16	98,98	98,72
	0,12	0,00	0,00	0,23	0,00	0,00	0,55	0,48	0,46	0,40	0,00	0,76	0,32	0,00	0,24	0,00	0,00	0,31
	0,62	0,00	0,00	1,22	0,00	0,00	2,85	2,39	2,52	2,12	0,00	3,92	1,51	0,00	1,09	0,00	0,00	1,62
	0,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	0,70	0,00	0,00	0,00
	0,87	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	0,69	0,00	0,00	0,00
	98,63	-	100,00	100,00	0,00	-	-	-	-	100,00	100,00	-	100,00	-	100,00	92,31	92,31	-
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,49	0,00	0,77	0,79	1,14	0,13	1,52	1,92	2,65	1,40	0,00	2,14	0,42	0,00	0,57	0,00	0,29	1,69
	1,48	2,31	0,48	0,39	0,68	0,87	1,08	1,94	0,00	1,09	0,49	1,78	0,00	0,00	0,85	0,68	0,33	0,73
	1,14	1,94	0,35	0,39	0,53	0,66	0,74	1,30	0,00	0,83	0,38	1,59	0,00	0,00	0,83	0,50	0,25	0,51
	0,73	2,43	0,53	0,22	0,72	0,22	0,51	2,03	0,00	1,35	0,00	1,74	0,00	0,00	0,97	0,48	0,00	0,67
	5,37	0,00	0,00	1,75	0,00	3,54	6,90	0,00	0,00	0,00	1,65	1,89	0,00	0,00	0,00	1,12	0,88	1,23
	62,24	89,36	96,85	96,13	93,01	89,46	88,30	96,52	99,53	96,50	88,85	98,44	95,52	97,83	88,50	90,59	94,39	90,10
	0,66	0,95	1,03	1,02	0,99	0,95	0,94	1,03	1,06	1,03	0,95	1,05	1,02	1,04	0,95	0,97	1,01	0,96
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

NEONATOLOGIE

QUALITÄTSINDIKATOREN NEONATOLOGIE

Indikatoren	Was wird gemessen?	
Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen	Mit diesem Indikator wird gemessen, wie häufig eine Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen aufgetreten ist.	
Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen	Dieser Indikator zeigt an, bei wie vielen der versorgten Frühgeborenen eine Frühgeborenenretinopathie (ROP) aufgetreten ist.	
Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen	Der Indikator gibt an, bei wie vielen Frühgeborenen eine schwere Hirnblutung aufgetreten ist.	
Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) mit Operation	Ermittelt wird, wie viele Frühgeborene mit einer NEK operiert wurden.	
Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	Der Qualitätsindex zeigt an, ob bei den versorgten Frühgeborenen mehrere Komplikationen gleichzeitig auftraten.	
Sterblichkeit	alle sehr kleinen Frühgeborenen	Dargestellt wird, wie viele sehr kleine Frühgeborene verstarben.
	bei Risiko-Lebendgeburten	Angegeben ist hier, wie viele der versorgten Frühgeborenen verstarben.
	bei Risiko-Lebendgeburten ohne zuverlegte Kinder	Ausgewiesen wird hier die Sterblichkeitsrate für die Frühgeborenen, die in der betreffenden Klinik zur Welt kamen. Kinder, die aus anderen Krankenhäusern überwiesen wurden, sind hier nicht berücksichtigt.
Temperatur bei Aufnahme	Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad Aufnahmetemperatur nicht angegeben	Der Indikator zeigt an, wie viele der in die Frühgeborenen-Station (Neonatalogie) aufgenommenen Frühgeborenen eine zu niedrige oder zu hohe Körpertemperatur aufwiesen bzw. die Aufnahmetemperatur nicht angegeben war.
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten (ohne Kinder, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden) Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (IVH Grad 3 oder PVH) Zystische Periventrikuläre Leukomalazie (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen Bronchopulmonale Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen sehr kleine Frühgeborene Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) mit Operation	Angegeben ist hier das Verhältnis von beobachteter zu erwarteter Rate an Komplikationen.
Zystische Periventrikuläre Leukomalazie (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen	Dargestellt ist hier, bei wie vielen Frühgeborenen eine Zystische Periventrikuläre Leukomalazie (PVL) aufgetreten ist.	

Qualitätsziel	Beschreibung des Indikators
Je niedriger, desto besser	Die Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) ist eine Lungenerkrankung, die mit Gewebeeränderungen der Lungenbläschen, der Lungenschleimhaut und der Lungengefäße einhergeht. Sie wird meist durch Unreife des Lungengewebes und/oder eine längere künstliche Beatmung verursacht und tritt häufig bei Frühgeborenen auf, die vor der 28. Schwangerschaftswoche geboren wurden. In Folge der Erkrankung kann es zu verringerter Lungenbelüftung und zu Atemnot kommen.
Je niedriger, desto besser	Die Frühgeborenenretinopathie (ROP), eine Netzhauterkrankung der Augen, entsteht aufgrund einer schwankenden Sauerstoffversorgung der Netzhaut bei Frühgeborenen. Sie kann auch durch eine länger anhaltende Sauerstofftherapie entstehen. Die Netzhaut des Auges ist erst in der 36. bis 40. Schwangerschaftswoche vollständig entwickelt. Eine ROP kann zu einer Erblindung oder einem hochgradigen Sehverlust im Kindesalter führen.
Je niedriger, desto besser	Die Blutgefäße eines Neugeborenen sind noch instabil. Unter den Belastungen der Geburt kann es zu Blutungen innerhalb des Gehirns kommen. Dabei werden große Teile der Hirnkammern und/oder des umgebenden Gewebes in Mitleidenschaft gezogen. Die Schwere der jeweiligen Blutung wird in verschiedene Grade unterteilt. IVH Grad 3 und PVH stellen die schwersten Grade einer solchen Blutung dar. Blutungen dieses Schweregrades können bei Frühgeborenen neurologische Folgekrankheiten verursachen oder enden tödlich.
Je niedriger, desto besser	Die Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) ist eine schwerwiegende Darmerkrankung von Frühgeborenen. Die Entstehung einer NEK wird durch multifaktorielle Ursachen begünstigt. Dazu zählen beispielsweise ein Volumenmangelschock, ein Atemnotsyndrom, eine entwicklungsbedingte Unreife des Darms und damit der Verdauungsfunktion, Störungen der Durchblutung und der Immunabwehr oder eine im Krankenhaus erworbene Infektion.
Je niedriger, desto besser	Für Frühgeborene (24.-32. Schwangerschaftswoche) oder mit einem geringen Geburtsgewicht (< 1.500 Gramm) ist die Einschätzung der Versorgungsqualität nur schwer möglich. Deshalb wird für die Einschätzung ein Qualitätsindex herangezogen. In diesen Index werden verschiedene Indikatoren, wie beispielsweise die Sterblichkeit, Hirnblutungen, die Frühgeborenenretinopathie (ROP) etc., einbezogen.
Je niedriger, desto besser	Eine Geburt wird nach bestimmten Risikofaktoren eingestuft, wie zum Beispiel Frühgeburtlichkeit oder niedriges Geburtsgewicht. Treten diese Faktoren ein, spricht man von einer Risiko-Lebendgeburt. Die Sterblichkeit hängt von dem Vorhandensein und der Ausprägung verschiedener Risikofaktoren ab.
	Als sehr kleine Frühgeborene gelten Kinder mit einem Geburtsgewicht von unter 1.500 Gramm und einer Geburt zwischen der 24. und 32. Schwangerschaftswoche.
Je niedriger, desto besser	Neugeborene können ihre Körpertemperatur, anders als Erwachsene, nicht selbstständig regulieren. Vor allem Frühgeborene sind durch ihre „Unreife“ der Gefahr des Wärmeverlustes ausgesetzt. Das Einhalten einer gewissen Körpertemperatur hat Einfluss auf die spätere Entwicklung der Kinder. Um bei der Aufnahme auf die Frühgeborenenstation (Neonatologie) entscheiden zu können, ob das Frühgeborene gewärmt werden muss, muss die Körpertemperatur des Frühgeborenen bekannt sein.
Je niedriger, desto besser	Auch bei der Versorgung von Frühgeborenen lässt sich eine erwartete Rate an Komplikationen ermitteln. Die tatsächlich auftretenden Komplikationen (beobachtete Rate) sollten geringer ausfallen als erwartet.
Je niedriger, desto besser	3 bis 6 Prozent der Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm erleiden aufgrund einer Mangeldurchblutung eine Zerstörung der weißen Substanz des Gehirngewebes (Periventrikuläre Leukomalazie, PVL). Die Mangeldurchblutung kann beispielsweise durch Entzündungen des Fruchtwassers während der Schwangerschaft, Infektionen oder durch eine längere Beatmungstherapie des Frühgeborenen mit hohem Sauerstoffgehalt verursacht sein.

NEONATOLOGIE

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: NEONATOLOGIE

Indikatoren		Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamrate	Status	
Fallzahl						
Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten	Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten	0,87	nicht definiert %	1,43	x	
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten	1,00	<= 2,29	1,28	●	
	Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten ohne zuverlegte Kinder	ohne zuverlegte Kinder	0,79	nicht definiert %	1,41	x
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten	ohne zuverlegte Kinder	1,03	<= 3,00	1,41	●
	Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen	ohne zuverlegte Kinder	4,21	nicht definiert %	6,79	x
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) bei sehr kleinen Frühgeborenen	ohne zuverlegte Kinder	1,01	nicht definiert	1,25	x
Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen	ohne zuverlegte Kinder	4,04	nicht definiert %	6,79	x
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen		0,94	nicht definiert	1,27	x
Nekrotisierende Enterokolitis (NEC)	Nekrotisierende Enterokolitis (NEC) mit Operation bei sehr kleinen Frühgeborenen		1,23	nicht definiert %	0,62	x
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Nekrotisierenden Enterokolitiden (NEC) bei sehr kleinen Frühgeborenen		1,17	nicht definiert	0,47	x
Zystische Periventrikuläre Leukomalazie (PVL)	Zystische Periventrikuläre Leukomalazie (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen	ohne zuverlegte Kinder	1,47	nicht definiert %	0,66	x
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Zystischen Periventrikulären Leukomalazien (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen		0,91	nicht definiert	0,38	x
Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen	ohne zuverlegte Kinder	8,24	nicht definiert %	6,29	x
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen		0,90	nicht definiert	0,59	x
Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen	ohne zuverlegte Kinder	3,79	nicht definiert %	5,43	x
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Höhergradigen Frühgeborenenretinopathien (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen		0,97	nicht definiert	1,28	x
Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung		0,97	<= 1,71 %	1,06	●	
Nosokomiale Infektionen	Kinder mit Nosokomialen Infektionen pro 1.000 Behandlungstage	ohne zuverlegte Kinder	0,91	nicht definiert	1,16	x
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen pro 1.000 Behandlungstage	ohne zuverlegte Kinder	0,91	<= 3,15	1,03	●
	Anzahl nosokomialer Infektionen pro 1.000 Behandlungstage	ohne zuverlegte Kinder	1,11	nicht definiert	1,38	x
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) der Anzahl nosokomialer Infektionen pro 1.000 Behandlungstage	ohne zuverlegte Kinder	0,93	<= 2,90	1,00	●
Pneumothorax	Pneumothorax bei beatmeten Kindern		4,05	nicht definiert %	4,25	x
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) bei beatmeten Kindern mit Pneumothorax	ohne zuverlegte Kinder	0,84	<= 1,92	0,82	●
Zunahme des Kopfumfangs		14,62	nicht definiert %	11,44	x	
Durchführung eines Hörtests		96,67	>= 95,00 %	96,75	●	
Temperatur bei Aufnahme	Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad		4,49	<= 9,47 %	2,75	●
	Aufnahmetemperatur nicht angegeben		1,63	<= 7,47 %	0,56	●

● = Ergebnis innerhalb des Referenzbereiches x = Referenzbereich nicht definiert

* Einrichtung der MediClin AG

	Hamburg-Barmbek	Hamburg-Nord	Parchim	Pasewalk	Schwedt	St. Augustin	Waren*	Weißenfels
	401	258	52	87	114	473	76	146
	2,01	0,78	0,00	0,00	0,00	2,77	0,00	0,00
	1,22	0,97	0,00	0,00	0,00	1,66	0,00	0,00
	2,02	0,80	0,00	0,00	0,00	2,97	0,00	0,00
	1,13	1,04	0,00	0,00	0,00	2,33	0,00	0,00
	8,05	8,00	-	-	0,00	4,35	0,00	0,00
	1,19	1,71	-	-	0,00	1,18	0,00	0,00
	6,90	4,00	-	-	0,00	8,70	0,00	0,00
	1,06	0,96	-	-	0,00	2,10	0,00	0,00
	0,00	4,00	-	-	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	4,12	-	-	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	-	-	0,00	2,27	0,00	0,00
	0,00	0,00	-	-	0,00	1,30	0,00	0,00
	7,69	8,70	-	-	0,00	2,63	0,00	0,00
	0,60	1,00	-	-	0,00	0,31	0,00	0,00
	6,06	0,00	-	-	-	6,82	-	0,00
	1,11	0,00	-	-	-	2,13	-	0,00
	0,90	1,30	-	-	0,00	1,50	0,00	0,00
	2,56	1,43	0,00	0,00	0,00	0,00	1,72	0,57
	1,59	1,38	0,00	0,00	0,00	0,00	3,22	1,40
	3,01	1,90	0,00	0,00	0,00	0,00	1,72	0,57
	1,47	1,53	0,00	0,00	0,00	0,00	2,89	1,28
	3,31	6,38	0,00	7,14	0,00	4,40	0,00	0,00
	0,60	1,37	0,00	1,86	0,00	0,80	0,00	0,00
	8,26	15,38	0,00	0,00	33,33	15,48	0,00	0,00
	98,15	97,18	100,00	96,47	100,00	92,75	98,59	99,31
	4,28	0,39	11,54	2,30	2,63	2,78	0,00	1,37
	0,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,43	3,95	0,00

GYNÄKOLOGISCHE OPERATIONEN

QUALITÄTSINDIKATOREN GYNÄKOLOGISCHE OPERATIONEN

Indikatoren	Was wird gemessen?	
Entfernung der Eierstöcke oder des Eierstocks mit Eileiter	fehlende Histologie nach isoliertem Eingriff am Eierstock mit Gewebsentfernung	Gemessen wird die Rate der fehlenden feingeweblichen Untersuchungen.
	vollständige Entfernung des Eierstocks oder des Eierstocks mit Eileiter ohne krankhaften Befund	Angegeben ist der Anteil von Patientinnen mit Entfernung eines Eierstocks, bei denen kein krankhafter Befund vorlag.
	vollständige Entfernung des Eierstocks oder des Eierstocks mit Eileiter ohne krankhaften Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund	
	beidseitige Entfernung der Eierstöcke oder der Eierstöcke mit Eileiter ohne krankhaften Befund bei Patientinnen, die unter 45 Jahre sind	Ermittelt wird der Anteil von Patientinnen mit Entfernung eines Eierstocks, bei denen kein krankhafter Befund vorlag und die jünger als 45 Jahre sind.
Organerhalt bei Eingriffen an den Eierstöcken	Dargestellt ist hier, wie häufig bei Frauen, die jünger als 40 Jahre sind, organerhaltend operiert wurde.	
Organverletzungen bei gynäkologischen Operationen mittels Bauchspiegelung (laparoskopische Operationen)	alle Patientinnen	Ermittelt wird, wie häufig es bei gynäkologischen Operationen mittels Bauchspiegelung zu Organverletzungen gekommen ist.
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	Dargestellt ist das Verhältnis der beobachteten Rate (O) an Komplikationen zur erwarteten Rate (E).
	bei Patientinnen ohne Entlassungsdiagnose Karzinom, Endometriose und ohne Voroperation im Bauchraum	Dieser Indikator zeigt an, wie häufig bei Patientinnen mit Krebserkrankung oder Endometriose oder Voroperation, bei denen eine Bauchspiegelung durchgeführt wurde, Organverletzungen aufgetreten sind.
Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	Dieser Indikator zeigt an, bei wie vielen Patientinnen nach einem Eingriff an den Eierstöcken oder Eileitern eine länger als 24 Stunden andauernde Unterstützung der Blasenentleerung durch einen Harnwegskatheter erforderlich war.	

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: GYNÄKOLOGISCHE OPERATIONEN

Indikatoren	Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status	Bad Tölz	Burglengenfeld	Crivitz*	Germersheim	Goslar	Hamburg-Altona	
Fallzahl					41	45	75	148	141	276	
Organverletzungen bei Bauchspiegelungen	alle Patientinnen	0,69	nicht definiert %	0,87	x	0,00	0,00	0,00	1,98	0,00	1,55
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Organverletzungen (O/E)	1,08	<= 4,13	1,39	●	0,00	0,00	0,00	3,56	0,00	2,28
	Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und ohne Voroperation	0,40	= 0,00 %	0,27	▲	0,00	0,00	0,00	1,79	0,00	0,00
Fehlende Histologie nach isoliertem Eingriff am Eierstock mit Gewebsentfernung	1,53	<= 5,00 %	2,22	●	5,26	33,33	5,56	0,00	5,26	4,11	
Vollständige Entfernung des Eierstocks oder des Eierstocks mit Eileiter ohne krankhaften Befund	alle Patientinnen	12,04	<= 20,00 %	12,78	●	0,00	50,00	9,52	0,00	13,64	8,82
	oder ohne spezifischen Befund	32,46	<= 48,15 %	30,83	●	42,86	50,00	28,57	50,00	31,82	29,41
	beidseitige Entfernung	30,04	= 0,00 %	20,00	▲	-	0,00	0,00	-	100,00	0,00
Organerhaltung bei Eingriffen an den Eierstöcken	91,33	>= 78,37 %	88,15	●	66,67	87,50	66,67	96,43	76,47	89,36	
Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	3,59	<= 8,52 %	3,10	●	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	5,97	

● = Ergebnis innerhalb des Referenzbereiches ▲ = Sentinel Event x = Referenzbereich nicht definiert

* Einrichtung der MediClin AG

Qualitätsziel	Beschreibung des Indikators
Je niedriger, desto besser	Bei Eingriffen an den Eierstöcken gewonnene Gewebeproben sollen feingeweblich untersucht werden, da nur so die genaue Diagnose gesichert werden kann.
Je niedriger, desto besser	Operationen sollten nur bei eindeutiger Indikation erfolgen. Dieser Grundsatz gilt auch für Operationen an den Eierstöcken. Das Vorhandensein von Funktionszysten der Eierstöcke ist in der Regel kein Grund für eine Operation, da sie sich häufig von alleine zurückbilden. Durch eine sorgfältige Vordiagnostik, unter anderem mit Ultraschall und einer Verlaufsbeobachtung, lässt sich weitgehend vermeiden, dass bei einem feingeweblichen Normalbefund oder einer Funktionszyste eine Operation durchgeführt wird. Die Rate der Patientinnen mit einem feingeweblichen Normalbefund sollte dementsprechend gering sein.
je niedriger, desto besser	Operationen an den Eierstöcken oder Eileitern sollten nur bei eindeutiger Indikation erfolgen, dies gilt um so mehr, je jünger die Patientinnen und somit im gebärfähigen Alter sind.
Je höher, desto besser	Bei gutartigen Erkrankungen der Eierstöcke sollten diese Organe, insbesondere bei Frauen die jünger als 40 Jahre sind, möglichst erhalten bleiben.
Je niedriger, desto besser	Ein Großteil der gynäkologischen Operationen wird heute mit einer Bauchspiegelung (laparoskopische Operation) durchgeführt. Laparoskopische Operationen bieten viele Vorteile, haben aber auch besondere Risiken. So kann es zum Beispiel beim ersten Einstich in den Bauchraum trotz aller Sicherheitsmaßnahmen zu einer Verletzung u. a. des Darms kommen. Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen können erhebliche Konsequenzen haben. Die Rate an Organverletzungen sollte möglichst gering ausfallen.
Je niedriger, desto besser	Für jeden Eingriff gibt es eine zu erwartende Komplikationsrate (E). Die tatsächlich auftretende Komplikationsrate (beobachtete Rate) kann von der erwarteten Rate abweichen. Idealerweise sollte die beobachtete Rate kleiner als die erwartete Rate sein.
Je niedriger, desto besser	Bei Patientinnen, bei denen eine Krebserkrankung (Karzinom) oder eine Voroperation oder eine Verschleppung von Gebärmutter Schleimhaut in den Bauchraum (Endometriose) vorliegt, besteht ein erhöhtes Risiko für Organverletzungen.
Je niedriger, desto besser	Nach einer Operation an den Eierstöcken oder den Eileitern ist bei einigen Patientinnen eine zeitweilige Unterstützung der Blasenentleerung durch einen Harnwegskatheter notwendig.

	Hamburg-Barmbek	Hamburg-Harburg	Hamburg-Nord	Hamburg-Wandsbek	Kandel	Langen	Lich	Lindau	Oschatz	Parchim	Pasewalk	Schwalm	Schwedt	Sebnitz	Seigenstadt	Waren*	Weißerfels	Wiesbaden
	247	347	69	113	127	166	177	73	116	67	151	184	132	77	36	132	90	192
	1,57	1,21	0,00	2,13	1,64	1,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,98	2,27	0,00	1,52	0,00	1,28
	2,54	1,59	0,00	4,69	2,38	2,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,54	3,12	0,00	2,09	0,00	2,46
	0,00	1,27	0,00	0,00	3,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	2,11	0,00	0,00	1,75	0,00	0,00	1,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	6,25	0,00	7,50
	6,52	8,33	16,67	0,00	38,46	10,00	15,00	8,33	5,88	0,00	33,33	42,86	0,00	0,00	-	14,29	22,22	26,67
	23,91	29,17	41,67	0,00	46,15	15,00	50,00	25,00	23,53	6,67	41,67	57,14	33,33	9,09	-	28,57	27,78	53,33
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	94,55	89,47	80,00	92,50	95,00	81,25	86,21	95,00	100,00	89,47	88,46	93,02	89,47	100,00	-	72,73	76,67	95,83
	1,42	4,59	4,76	5,43	7,41	2,41	0,00	1,75	4,29	0,00	0,74	1,71	0,00	1,89	0,00	12,50	3,39	4,94

BEHANDLUNG VON BRUSTKREBS

QUALITÄTSINDIKATOREN BEHANDLUNG VON BRUSTKREBS

Indikatoren	Was wird gemessen?
HER2/neu-Positivrate alle Patienten	Mit diesem Indikator wird ermittelt, ob die Untersuchung der Wirksamkeit der medikamentösen Therapie durchgeführt wurde und ein systematischer Fehler bei der Bestimmung des HER2/neu-Status ausgeschlossen werden kann.
O/E	Angegeben ist das Verhältnis von beobachteter zu erwarteter Rate an Komplikationen.
Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	Ermittelt wird, bei wie vielen Patientinnen eine Biopsie der Sentinel-Lymphknoten durchgeführt wurde.
Intraoperatives Präparatröntgen oder intraoperativer Ultraschall bei Drahtmarkierung bei mammographischer Drahtmarkierung	Dieser Indikator misst, bei wie vielen Operationen eine Markierung des auffälligen Gewebes mit Draht und anschließender Röntgenkontrolle während der Operation erfolgt ist.
bei sonographischer Drahtmarkierung	Dieser Indikator misst, bei wie vielen Operationen eine Markierung des auffälligen Gewebes mit sonographischer Kontrolle während der Operation erfolgt ist.
Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	Dieser Indikator zeigt die Rate von Lymphknotenentfernungen in frühen Stadien des Brustkrebses und bei brusterhaltender Therapie an.
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	Angegeben ist, bei wie vielen Patientinnen vor der Operation eine feingewebliche Untersuchung durchgeführt wurde. Ermittelt wird, bei wie vielen Patientinnen vor der Operation eine feingewebliche Untersuchung erfolgte.
Primäre Axilladissektion bei DCIS	Angezeigt ist die Rate von Lymphknotenentfernungen im Vorstadium des Brustkrebses.
Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen zwischen Diagnose und Operation	Dargestellt wird, bei wie vielen Patientinnen ein zeitlicher Abstand zwischen der Diagnose und der Operation von unter 7 bzw. über 21 Tagen bestand.

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: BEHANDLUNG VON BRUSTKREBS

Indikatoren	Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl				
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	96,75	>= 90,00 %	93,92	●
HER2/neu-Positivitätsrate Patienten mit HER2/neu-positiven Befunden	13,92	nicht definiert %	14,29	×
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2/neu-positiven Befunden	0,91	nicht definiert %	0,95	×
Intraoperatives Präparatröntgen oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	97,74	>= 95,00 %	93,56	●
bei sonografischer Drahtmarkierung	80,66	>= 95,00 %	86,87	●
Primäre Axilladissektion bei DCIS	0,15	= 0,00 %	0,00	▲
Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	11,62	<= 20,75 %	14,89	●
Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	94,91	>= 90,00 %	94,81	●
Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum unter 7 Tage	7,51	<= 28,44 %	6,56	●
über 21 Tage	33,12	nicht definiert %	37,23	×

● = Ergebnis innerhalb des Referenzbereiches ● = Ergebnis außerhalb des Referenzbereiches ▲ = Sentinel Event × = Referenzbereich nicht definiert

* Einrichtung der MediClin AG

Qualitätsziel	Beschreibung des Indikators
Angemessene Rate	15% bis 20% der Brustkrebspatientinnen haben auf der Zelloberfläche der Krebszellen Rezeptoren, HER2/neu-Rezeptoren, die durch einen Wachstumsfaktor zur ständigen Teilung stimuliert werden. Mit Medikamenten kann die Überstimulation der Krebszellen und somit auch deren Wachstum gehemmt werden. Mit dieser medikamentösen Therapie können die Rückfallquote und die Sterblichkeit deutlich gesenkt werden. Voraussetzung ist, dass die Tumorzellen tatsächlich diesen Wachstumsfaktor haben. Um dies festzustellen, wird das Tumorgewebe untersucht. Nur ein dreifach positives Untersuchungsergebnis ist ausreichend, um eine Indikation für die Durchführung einer medikamentösen Therapie zu stellen.
Je niedriger, desto besser	Für jeden Eingriff gibt es eine zu erwartende Komplikationsrate (E). Ermittelt wird die Rate an Komplikationen, die erreicht worden wäre, wenn das Krankenhaus bezüglich aller berücksichtigten Risikofaktoren wie beispielsweise Alter, Schwere der Erkrankung und Begleiterkrankungen denselben „Patientenmix“ gehabt hätte, wie alle anderen Kliniken. Die tatsächlich auftretende, beobachtete Rate (O) kann von der erwarteten Rate abweichen. Idealerweise sollte die beobachtete Rate kleiner als die erwartete Rate sein.
Je höher, desto besser	Die ersten Lymphknoten im Lymphabfluss eines Tumors werden als „Wächterlymphknoten“ (Sentinel-Lymphknoten) angesehen. Die Wahrscheinlichkeit, dass sie als erste von Tumorzellen befallen werden, ist sehr hoch. Daher untersucht man gezielt diese Lymphknoten feingeweblich, um zu klären, ob diese befallen sind.
Je höher, desto besser	Wenn durch eine Röntgenuntersuchung oder eine Sonographie (Ultraschalluntersuchung) unklare Veränderungen der Brust entdeckt wurden, die nicht tastbar sind, werden diese kurz vor einer Operation durch den Röntgenarzt markiert. Anhand dieser Markierungen, in der Regel kleine Metalldrähte, weiß der Operateur, welches Gewebe er entfernen muss. Um Gewissheit zu bekommen, dass der auffällige Bereich auch vollständig entfernt wurde, wird während der Operation erneut geröntgt bzw. eine Sonographie durchgeführt. Die Aufnahmen vor und nach dem Eingriff werden miteinander verglichen.
Je höher, desto besser	Bei den meisten Frauen mit DCIS (Ductale Carcinoma in situ), einer Vorstufe des Brustkrebses, wird eine brusterhaltende Operation durchgeführt. Die Entnahme von Lymphknoten aus der Achselhöhle ist meist nicht erforderlich.
Je höher, desto besser	Bei möglichst vielen Patientinnen sollte bereits im Vorfeld einer Operation geklärt sein, ob eine feingewebliche (histologische) Untersuchung den Verdacht auf auffälliges Gewebe bestätigt hat.
Je höher, desto besser	
Je niedriger, desto besser	Im Frühstadium des Brustkrebses (z. B. DCIS) kann auf die Entfernung der Lymphknoten aus der Achselhöhle (Axilladisektion) verzichtet werden. In diesen Fällen ist der Befall der Lymphknoten sehr unwahrscheinlich. Eine Entfernung der Lymphknoten würde für die Patientin Nachteile, wie beispielsweise Wasseransammlungen im Arm (Ödeme) oder Bewegungseinschränkungen, mit sich bringen. Somit ist in frühen Brustkrebsstadien eine möglichst geringe Rate von Lymphknotenentfernungen anzustreben.
Je niedriger, desto besser	Die Diagnose Brustkrebs ist sowohl für die Betroffenen wie auch ihre Angehörigen sehr belastend. Sie wird häufig als lebensbedrohend empfunden. Viele Patientinnen befürchten, dass ein Warten auf den Beginn der Therapie ihre Heilungschancen vermindert. Vor dem Hintergrund dieser psychisch sehr belastenden Situation wünschen viele Frauen einen möglichst frühzeitigen Operationstermin. Trotz dieses Wunsches sollten sich die Betroffenen jedoch die Zeit nehmen, sich umfassend über die Erkrankung und die unterschiedlichen Behandlungsverfahren sowie deren Vor- und Nachteile zu informieren, sich mit Freunden und Angehörigen zu beraten sowie ggf. die Meinung eines weiteren Arztes (Zweitmeinung) einzuholen. Gemeinsam mit den behandelnden Ärzten sollte festgelegt werden, wie es weitergehen soll. Medizinisch spielen dabei einige Tage Abstand zwischen der Diagnose und der Operation keine wesentliche Rolle.

	Germersheim	Goslar	Hamburg-Barmbek	Hamburg-Harburg	Hamburg-Nord	Kandel	Langen	Lich	Oschatz	Parchim	Pasewalk	Schwedt	Sebnitz	Waren*	Weißenfels
	54	233	145	63	23	82	267	142	65	41	62	56	140	93	345
	52,00	98,11	96,97	88,37	94,74	96,83	96,39	100,00	100,00	100,00	81,58	92,50	97,20	69,39	94,95
	33,33	14,08	16,67	20,00	29,41	25,00	12,95	13,79	17,78	3,70	0,00	14,29	14,86	0,00	16,03
	1,77	0,88	1,18	1,29	2,18	1,52	0,81	0,98	1,20	0,25	0,00	1,21	0,92	0,00	1,15
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	98,15	100,00	100,00	100,00	85,71	67,86	94,74	100,00	92,59
	100,00	100,00	84,00	20,00	100,00	100,00	89,86	97,50	100,00	31,25	-	-	100,00	29,17	98,84
	-	0,00	0,00	0,00	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	-	9,09	0,00	0,00	-	33,33	25,00	0,00	0,00	33,33	33,33	0,00	14,29	33,33	19,23
	80,00	98,81	100,00	90,48	87,50	82,76	89,47	100,00	100,00	85,71	88,89	100,00	100,00	78,26	98,85
	18,18	4,65	1,22	18,18	5,56	22,03	3,45	6,45	0,00	11,11	3,57	0,00	12,24	36,67	0,59
	45,45	37,21	29,27	9,09	27,78	15,25	33,62	31,18	6,98	14,81	17,86	57,14	25,51	26,67	60,59

HERZSCHRITTMACHER UND DEFIBRILLATOREN

QUALITÄTSINDIKATOREN HERZSCHRITTMACHER UND DEFIBRILLATOREN

Indikatoren		Was wird gemessen?	
Eingriffsdauer		Ermittelt wird, wie hoch der Anteil von Patienten ist, bei denen der Eingriff eine definierte Zeitspanne nicht überschreitet.	
Indikation zum Folgeeingriff	Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde)	Der Indikator zeigt an, bei wie vielen Patienten, denen in der gleichen Einrichtung ein Herzschrittmacher/Defibrillator eingesetzt wurde aufgrund von Hardwareproblemen ein Folgeeingriff notwendig wurde.	
	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem)	Ermittelt wird hier, wie häufig das Vorgehen bei der Implantation zu Sonden- oder Taschenproblemen geführt hat.	
	Infektion	Angegeben ist hier, wie häufig ein Folgeeingriff aufgrund von Infektionen erforderlich war.	
Perioperative Komplikationen während des Einsatzes/der Revision eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	chirurgische Komplikationen	Der Indikator zeigt an, bei wie vielen Eingriffen chirurgische Komplikationen aufgetreten sind.	
	Sondendislokation oder Sondendysfunktion	Der Indikator gibt Auskunft über die Häufigkeit, mit der es zu einem Verrutschen der Sonden gekommen ist.	
Laufzeit des alten Aggregats		Geprüft wird, bei wie vielen Patienten die Mindestlaufzeit des implantierten Herzschrittmachersystems bzw. Defibrillators unterschritten wird. Dabei wird zwischen verschiedenen Systemen unterschieden.	
Leitlinienkonforme Indikationsstellung		Geprüft wird, bei wie vielen Patienten eine leitliniengerechte Indikationsstellung erfolgt ist.	
Leitlinienkonforme Systemwahl		Ermittelt wird, inwieweit die Leitlinien bei der Wahl des Schrittmacher- bzw. des Defibrillatorsystems eingehalten werden.	
Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden		Dieser Indikator misst, wie oft ein akzeptables Messergebnis bei der Überprüfung der einwandfreien Funktion eines Herzschrittmachers oder Defibrillators vorliegt.	
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	Der Indikator zeigt an, wie viele der Patienten, die einen Schrittmacher oder einen Defibrillator eingesetzt bekamen, noch während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind.	
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen (O/E)	Ermittelt wird das Verhältnis der beobachteten (tatsächlichen) zur erwarteten Rate an Todesfällen. Die beobachtete Rate sollte geringer ausfallen als die erwartete Rate.	

Qualitätsziel	Beschreibung des Indikators
Je höher, desto besser	Wie lange der gesamte Eingriff dauert, ist nicht sicher vorhersehbar, da er von der Anatomie des Patienten, der Art der implantierten Systeme und der Erfahrung des Operateurs abhängig ist. Lange Operationszeiten können zu höheren Infektionsraten führen und erhöhen damit das Risiko für den Patienten. Sind die Operationszeiten einer Klinik bei der Implantation gleicher Schrittmacher- bzw. Defibrillator-Systeme im Vergleich zu Operationszeiten anderer Einrichtungen deutlich länger, kann dies auf ein Qualitätsproblem hinweisen.
Je niedriger, desto besser	Ein erneuter Eingriff, ein Folgeeingriff, kann notwendig werden, wenn beispielsweise die Batterie vorzeitig erschöpft ist, eine Fehlfunktion des Schrittmachers/Defibrillators vermutet wird oder vorliegt, oder wenn Sondenbrüche auftreten. Diese Komplikationen werden als „Hardwareproblem“ bezeichnet.
Je niedriger, desto besser	Folgeeingriffe können auch erforderlich werden, wenn Komplikationen auftreten, die auf das Vorgehen beim Einsatz des Herzschrittmachers/Defibrillators zurückzuführen sind. Betrachtet werden hier ausschließlich Patienten, denen in der gleichen Einrichtung ein Herzschrittmacher/Defibrillator eingesetzt wurde.
Je niedriger, desto besser	Infektionen sind seltene, jedoch schwerwiegende Komplikationen und können die Aggregattasche, die als Zugangsweg für die Sonden genutzten Venen oder das Herz betreffen. Manche Infektionen erfordern einen Folgeeingriff. Es werden ausschließlich Folgeeingriffe bei Patienten betrachtet, die in der gleichen Einrichtung den Herzschrittmacher/Defibrillator eingesetzt bekamen.
Je niedriger, desto besser	Das Einsetzen bzw. die Revision eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators ist ein kleinerer chirurgischer Eingriff. Trotz sorgfältiger Vorgehensweise kann es auch während kleiner Operationen zu Komplikationen (perioperative Komplikationen) kommen. Beim Einsetzen der Geräte oder beim Gerätewechsel können die Gefäße oder der Herzmuskel verletzt werden; es kann im Bereich der Tasche, in der sich das Aggregat befindet, zu Komplikationen in Form von Hämatomen und Wundinfektionen kommen. Chirurgische Komplikationen, wie z. B. Blutungen, sollten nur selten auftreten.
Je niedriger, desto besser	Beim Einsetzen oder dem Wechseln (Revision) des Herzschrittmachers oder Defibrillators können die Schrittmachersonden aus ihrer Position im Vorhof oder in der Herzkammer verrutschen (Sondendislokation) und sind danach nicht mehr voll funktionsfähig.
Je niedriger, desto besser	Die Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats ist abhängig von der nutzbaren Batteriekapazität und von seinem Energieverbrauch. Um die Zahl der Wechseloperationen möglichst klein zu halten, sollte die Laufzeit des Aggregats, bzw. die Laufzeit der Batterie, möglichst lang sein. In der Regel ist ein Aggregatwechsel nach sieben bis acht Jahren nötig. Für einen sachgerechten Vergleich muss die Laufzeit der Batterie dokumentiert werden.
Je höher, desto besser	Viele krankhafte Veränderungen des Herzrhythmus können mit Medikamenten behandelt werden. Wenn Herzrhythmusstörungen nicht durch schnellen Herzschlag (Tachykardie, Herzrasen), sondern durch einen zu langsamen Herzschlag symptomatisch werden, kann das Anlegen eines Herzschrittmachers (Implantation) in Betracht gezogen werden. Liegt ein zu schneller Herzschlag vor (Tachykardie), wird ein Defibrillator eingesetzt. Für den Patienten ist es wichtig, dass die Indikation für das Einsetzen eines Herzschrittmachers/Defibrillators richtig gestellt wird. Wann der Einsatz eines Herzschrittmachers/Defibrillators medizinisch gerechtfertigt ist, wurde in einer Leitlinie der medizinischen Fachgesellschaft festgelegt.
Je höher, desto besser	Je nach Krankheitsbild muss das Herz an verschiedenen Stellen durch den Herzschrittmacher oder Defibrillator unterstützt werden. Zur Auswahl des richtigen Systems liegen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaft vor. Ermittelt wird, inwieweit diese Leitlinien bei der Wahl des Schrittmachersystems eingehalten werden.
Je höher, desto besser	Ob ein Herzschrittmacher oder ein Defibrillator seine Aufgabe erfüllt, die elektrische Eigenaktivität des Herzens zu messen oder ob das Herz auf den Impuls des Herzschrittmachers bzw. Defibrillators reagiert, kann durch verschiedene Messungen überprüft werden. Für alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und Ventrikelsonden liegt ein akzeptables Messergebnis vor.
Je niedriger, desto besser	Todesfälle nach dem Einsetzen von Schrittmacher- oder Defibrillatorsystemen, dem Wechsel des Aggregats oder nach dem Austausch der Systeme sind möglich, kommen aber extrem selten vor.
Je niedriger, desto besser	Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Todesfällen lässt sich für Patienten im Krankenhaus theoretisch berechnen.

HERZSCHRITTMACHER UND DEFIBRILLATOREN

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: EINSETZEN EINES HERZSCHRITTMACHERS (1/2)

Indikatoren		Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Leitlinienkonforme Indikationsstellung	bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	95,56	>= 90,00 %	97,83	●
Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	bei allen Systemen	97,99	>= 90,00 %	98,64	●
	Systeme 1. Wahl	94,46	nicht definiert %	94,79	×
	Systeme 2. Wahl	0,53	nicht definiert %	0,44	×
	Systeme 3. Wahl	2,99	nicht definiert %	3,42	×
Eingriffsdauer		86,35	>= 60,00 %	86,15	●
Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen		95,34	>= 90,00 %	95,05	●
Perioperative Komplikationen	Chirurgische Komplikationen	0,88	<= 2,00 %	0,95	●
	Sondendislokation oder -dysfunktion	1,50	<= 3,00 %	1,20	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	1,38	nicht definiert %	1,20	×
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen (O/E)	0,93	<= 3,74	0,81	●

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: EINSETZEN EINES HERZSCHRITTMACHERS (2/2)

Indikatoren		Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Leitlinienkonforme Indikationsstellung	bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	95,56	>= 90,00 %	97,83	●
Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	bei allen Systemen	97,99	>= 90,00 %	98,64	●
	Systeme 1. Wahl	94,46	nicht definiert %	94,79	×
	Systeme 2. Wahl	0,53	nicht definiert %	0,44	×
	Systeme 3. Wahl	2,99	nicht definiert %	3,42	×
Eingriffsdauer		86,35	>= 60,00 %	86,15	●
Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen		95,34	>= 90,00 %	95,05	●
Perioperative Komplikationen	Chirurgische Komplikationen	0,88	<= 2,00 %	0,95	●
	Sondendislokation oder -dysfunktion	1,50	<= 3,00 %	1,20	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	1,38	nicht definiert %	1,20	×
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen (O/E)	0,93	<= 3,74	0,81	●

● = Ergebnis innerhalb des Referenzbereiches × = Referenzbereich nicht definiert

* Einrichtung der MediClin AG

	Bad Oldesloe	Bad Töiz	Bad Wildungen	Burglengenfeld	Coswig*	Goslar	Hamburg-Altona	Hamburg-Barmbek	Hamburg-St. Georg	Hamburg-Harburg	Hamburg-Nord	Hamburg-Wandsbek	Hamburg-Westklinikum	Kandel	Lahr/Baden	Langen	Melsungen	Parchim
	59	66	27	31	168	94	173	109	169	196	132	110	68	47	154	53	27	134
	98,18	93,75	100,00	100,00	94,01	98,92	100,00	99,08	98,74	98,45	100,00	100,00	100,00	97,87	90,97	100,00	88,00	98,51
	96,36	96,77	100,00	96,55	98,80	100,00	97,09	96,33	96,73	100,00	100,00	100,00	98,39	97,87	97,12	100,00	100,00	100,00
	90,91	91,94	96,30	82,76	95,78	98,92	78,49	90,83	86,93	99,45	96,75	100,00	98,39	97,87	96,40	97,96	100,00	100,00
	1,82	4,84	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,67	0,00	0,00	1,63	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	3,64	0,00	3,70	13,79	3,01	1,08	18,60	1,83	9,80	0,55	1,63	0,00	0,00	0,00	0,72	2,04	0,00	0,00
	84,75	65,15	85,19	66,67	91,07	96,81	88,44	87,16	75,15	95,92	98,48	91,82	97,06	34,04	75,32	81,13	59,26	97,76
	92,75	95,97	100,00	97,14	93,72	98,82	98,87	97,33	95,38	95,94	98,42	98,80	97,41	94,64	83,44	98,37	86,25	97,90
	0,00	6,06	0,00	0,00	1,19	0,00	1,16	0,92	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,65	0,00	0,00	0,75
	1,69	6,06	11,11	0,00	0,00	1,06	2,31	0,00	0,59	1,53	0,00	0,00	0,00	2,13	1,95	0,00	7,41	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00	2,38	1,06	1,16	0,92	2,37	0,51	3,03	0,00	2,94	2,13	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00	1,18	1,66	0,49	0,60	2,02	0,44	1,85	0,00	2,03	0,73	0,00	0,00	0,00	0,00

	Pasewalk	Radeberg	Schwalme	Schwedt	Sebnitz	Seesen	Seißenstadt	St. Augustin	Waren*	Weißenfels	Westerland/Sylt
	56	61	90	99	31	36	28	16	33	75	21
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	94,44	100,00	80,00	100,00	95,77	100,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	96,67	98,57	95,00
	98,18	100,00	100,00	98,90	100,00	97,22	100,00	100,00	90,00	97,14	95,00
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	1,82	0,00	0,00	1,10	0,00	2,78	0,00	0,00	6,67	1,43	0,00
	91,07	95,08	94,44	73,47	96,77	86,11	96,43	68,75	51,52	94,67	100,00
	98,54	99,06	95,31	91,00	98,08	100,00	98,80	87,50	94,07	96,36	97,22
	3,57	4,92	1,11	2,02	6,45	2,78	0,00	0,00	3,03	0,00	0,00
	3,57	0,00	0,00	1,01	0,00	0,00	7,14	0,00	0,00	0,00	0,00
	1,79	0,00	3,33	0,00	0,00	5,56	7,14	0,00	0,00	1,33	0,00
	2,18	0,00	2,52	0,00	0,00	4,00	4,10	0,00	0,00	2,92	0,00

HERZSCHRITTMACHER UND DEFIBRILLATOREN

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: WECHSELN DES HERZSCHRITTMACHER-AGGREGATS

Indikatoren		Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats	Einkammersysteme (AAI oder VVI): unter 4 Jahre	0,49	= 0,00%	1,40	▲
	Einkammersysteme (AAI oder VVI): über 6 Jahre	95,33	>= 75,00%	93,71	●
	Zweikammersysteme (VDD oder DDD): unter 4 Jahre	0,65	= 0,00%	1,07	▲
	Zweikammersysteme (VDD oder DDD): über 6 Jahre	91,93	>= 50,00%	94,42	●
	Dokumentation der Laufzeit	97,02	>= 90,00%	97,48	●
Eingriffsdauer bis 45 Minuten		94,51	>= 60,00%	94,81	●
Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden		96,32	>= 95,00%	91,38	●
Chirurgische Komplikationen		0,16	<= 1,00%	0,00	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	0,19	= 0,00%	0,47	▲

● = Ergebnis innerhalb des Referenzbereiches ● = Ergebnis außerhalb des Referenzbereiches ▲ = Sentinel Event x = Referenzbereich nicht definiert

* Einrichtung der MediClin AG

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: HERZSCHRITTMACHER-REVISION

Indikatoren		Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Indikation zum Folgeeingriff	Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde)	0,98	<= 3,70%	0,79	●
	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem)	3,20	<= 6,00%	2,89	●
	Infektion oder Aggregatperforation	0,28	<= 1,00%	0,30	●
Perioperative Komplikationen	Chirurgische Komplikationen	0,89	<= 2,00%	1,42	●
	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	0,86	<= 3,00%	0,82	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	1,17	nicht definiert %	0,57	x
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	0,84	<= 4,34	0,45	●

● = Ergebnis innerhalb des Referenzbereiches x = Referenzbereich nicht definiert

* Einrichtung der MediClin AG

	Goslar	Hamburg-Altona	Hamburg-Barmbek	Hamburg-St. Georg	Lahr/Baden*	Langen	Parchim	Pasewalk	Schwalm	Schwedt	Sebnitz	Waren*	Weißenfels
	26	47	23	22	40	25	67	41	24	22	25	40	23
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	88,24	100,00	100,00	66,67	100,00	60,00
	0,00	0,00	6,25	0,00	6,67	0,00	0,00	0,00	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	94,12	97,50	87,50	90,48	90,00	100,00	95,83	95,83	95,00	92,86	90,91	92,86	100,00
	80,77	100,00	100,00	100,00	97,50	100,00	100,00	100,00	100,00	95,45	100,00	95,00	100,00
	96,15	93,62	95,65	86,36	97,50	96,00	98,51	100,00	100,00	77,27	100,00	100,00	100,00
	100,00	100,00	100,00	95,71	49,59	100,00	98,75	100,00	97,85	70,29	100,00	80,70	96,43
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

	Coswig*	Hamburg-St. Georg	Hamburg-Harburg	Lahr/Baden*	Schwedt
	38	33	26	49	29
	1,61	0,52	0,00	2,58	4,13
	5,38	4,19	1,44	4,12	12,40
	0,54	0,00	0,48	1,03	1,65
	0,00	0,00	0,00	6,12	0,00
	0,00	0,00	4,76	3,12	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

HERZSCHRITTMACHER UND DEFIBRILLATOREN

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: EINSETZEN EINES DEFIBRILLATORS

Indikatoren		Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Leitlinienkonforme Indikation		93,82	>= 90,00%	93,02	●
Leitlinienkonforme Systemwahl		94,53	>= 90,00%	94,30	●
Eingriffsdauer		88,03	>= 60,00%	88,40	●
Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen		95,15	>= 90,00%	94,29	●
Perioperative Komplikationen	Chirurgische Komplikationen	0,80	<= 2,00%	0,58	●
	Sondendislokation oder -dysfunktion	0,77	<= 3,00%	0,36	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	0,61	nicht definiert %	0,70	×
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	0,97	<= 7,28	0,98	●

● = Ergebnis innerhalb des Referenzbereiches × = Referenzbereich nicht definiert

* Einrichtung der MediClin AG

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: WECHSELN EINES DEFIBRILLATORS-AGGREGATS

Indikatoren		Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Laufzeit des alten Defibrillator-Aggregats	Einkammersystem (VVI) unter 3 Jahre	0,73	nicht definiert %	0,00	×
	Zweikammersystem (VDD, DDD) unter 3 Jahre	0,46	nicht definiert %	0,00	×
	CRT System unter 3 Jahre	1,36	nicht definiert %	0,79	×
Eingriffsdauer bis 60 Minuten		93,77	>= 60,00%	93,02	●
Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden		97,53	>= 95,00%	94,11	●
Chirurgische Komplikationen		0,19	<= 1,00%	0,00	●
Sterblichkeit im Krankenhaus		0,21	= 0,00%	0,29	▲

● = Ergebnis innerhalb des Referenzbereiches ● = Ergebnis außerhalb des Referenzbereiches ▲ = Sentinel Event × = Referenzbereich nicht definiert

* Einrichtung der MediClin AG

	Coswig*	Goslar	Hamburg-Altona	Hamburg-Barmbek	Hamburg-St. Georg	Hamburg-Harburg	Hamburg-Nord	Hamburg-Wandsbek	Hamburg-Westklinikum	Lahr/Baden*	Langen	Parchim	Radeberg	Schwalin	Schweedt	Weißenfels
	81	46	59	33	110	74	44	53	24	53	38	32	25	39	52	26
	92,59	97,83	98,31	100,00	95,45	98,65	97,73	98,11	95,83	86,79	97,37	100,00	100,00	92,31	92,31	84,62
	90,12	97,83	98,31	96,97	97,27	97,30	97,73	100,00	100,00	88,68	97,37	90,62	96,00	97,44	98,08	92,31
	97,53	91,30	79,66	96,88	78,30	91,89	97,73	98,11	95,83	73,58	92,11	90,62	100,00	84,62	84,62	92,31
	95,62	99,29	99,47	93,22	97,07	91,74	99,39	99,03	94,87	90,19	99,02	98,97	97,70	92,11	91,71	97,70
	1,23	0,00	0,00	0,00	0,91	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,77	0,00
	1,23	0,00	1,69	0,00	0,94	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	2,17	0,00	3,03	0,00	5,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	6,14	0,00	11,69	0,00	8,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

	Hamburg-Altona	Hamburg-St. Georg	Hamburg-Harburg	Hamburg-Nord	Lahr/Baden*	Parchim	SchwalinStadt
	26	45	34	21	26	21	25
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	92,31	86,67	94,12	95,24	96,15	90,48	100,00
	100,00	97,31	98,27	100,00	63,64	98,33	95,65
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

HERZSCHRITTMACHER UND DEFIBRILLATOREN

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: DEFIBRILLATOR-REVISION

Indikatoren		Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Indikation zum Folgeeingriff	Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde)	3,54	<= 8,52 %	3,49	●
	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem)	3,87	<= 6,00 %	2,66	●
	Infektion	0,71	<= 2,48 %	0,91	●
Perioperative Komplikationen	Chirurgische Komplikation	1,14	<= 2,00 %	0,00	●
	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	0,69	<= 3,00 %	0,00	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	1,78	nicht definiert %	0,76	×
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	1,01	<= 4,77	0,46	●

● = Ergebnis innerhalb des Referenzbereiches × = Referenzbereich nicht definiert

* Einrichtung der MediClin AG

	Coswig*	Hamburg- St. Georg	Lahr/Baden*
	51	51	35
	4,04	3,23	5,06
	4,04	1,94	6,33
	2,02	0,65	1,27
	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	0,00
	1,96	0,00	2,86
	1,06	0,00	1,11

KORONARANGIOGRAPHIE

QUALITÄTSINDIKATOREN DARSTELLUNG UND AUFDEHNUNG DER HERZKRANZGEFÄSSE

Indikatoren		Was wird gemessen?	
Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI	Wiederherstellung der Durchblutung der Herzkranzgefäße bei Patienten mit Herzinfarkt	Geprüft wird, bei wie vielen Behandlungen von Patienten mit Herzinfarkt, der nicht älter als 24 Stunden ist und im EKG sichtbar war, das Ziel des Eingriffs erreicht wird.	
	Wiederherstellung der Durchblutung der Herzkranzgefäße bei Patienten ohne Herzinfarkt	Der Indikator zeigt an, bei wie vielen behandelten Patienten das Ziel des Eingriffs erreicht wird.	
Indikation zur elektiven, isolierten Darstellung der Herzkranzgefäße (Koronarangiographie)	Anteil der Koronarangiographien ohne pathologischen (krankhaften) Befund	Mit diesem Indikator wird der Anteil an Patienten ermittelt, bei denen die Darstellung der Herzkranzgefäße einen normalen Befund ergeben hatte.	
Indikation zur elektiven, isolierten Darstellung der Herzkranzgefäße (Koronarangiographie)	bei Vorliegen von objektiven, nicht-invasiven Zeichen der Durchblutungsstörungen (Ischämiezeichen) der Herzkranzgefäße	Mit diesem Indikator wird geprüft, ob die Entscheidung für die Herzkatheteruntersuchung durch entsprechende Befunde, wie z. B. Anzeichen für Durchblutungsstörungen im EKG oder durch eine typische klinische Symptomatik gestützt wird.	
MACCE	Schwerwiegende Komplikationen bei der Darstellung der Herzkranzgefäße	Dargestellt wird hier, wie häufig es bei der Darstellung der Herzkranzgefäße zu schwerwiegenden Komplikationen (MACCE) gekommen ist.	
	Schwerwiegende Komplikationen bei der Aufdehnung der Herzkranzgefäße	Dieser Indikator zeigt an, wie häufig es bei der Darstellung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße zu schwerwiegenden Komplikationen (MACCE) gekommen ist.	
	Schwerwiegende Komplikationen bei der Aufdehnung der Herzkranzgefäße bei Patienten mit Herzinfarkt	Ermittelt wird, wie häufig es bei der Darstellung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße bei Patienten mit einem Herzinfarkt zu schwerwiegenden Komplikationen (MACCE) gekommen ist.	
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	Todesfälle bei der isolierten Darstellung der Herzkranzgefäße	Angegeben ist das Verhältnis von beobachteter zu erwarteter Rate (O/E) an Todesfällen nach einer Darstellung der Herzkranzgefäße.	
	Todesfälle bei der Aufdehnung der Herzkranzgefäße	Dargestellt ist das Verhältnis von beobachteter zu erwarteter Rate (O/E) an Todesfällen in Folge einer Aufdehnung der Herzkranzgefäße.	

Qualitätsziel	Beschreibung des Indikators
Je höher, desto besser	Ein ausgesprochener Notfall liegt immer dann vor, wenn der Verdacht auf einen Herzinfarkt besteht. In diesen Fällen ist es wichtig, dass die Durchblutung der Herzkranzgefäße so schnell wie möglich wiederhergestellt wird.
Je höher, desto besser	Die Aufdehnung der Herzkranzgefäße ist erfolgreich, wenn es gelingt, die Durchblutungsstörungen in den Herzkranzgefäßen zu beheben und der Eingriff ohne Komplikationen verläuft.
Je niedriger, desto besser	Eine Darstellung der Herzkranzgefäße sollte nur dann durchgeführt werden, wenn es deutliche Anzeichen für eine Verengung der Herzkranzgefäße gibt, da jeder Eingriff auch ein gewisses Risiko an Komplikationen birgt.
Je höher, desto besser	Als Gründe für die Durchführung der Herzkatheteruntersuchung gelten deutliche Beschwerden des Patienten im Herz- bzw. Brustkorbbereich, die auf eine Verengung der Herzkranzgefäße hinweisen. Anzeichen für eine Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße (Ischämie) sind zum Beispiel die sogenannte Angina Pectoris (Brustenge) oder Veränderungen im EKG, das unter körperlicher Belastung geschrieben wird.
Je niedriger, desto besser	Herzkathetereingriffe sind mit statistisch geringen, im Einzelfall möglicherweise schwerwiegenden Risiken verbunden. Die Darstellung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße kann zum Beispiel einen lebensbedrohlichen Herzinfarkt, Schlaganfall oder sogar den Tod zur Folge haben. Die Komplikationen werden unter der Bezeichnung MACCE (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events) zusammengefasst. Das Risiko, eine Komplikation zu erleiden, ist umso größer, je älter die Patienten sind und je stärker die Verengung der Herzkranzgefäße ausgeprägt ist. Auch das Vorhandensein von weiteren Begleiterkrankungen oder eine hohe Dringlichkeit für diesen Eingriff gelten als Risikofaktoren.
Je niedriger, desto besser	
Je niedriger, desto besser	
Je niedriger, desto besser	Für die Durchführung der Koronarangiographie (Darstellung der Herzkranzgefäße) kann eine zu erwartende Komplikationsrate errechnet werden. Die tatsächlich in den Kliniken beobachtete Todesrate kann davon abweichen.
Je niedriger, desto besser	Für jeden Eingriff, auch die Aufdehnung der Herzkranzgefäße (PCI), kann eine zu erwartende Komplikationsrate errechnet werden. Die tatsächlich in den Kliniken beobachtete Todesrate kann davon abweichen.

KORONARANGIOGRAPHIE

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: DARSTELLUNG UND AUFDEHNUNG DER HERZKIRZGEFÄSSE (1/2)

Indikatoren		Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Gesamtfallzahl^o					
Indikation zur geplanten, isolierten Darstellung der HerzkranzgefäÙe (Koronarangiographie)	objektive, nicht invasive Durchblutungsstörangen (Ischämiezeichen)	54,60	>= 24,18 %	69,71	●
	Anteil ohne krankhaften Befund	32,23	nicht definiert %	31,50	✘
Erreichen des Rekanalisationsziels bzw. Interventionsziels bei PCI	Wiederherstellung der Durchblutung bei Patienten mit Herzinfarkt	90,83	>= 80,56 %	91,64	●
	Wiederherstellung der Durchblutung bei allen Patienten ohne Herzinfarkt	94,89	>= 89,75 %	94,88	●
Schwerwiegende Komplikationen (MACCE)	Schwerwiegende Komplikationen bei der Darstellung der HerzkranzgefäÙe	1,59	nicht definiert %	1,68	✘
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schwerwiegenden Komplikationen bei der Darstellung der HerzkranzgefäÙe	1,00	<= 2,30	0,92	●
	Schwerwiegende Komplikationen bei der Aufdehnung der HerzkranzgefäÙe	3,78	nicht definiert %	4,01	✘
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schwerwiegenden Komplikationen bei der Aufdehnung der HerzkranzgefäÙe	1,00	<= 2,07	0,98	●
	Schwerwiegende Komplikationen bei der Aufdehnung der HerzkranzgefäÙe bei Patienten mit Herzinfarkt	10,01	nicht definiert %	9,82	✘
Sterblichkeit im Krankenhaus	bei der isolierten Darstellung der HerzkranzgefäÙe	1,41	nicht definiert %	1,40	✘
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen (O/E) bei der isolierten Darstellung der HerzkranzgefäÙe	1,05	<= 2,38	0,91	●
	bei der Aufdehnung der HerzkranzgefäÙe (PCI)	3,04	nicht definiert %	3,23	✘
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei der Aufdehnung der HerzkranzgefäÙe	1,00	<= 2,05 %	0,99	●
	unvollständige Dokumentation von Risikofaktoren	0,25	<= 1,21 %	0,09	●
Dosisflächenprodukt	Isolierte Darstellung der HerzkranzgefäÙe mit Dosisflächenprodukt über 3.500 cGy*cm ²	18,23	<= 40,38 %	11,95	●
	Isolierte Aufdehnung der HerzkranzgefäÙe mit Dosisflächenprodukt über 6.000 cGy*cm ²	23,71	<= 51,89 %	19,98	●
	Darstellung und Aufdehnung der HerzkranzgefäÙe (Einzeitig PCI) mit Dosisflächenprodukt über 8.000 cGy*cm ²	17,26	<= 40,55 %	11,05	●
	Fehlende Dokumentation	0,49	<= 1,29 %	0,36	●
Kontrastmittelmenge	bei der isolierten Darstellung der HerzkranzgefäÙe über 150 ml	7,11	<= 17,00 %	4,58	●
	bei der isolierten Aufdehnung der HerzkranzgefäÙe über 200 ml	21,74	<= 46,94 %	15,81	●
	bei der Darstellung und Aufdehnung der HerzkranzgefäÙe (Einzeitig PCI) über 250 ml	15,54	<= 33,22 %	7,93	●

● = Ergebnis innerhalb des Referenzbereiches ✘ = Referenzbereich nicht definiert

^o eine getrennte Darstellung der Fallzahlen für die Darstellung und die Aufdehnung der HerzkranzgefäÙe war nicht möglich

	Bad Oldesloe	Bad Töiz	Bad Wildungen	Burglengenfeld	Coswig	Crivitz	Germersheim	Goslar	Hamburg-Altona	Hamburg-Barmbek	Hamburg-St. Georg	Hamburg-Harburg	Hamburg-Nord	Hamburg-Wandsbek	Hamburg-Westklinikum	Kandel	Lahr/Baden	Langen
	429	366	87	368	2.522	24	44	853	1.609	930	2.286	1.087	1.240	1.339	723	397	1.411	829
	87,70	79,63	97,96	90,26	68,76	100,00	100,00	-	68,26	94,09	76,19	70,00	63,06	21,32	72,54	99,33	57,85	81,54
	34,83	32,29	53,85	16,07	38,84	28,57	13,33	-	32,80	22,86	33,64	34,18	34,18	26,92	44,53	13,98	27,92	36,36
	86,21	92,31	50,00	60,00	91,01	-	100,00	100,00	89,92	96,63	92,23	93,27	93,33	92,59	100,00	94,74	95,45	98,96
	91,25	93,33	100,00	98,95	93,56	100,00	100,00	96,88	97,16	95,65	94,63	95,08	98,23	94,44	97,96	98,61	90,59	93,75
	2,39	1,22	1,39	1,27	0,66	0,00	3,57	2,88	2,25	1,41	3,02	2,83	1,56	2,28	1,57	1,22	0,71	2,12
	1,27	0,78	1,12	0,63	0,37	0,00	2,85	2,13	1,31	0,95	1,15	1,56	0,88	0,88	0,75	0,67	0,59	0,64
	3,98	4,55	0,00	0,00	2,00	0,00	6,25	4,21	4,38	4,00	4,86	4,58	4,97	3,27	3,19	1,55	4,59	3,58
	0,84	1,15	0,00	0,00	0,59	0,00	2,60	1,37	1,13	0,90	1,10	0,95	1,01	0,73	0,90	0,34	2,17	0,65
	6,90	8,33	0,00	0,00	6,67	-	0,00	0,00	12,71	9,09	16,35	8,41	9,76	9,43	9,09	0,00	0,00	7,77
	1,99	1,22	1,39	0,85	0,39	0,00	3,57	1,54	1,99	1,41	2,76	2,64	1,40	1,93	1,57	1,22	0,00	2,12
	1,27	1,01	1,41	0,52	0,27	0,00	3,63	1,58	1,38	1,13	1,19	1,78	0,90	0,88	0,92	0,79	0,00	0,70
	2,84	4,55	0,00	0,00	1,29	0,00	0,00	5,10	4,14	3,76	4,37	3,82	4,60	2,46	2,24	1,55	0,23	2,56
	0,76	1,31	0,00	0,00	0,47	0,00	0,00	2,56	1,55	1,04	1,14	1,08	1,20	0,73	0,85	0,44	0,15	0,54
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	0,22	0,09	0,00	0,00	0,00	0,50	0,00	0,00
	12,64	16,80	6,10	3,29	8,25	12,50	7,14	0,00	13,16	1,21	28,22	5,10	0,69	9,27	6,06	3,03	16,63	10,77
	-	75,00	0,00	10,42	12,20	-	-	0,00	10,00	-	25,00	3,70	26,00	-	30,00	0,00	17,39	14,29
	10,36	26,36	0,00	5,33	7,79	0,00	6,25	0,32	9,47	0,23	29,68	2,77	1,95	9,76	19,11	2,44	8,00	10,22
	0,00	0,27	0,00	0,54	0,08	0,00	0,00	0,00	0,79	0,22	0,39	0,26	0,00	0,30	0,00	0,00	0,54	0,00
	14,50	5,06	4,88	1,64	3,36	6,25	3,57	0,00	4,63	1,41	6,29	4,40	0,27	3,03	1,63	1,14	6,67	1,76
	-	75,00	25,00	4,08	6,71	-	-	0,00	30,00	-	0,00	9,26	1,00	-	0,00	20,00	44,93	14,29
	28,50	10,91	0,00	1,33	4,31	0,00	0,00	0,00	16,47	4,16	10,16	2,77	0,58	4,39	1,27	0,00	19,70	5,52

KORONARANGIOGRAPHIE

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: DARSTELLUNG UND AUFDEHNUNG DER HERZKIRZGEFÄSSE (2/2)

Indikatoren		Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Gesamtfallzahl°					
Indikation zur geplanten, isolierten Darstellung der Herzkranzgefäße (Koronarangiographie)	objektive, nicht invasive Durchblutungsstörungen (Ischämiezeichen)	54,60	>= 24,18 %	69,71	●
	Anteil ohne krankhaften Befund	32,23	nicht definiert %	31,50	×
Erreichen des Rekanalisationsziels bzw. Interventionsziels bei PCI	Wiederherstellung der Durchblutung bei Patienten mit Herzinfarkt	90,83	>= 80,56 %	91,64	●
	Wiederherstellung der Durchblutung bei allen Patienten ohne Herzinfarkt	94,89	>= 89,75 %	94,88	●
Schwerwiegende Komplikationen (MACCE)	Schwerwiegende Komplikationen bei der Darstellung der Herzkranzgefäße	1,59	nicht definiert %	1,68	×
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schwerwiegenden Komplikationen bei der Darstellung der Herzkranzgefäße	1,00	<= 2,30	0,92	●
	Schwerwiegende Komplikationen bei der Aufdehnung der Herzkranzgefäße	3,78	nicht definiert %	4,01	×
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schwerwiegenden Komplikationen bei der Aufdehnung der Herzkranzgefäße	1,00	<= 2,07	0,98	●
	Schwerwiegende Komplikationen bei der Aufdehnung der Herzkranzgefäße bei Patienten mit Herzinfarkt	10,01	nicht definiert %	9,82	×
Sterblichkeit im Krankenhaus	bei der isolierten Darstellung der Herzkranzgefäße	1,41	nicht definiert %	1,40	×
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen (O/E) bei der isolierten Darstellung der Herzkranzgefäße	1,05	<= 2,38	0,91	●
	bei der Aufdehnung der Herzkranzgefäße (PCI)	3,04	nicht definiert %	3,23	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei der Aufdehnung der Herzkranzgefäße	1,00	<= 2,05 %	0,99	●
	unvollständige Dokumentation von Risikofaktoren	0,25	<= 1,21 %	0,09	●
Dosisflächenprodukt	Isolierte Darstellung der Herzkranzgefäße mit Dosisflächenprodukt über 3.500 cGy*cm ²	18,23	<= 40,38 %	11,95	●
	Isolierte Aufdehnung der Herzkranzgefäße mit Dosisflächenprodukt über 6.000 cGy*cm ²	23,71	<= 51,89 %	19,98	●
	Darstellung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (Einzeitig PCI) mit Dosisflächenprodukt über 8.000 cGy*cm ²	17,26	<= 40,55 %	11,05	●
	Fehlende Dokumentation	0,49	<= 1,29 %	0,36	●
Kontrastmittelmenge	bei der isolierten Darstellung der Herzkranzgefäße über 150 ml	7,11	<= 17,00 %	4,58	●
	bei der isolierten Aufdehnung der Herzkranzgefäße über 200 ml	21,74	<= 46,94 %	15,81	●
	bei der Darstellung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (Einzeitig PCI) über 250 ml	15,54	<= 33,22 %	7,93	●

● = Ergebnis innerhalb des Referenzbereiches × = Referenzbereich nicht definiert

° eine getrennte Darstellung der Fallzahlen für die Darstellung und die Aufdehnung der Herzkranzgefäße war nicht möglich

	Parchim	Radeberg	Schwalm	Schwedt	Seigenstadt	Weißenfels
	545	107	1.082	1.391	21	771
	60,84	64,29	43,51	82,23	100,00	56,43
	34,78	9,09	33,70	27,66	50,00	13,66
	86,36	100,00	87,64	80,28	-	81,48
	88,89	100,00	92,00	96,37	-	94,25
	0,25	0,00	1,71	1,62	9,52	1,04
	0,31	0,00	1,32	1,11	2,39	0,55
	5,04	2,17	3,50	6,41	-	5,75
	1,51	0,47	1,10	1,20	-	1,26
	3,70	7,14	10,87	18,33	-	10,34
	0,25	0,00	1,71	1,30	9,52	0,69
	0,40	0,00	1,61	1,11	2,99	0,44
	1,44	2,17	3,29	5,03	-	5,75
	0,55	0,52	1,21	1,06	-	1,54
	0,00	0,00	0,37	0,07	0,00	0,52
	18,77	1,61	6,55	23,03	10,00	14,55
	25,00	0,00	0,00	29,54	-	29,41
	18,38	0,00	12,66	14,08	-	7,14
	0,18	0,00	0,09	0,46	4,76	1,39
	8,37	1,61	4,36	11,72	4,76	1,30
	0,00	33,33	60,00	24,30	-	11,43
	10,29	6,98	9,96	12,32	-	3,55

HERZCHIRURGIE

QUALITÄTSINDIKATOREN HERZCHIRURGIE

Indikatoren	Was wird gemessen?
Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz	nach logistischem euroScore I nach logistischem Aortenklappenscore 2.0
Gefäßkomplikationen	bei kathetergestütztem Aortenklappenersatz
Komplikationen während der Operation	bei offen-chirurgischem oder kathetergestütztem Eingriff an der Aortenklappe
Neurologische Komplikationen	
Postoperative Mittelfellentzündung	Patienten nach geplanter oder dringlicher Operation Patienten mit geringen Risikofaktoren
Sterblichkeit im Krankenhaus	bei allen Patienten bei Patienten mit geplanter/dringlicher Operation Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allen Patienten
Verwendung körpereigener Gefäße	

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: OPERATIONEN AN DEN HERZKRUNZGEFÄSSEN

Indikatoren	Fallzahl	Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna		94,81	>= 90,00 %	94,38	●
Postoperative Mediastinitis	nach geplanter/dringlicher Operation	0,39	nicht definiert %	0,69	×
	bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	0,30	<= 1,75 %	0,00	●
Neurologische Komplikationen	bei geplanter/dringlicher Operation	0,80	<= 1,81 %	0,63	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	2,90	nicht definiert %	3,22	×
	nach geplanter/dringlicher Operation	1,85	nicht definiert %	1,97	×
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	1,05	<= 2,04	1,00	●

● = Ergebnis innerhalb des Referenzbereiches × = Referenzbereich nicht definiert

* Einrichtung der MediClin AG

Qualitätsziel	Beschreibung des Indikators
Je höher, desto besser	Eine kathetergestützte Operation an der Aortenklappe sollte möglichst nur bei Patienten durchgeführt werden, die älter als 75 Jahre sind und für die ein erhöhtes Operationsrisiko besteht oder die nicht mit der konventionellen Operationsmethode operiert werden können.
Je niedriger, desto besser	Gefäßkomplikationen wie beispielsweise ein Einriss der inneren Wandschicht der Hauptschlagader (Aorta) können besonders bei einem kathetergestützten Eingriff auftreten.
Je niedriger, desto besser	Die systematische Erfassung von Komplikationen während der Operation an der Aortenklappe (intraprozedural) lässt Rückschlüsse auf die Qualität der Behandlung zu.
Je niedriger, desto besser	Nach der Operation können neurologische Komplikationen wie zum Beispiel kurzfristige Durchblutungsstörungen im Gehirn auftreten. Aber auch ein Schlaganfall (Apoplex) oder Koma sind möglich. Als Risikofaktoren für die o. g. Schädigungen gelten u. a. ein Patientenalter über 70 Jahre oder Bluthochdruck. Auch neurologische Vorerkrankungen stellen ein Risiko dar.
Je niedriger, desto besser	Das Mittelfell, in dem das Herz liegt, kann sich nach Operationen des Herzens entzünden. Diese Entzündung stellt eine schwere und lebensbedrohliche Komplikation dar und kann unter anderem eine Infektion benachbarter Organe auslösen. Sie sollte nach Operationen am Herzen möglichst selten auftreten.
Je niedriger, desto besser	Neben der Operationstechnik hat auch das Risikoprofil des Patienten Einfluss auf das Behandlungsergebnis. Das Risiko, zu versterben, wird von mehreren Faktoren, wie einem höheren Lebensalter oder dem Vorhandensein von Vorerkrankungen, beeinflusst. Komplikationen, die zum Tod des Patienten führen, lassen sich bei Operationen am Herzen nicht ganz ausschließen. Die Sterblichkeitsrate der Patienten nach Operationen am Herzen sollte möglichst gering sein.
Je niedriger, desto besser	Für jeden Eingriff gibt es eine zu erwartende Sterblichkeitsrate. Die tatsächlich in den Kliniken zu beobachtende Rate kann von der erwarteten Rate abweichen. Idealerweise sollte die Rate von beobachteten Todesfällen zur Rate erwarteter Todesfälle geringer ausfallen.
Je höher, desto besser	Als Material für die Überbrückung von Herzkranzgefäßverengungen dienen Arterien- oder Venenstücke, die während der gleichen Operation entnommen werden und oberhalb und unterhalb des Engpasses eingenäht werden. Heute wird für die Umleitung regelhaft die innere Brustwandarterie verwendet, da sich im Verlauf der folgenden Jahre eine deutlich geringere Rate an erneuten Herzinfarkten oder Angina-Pectoris-Anfällen im versorgten Gebiet gegenüber der Verwendung von reinen Venenbypässen gezeigt hat.

	Coswig*	Hamburg-Cardioclinc	Hamburg-St. Georg	Lahr/Baden*
	484	91	403	357
	92,96	96,20	96,73	93,04
	0,28	0,00	1,96	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,32	0,00	1,71	0,00
	5,79	2,20	1,99	1,40
	4,23	0,00	1,63	0,00
	1,67	2,68	0,44	0,32

HERZCHIRURGIE

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: KATHETERGESTÜTZTE OPERATIONEN AN DER AORTENKLAPPE

Indikatoren		Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz	nach logistischem euroSCORE I	84,45	>= 85,00 %	66,85	●
	nach logistischem Aortenklappenscore 2.0	76,69	nicht definiert %	46,19	×
Neurologische Komplikationen	bei geplanter/dringlicher Operation	1,24	<= 3,39 %	1,71	●
Intraprozedurale Komplikationen		3,05	<= 7,25 %	2,50	●
Gefäßkomplikationen		8,61	<= 22,78	5,70	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	3,86	nicht definiert %	5,53	×
	nach geplanter/dringlicher Operation	3,62	nicht definiert %	4,95	×
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	0,86	<= 2,51	1,05	●

● = Ergebnis innerhalb des Referenzbereiches ● = Ergebnis außerhalb des Referenzbereiches × = Referenzbereich nicht definiert

* Einrichtung der MediClin AG

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: KONVENTIONELL-CHIRURGISCHE OPERATIONEN AN DER AORTENKLAPPE

Indikatoren		Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status	Coswig*	Hamburg- Cardiologic	Hamburg- St. Georg	Lahr/Baden*
Fallzahl						105	34	98	92
Postoperative Mediastinitis	nach geplanter/dringlicher Operation	0,33	nicht definiert %	0,64	×	0,00	0,00	2,17	0,00
	bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	0,26	<= 1,98 %	0,00	●	0,00	0,00	0,00	0,00
Neurologische Komplikationen	bei geplanter/dringlicher Operation	1,08	<= 4,26 %	0,00	●	0,00	0,00	0,00	0,00
Intraprozedurale Komplikationen		0,72	<= 2,71 %	0,90	●	1,90	0,00	0,00	1,09
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	2,99	nicht definiert %	2,69	×	1,90	8,82	1,02	2,17
	nach geplanter/dringlicher Operation	2,38	nicht definiert %	2,87	×	2,08	9,09	1,09	2,27
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	1,16	<= 2,22	1,00	●	0,85	7,59	0,34	1,43

● = Ergebnis innerhalb des Referenzbereiches × = Referenzbereich nicht definiert

* Einrichtung der MediClin AG

	Coswig*	Hamburg-Cardiologic	Hamburg-St. Georg	Hamburg-Harburg	Lahr/Baden*
	75	83	280	53	70
	98,67	51,81	63,08	87,50	51,43
	98,67	20,00	33,58	78,72	19,57
	1,49	0,00	2,23	2,50	1,59
	2,67	1,20	2,14	1,89	5,71
	0,00	1,20	6,79	11,32	8,57
	9,33	8,43	5,00	5,66	0,00
	9,33	8,54	3,66	5,88	0,00
	2,53	1,88	0,92	0,84	0,00

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: KOMBINIERTE EINGRIFFE AN DER AORTENKLAPPE UND DEN HERZKRUNZGEFÄßEN

Indikatoren		Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status	Coswig*	Hamburg- St. Georg	Lahr/Baden*
Fallzahl						63	40	49
Postoperative Mediastinitis	nach geplanter/dringlicher Operation	0,42	nicht definiert %	0,00	x	0,00	0,00	0,00
	bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	0,45	<= 3,49%	0,00	●	0,00	0,00	0,00
Neurologische Komplikationen	bei geplanter/dringlicher Operation	1,78	<= 4,20%	0,74	●	1,85	0,00	0,00
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	5,27	nicht definiert %	3,16	x	3,17	5,00	2,04
	nach geplanter/dringlicher Operation	4,42	nicht definiert %	3,42	x	3,45	5,13	2,33
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	1,16	<= 2,11	0,86	●	0,87	1,24	0,52

● = Ergebnis innerhalb des Referenzbereiches x = Referenzbereich nicht definiert

* Einrichtung der MediClin AG

ENDOPROTHETIK

QUALITÄTSINDIKATOREN HÜFTGELENKSNÄHER OBERSCHENKELHALSBRUCH MIT OSTEOSYNETHETISCHER VERSORGUNG

Indikatoren	Was wird gemessen?	
Allgemeine postoperative Komplikationen	Gemessen wird, wie häufig allgemeine postoperative Komplikationen wie tiefe Beinvenenthrombose, Pneumonie oder Lungenembolie auftreten.	
Gehunfähigkeit	Dieser Indikator zeigt an, wie viele der operierten Patienten bei der Entlassung von Einschränkungen der Gehfähigkeit betroffen sind.	
Gefäßläsion/Nervenschaden	Mit diesem Indikator wird geprüft, bei wie vielen der behandelten Patienten Gefäßläsionen oder Nervenschäden aufgetreten sind.	
Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Fraktur	Geprüft wird, wie häufig die entsprechenden Komplikationen aufgetreten sind.	
Perioperative Antibiotikaphylaxe	Der Indikator gibt Auskunft darüber, ob die Leitlinien eingehalten werden und eine Antibiotikagabe erfolgte.	
Postoperative Wundinfektion	Dieser Indikator zeigt an, wie häufig nach der Operation Wundinfektionen aufgetreten sind.	
Präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Krankenhausaufnahme	Dieser Indikator misst, bei wie vielen Patienten die Operation erst nach mehr als 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wird.	
Re-Operationen aufgrund von Komplikationen	Zweiteingriffe (Re-Operationen) sind für die Patienten belastend und verlängern die Heilungsphase. Dargestellt wird, wie häufig ein zweiter Eingriff erforderlich war.	
Sterblichkeit im Krankenhaus	Möglichst wenige Patienten mit einem hüftgelenknahen Oberschenkelhalsbruch sollten versterben.	
Wundhämatome/Nachblutungen	Ermittelt wird, wie häufig Wundhämatome oder Nachblutungen aufgetreten sind.	
Verhältnis von beobachteter zu erwarteter Rate (O/E)	Allgemeine postoperative Komplikationen Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung Gefäßläsion/Nervenschaden Implantatfehl- lage, Implantat-Dislokation oder Fraktur Postoperative Wundinfektion Re-Operation aufgrund von Komplikationen Sterblichkeit im Krankenhaus Wundhämatome/Nachblutungen	Angegeben ist das Verhältnis von beobachteter zu erwarteter Rate an Komplikationen.

Qualitätsziel	Beschreibung des Indikators
Je niedriger, desto besser	Zu den allgemeinen postoperativen Komplikationen zählen beispielsweise die tiefen Beinvenenthrombosen. Das sind Blutgerinnsel, die die tiefer liegenden Venen des Beines verstopfen. Diese Blutgerinnsel können sich ablösen, durch das Herz in die Lunge gelangen und die Blutgefäße in der Lunge verschließen (Lungenembolie). Diese Komplikationen sollten nur sehr selten auftreten.
Je niedriger, desto besser	Nach der Operation sollen die Patienten wieder sicher und ohne Schmerzen gehen können. Einschränkungen des Gehens, wie Auffälligkeiten beim Gang oder Schwierigkeiten beim Gleichgewicht sowie Schmerzen, sollten nach der Operation möglichst wenig auftreten. Ob dies gelingt, hängt neben der Operationstechnik auch vom Alter und der Verfassung der Patienten sowie der frühzeitigen Mobilisierung durch die Krankengymnasten ab.
Je niedriger, desto besser	Mögliche Folgen einer Gefäßverletzung, die den Patienten beeinträchtigen können, sind Durchblutungsstörungen oder Blutungskomplikationen (Ischämien). Vorübergehende Nervenschäden nach dem Einsetzen oder Wechseln eines künstlichen Gelenkes sind zwar selten, sie sind für den Patienten jedoch mit Schmerzen oder Missempfindungen, wie zum Beispiel Krabbeln oder auch Lähmungen, verbunden. Auch Bewegungsdefizite, die zu Gangunregelmäßigkeit oder zur Abhängigkeit von orthopädischen Hilfsmitteln führen, können die Folge sein.
Je niedriger, desto besser	Ein Behandlungserfolg ist nur dann zu erreichen, wenn das Implantat richtig liegt und sich die Lage des Implantates, auch nach der Operation, nicht verändert (Dislokation). Auch ein Bruch (Fraktur) sollte sowohl während als auch nach der Operation nicht auftreten. Diese Komplikationen machen häufig einen Folgeeingriff, eine Re-Operation, erforderlich.
Je höher, desto besser	Das Risiko von Wundinfektionen wird durch eine Antibiotikaphylaxe vor, ggf. während oder um die Operation herum, aber auch durch aseptisches Operieren und diszipliniertes Verhalten im Operationssaal minimiert. Um das Risiko zu reduzieren, fordern die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften generell eine Antibiotikaphylaxe. Natürlich nur dann, wenn keine medizinischen Gründe dagegen sprechen.
Je niedriger, desto besser	Nach jeder Operation kann sich die Wunde entzünden. Durch den Einsatz von Fremdmaterialien wie einem künstlichen Hüft- oder Kniegelenk erhöht sich das Risiko einer Wundinfektion. Eine postoperative Wundinfektion stellt eine unerwünschte Komplikation dar und sollte nur selten auftreten. Kommt es häufig zu postoperativen Wundinfektionen, kann dies auf ein Hygieneproblem hinweisen.
Je niedriger, desto besser	Um Komplikationen, wie eine Thrombose, eine Lungenembolie oder die Bildung von Druckgeschwüren (Dekubitus) zu vermeiden, sollte der Zeitraum zwischen Krankenhausaufnahme und Operation möglichst kurz sein. In einigen Fällen sind die Patienten nach dem Oberschenkelbruch allerdings noch nicht operationsfähig und benötigen zunächst eine Vorbehandlung. Der Anteil der Patienten mit einer Operation nach mehr als 24 Stunden nach Aufnahme sollte möglichst gering sein.
Je niedriger, desto besser	Schwere Komplikationen, wie beispielsweise Wundinfektionen, Frakturen, aber auch Läsionen oder Nervenschäden, können ggf. eine Zweitoperation, eine Re-Intervention, erforderlich machen. Zweiteingriffe (Re-Operationen) sind für die Patienten belastend und verlängern die Heilungsphase. Sie sollten die absolute Ausnahme darstellen.
Je niedriger, desto besser	Patienten mit einem hüftgelenksnahen Oberschenkelhalsbruch haben häufig ein höheres Lebensalter und bereits mehrere Nebenerkrankungen. Für Patienten stellt diese Operation ein erhöhtes Risiko dar, sodass sie in seltenen Fällen auch daran sterben können. Differenziert wird zwischen der Sterblichkeitsrate bei Patienten, die ein künstliches Hüftgelenk erhalten haben und jenen, deren Bruch mit Schrauben fixiert wurde.
Je niedriger, desto besser	Verletzungen der Gefäße während der Operation oder Beeinträchtigungen der Blutgerinnung können zu Blutungskomplikationen wie Wundhämatomen oder Nachblutungen führen. Das Auftreten von Blutungskomplikationen sollte vermieden werden.
Je niedriger, desto besser	Für jeden Eingriff gibt es eine zu erwartende Komplikationsrate (E). Ermittelt wird die Rate an Komplikationen, die erreicht worden wäre, wenn das Krankenhaus bezüglich aller berücksichtigten Risikofaktoren wie beispielsweise Alter, Schwere der Erkrankung und Begleiterkrankungen denselben „Patientenmix“ gehabt hätte, wie alle anderen Kliniken. Die tatsächlich auftretende, beobachtete Rate (O) kann von der erwarteten Rate abweichen. Idealerweise sollte die beobachtete Rate kleiner als die erwartete Rate sein.

ENDOPROTHETIK

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: HÜFTGELENKSNÄHER OBERSCHENKELHALSBRUCH BEI OSTEOSYNTHETISCHER VERSORGUNG (1/2)

Indikatoren		Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status Asklepios
Fallzahl					
Präoperative Verweildauer	Präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus	22,63	<= 15,00 %	23,35	●
Perioperative Antibiotikaprophylaxe		99,40	>= 97,41 %	99,61	●
Gehunfähigkeit bei Entlassung	bei allen Patienten	5,60	nicht definiert %	3,00	x
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,08	<= 3,18	0,60	●
Gefäßläsion/Nervenschaden	bei allen Patienten	0,06	nicht definiert %	0,06	x
Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Fraktur	bei allen Patienten	0,69	nicht definiert %	0,50	x
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,73	<= 3,65	0,54	●
Postoperative Wundinfektion	bei allen Patienten	0,64	nicht definiert %	0,39	x
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,86	<= 2,70	0,55	●
Wundhämatome/Nachblutungen	bei allen Patienten	1,15	nicht definiert %	0,78	x
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,89	<= 4,02	0,63	●
Allgemeine Postoperative Komplikationen	bei allen Patienten	6,40	nicht definiert %	5,34	x
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,08	<= 2,68	0,94	●
Reoperation aufgrund von Komplikationen	bei allen Patienten	1,84	nicht definiert %	1,06	x
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,81	<= 2,77	0,48	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	4,93	nicht definiert %	3,78	x
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,05	<= 2,01	0,83	●

● = Ergebnis innerhalb des Referenzbereiches ● = Ergebnis außerhalb des Referenzbereiches x = Referenzbereich nicht definiert

* Einrichtung der MediClin AG

	Bad Dübren*	Bad Oldesloe	Bad Tölz	Bad Wildungen	Burglengenfeld	Germersheim	Goslar	Hamburg-Altona	Hamburg-Barmbek	Hamburg-St. Georg	Hamburg-Harburg	Hamburg-Nord	Hamburg-Wandsbek	Hamburg-Westklinikum	Kandel	Langen	Lich	Oschatz
	23	37	55	41	21	47	101	111	86	68	56	144	98	82	45	81	63	33
	8,70	13,51	21,82	21,95	4,76	19,15	20,79	22,52	16,28	22,06	16,07	36,11	30,61	24,39	4,44	35,80	14,29	21,21
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	99,10	100,00	100,00	98,21	99,31	97,96	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	0,00	2,86	0,00	2,56	0,00	0,00	1,02	6,48	1,20	0,00	0,00	8,57	8,60	3,66	6,82	1,23	0,00	3,12
	0,00	0,65	0,00	0,49	0,00	0,00	0,22	1,30	0,24	0,00	0,00	1,63	1,68	0,68	1,48	0,30	0,00	0,67
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	1,82	0,00	0,00	0,00	0,00	0,90	1,16	1,47	0,00	0,69	0,00	1,22	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	1,90	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,23	1,50	0,00	0,73	0,00	1,34	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,69	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,03
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,40
	0,00	0,00	1,82	0,00	0,00	0,00	0,99	0,00	1,16	0,00	0,00	0,69	1,02	0,00	0,00	0,00	0,00	9,09
	0,00	0,00	1,17	0,00	0,00	0,00	0,89	0,00	0,93	0,00	0,00	0,56	0,82	0,00	0,00	0,00	0,00	7,55
	0,00	13,51	1,82	4,88	0,00	8,51	2,97	9,01	2,33	1,47	1,79	9,03	7,14	1,22	6,67	1,23	11,11	3,03
	0,00	2,43	0,35	0,95	0,00	1,22	0,68	1,46	0,36	0,45	0,32	1,69	1,05	0,19	1,74	0,39	1,63	0,48
	0,00	0,00	1,82	0,00	0,00	0,00	0,99	0,90	2,33	1,47	0,00	1,39	0,00	1,22	0,00	0,00	0,00	9,09
	0,00	0,00	0,84	0,00	0,00	0,00	0,48	0,42	1,04	0,74	0,00	0,63	0,00	0,54	0,00	0,00	0,00	4,22
	0,00	5,41	1,82	4,88	0,00	4,26	2,97	2,70	3,49	2,94	1,79	2,78	5,10	0,00	2,22	0,00	6,35	3,03
	0,00	1,16	0,44	1,02	0,00	0,77	0,78	0,54	0,73	1,26	0,41	0,65	0,90	0,00	0,68	0,00	1,36	0,59

ENDOPROTHETIK

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: HÜFTGELENKSNÄHER OBERSCHENKELHALSBRUCH BEI OSTEOSYNTHETISCHER VERSORGUNG (2/2)

Indikatoren		Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status Asklepios
Fallzahl					
Präoperative Verweildauer	Präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus	22,63	<= 15,00 %	23,35	●
Perioperative Antibiotikaprophylaxe		99,40	>= 97,41 %	99,61	●
Gehunfähigkeit bei Entlassung	bei allen Patienten	5,60	nicht definiert %	3,00	×
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,08	<= 3,18	0,60	●
Gefäßläsion/Nervenschaden	bei allen Patienten	0,06	nicht definiert %	0,06	×
Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Fraktur	bei allen Patienten	0,69	nicht definiert %	0,50	×
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,73	<= 3,65	0,54	●
Postoperative Wundinfektion	bei allen Patienten	0,64	nicht definiert %	0,39	×
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,86	<= 2,70	0,55	●
Wundhämatome/Nachblutungen	bei allen Patienten	1,15	nicht definiert %	0,78	×
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,89	<= 4,02	0,63	●
Allgemeine Postoperative Komplikationen	bei allen Patienten	6,40	nicht definiert %	5,34	×
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,08	<= 2,68	0,94	●
Reoperation aufgrund von Komplikationen	bei allen Patienten	1,84	nicht definiert %	1,06	×
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,81	<= 2,77	0,48	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	4,93	nicht definiert %	3,78	×
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,05	<= 2,01	0,83	●

● = Ergebnis innerhalb des Referenzbereiches ● = Ergebnis außerhalb des Referenzbereiches × = Referenzbereich nicht definiert

* Einrichtung der MediClin AG

	Parchim	Pasewalk	Plau am See*	Radeberg	Schwalm	Schwedt	Sebnitz	Seesen	Seligenstadt	Waren*	Weißenfels	Wiesbaden
	31	36	29	56	57	46	26	44	60	31	58	51
	51,61	38,89	10,34	16,07	12,28	17,39	19,23	15,91	40,00	51,61	10,34	27,45
	100,00	97,22	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	98,33	100,00	100,00	100,00
	0,00	9,38	20,69	0,00	0,00	5,00	0,00	0,00	0,00	7,14	0,00	0,00
	0,00	2,01	3,90	0,00	0,00	1,08	0,00	0,00	0,00	1,50	0,00	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,67	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,85	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	3,23	0,00	0,00	1,79	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,23	1,72	0,00
	4,66	0,00	0,00	2,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,97	2,52	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,17	0,00	0,00	0,00	6,45	3,45	1,96
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,61	0,00	0,00	0,00	5,54	2,56	1,82
	6,45	8,33	3,45	1,79	0,00	4,35	15,38	4,55	5,00	16,13	3,45	7,84
	1,24	1,31	0,58	0,27	0,00	0,92	1,88	0,46	1,13	2,06	0,52	1,60
	0,00	0,00	0,00	1,79	0,00	0,00	3,85	0,00	0,00	0,00	3,45	1,96
	0,00	0,00	0,00	0,74	0,00	0,00	1,79	0,00	0,00	0,00	1,53	0,94
	3,23	11,11	0,00	0,00	3,51	13,04	11,54	6,82	3,33	9,68	8,62	9,80
	0,73	2,05	0,00	0,00	0,70	3,00	2,21	1,11	0,82	2,15	1,41	2,65

ENDOPROTHETIK

QUALITÄTSINDIKATOREN HÜFTENDOPROTHESENVERSORGUNG

Indikatoren	Was wird gemessen?	
Indikation zur geplanten (elektiven) Hüft-Endoprothesen Erstimplantation	Mit diesem Indikator wird geprüft, ob die für eine Entscheidung zur Operation erforderlichen Voraussetzungen, wie Schmerzen oder radiologische Kriterien, erfüllt sind.	
Indikation zum Hüft-Endoprothesenwechsel	Mit diesem Indikator wird geprüft, ob die für eine Entscheidung zur Operation erforderlichen Voraussetzungen erfüllt sind.	
Präoperative Verweildauer > 48 Stunden	Dieser Indikator misst, bei wie vielen Patienten die Operation erst nach mehr als 48 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wird.	
Sturzprophylaxe	Dieser Indikator misst, wie hoch der Anteil der Patienten ist, bei denen das Sturzrisiko strukturiert erfasst wurde und mindestens 3 Maßnahmen zur Sturzprophylaxe eingeleitet wurden.	
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	Der Indikator gibt Auskunft darüber, ob die Leitlinien eingehalten werden und eine Antibiotikagabe erfolgte.	
Allgemeine intra- oder postoperative Komplikationen	bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenksnahen Femurfraktur bei elektiver Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei Reimplantation im Rahmen eines ein- oder zweizeitigen Wechsels	Gemessen wird, wie häufig allgemeine postoperative Komplikationen wie allgemeine intra- oder postoperative Komplikationen.
Spezifische intra- oder postoperative Komplikationen	bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenksnahen Femurfraktur bei elektiver Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei Reimplantation im Rahmen eines ein- oder zweizeitigen Wechsels	Dieser Indikator misst, wie häufig spezifische intra- oder postoperative Komplikationen auftreten.
Gefäßläsion/Nervenschaden		Mit diesem Indikator wird geprüft, bei wie vielen der behandelten Patienten Gefäßläsionen oder Nervenschäden aufgetreten sind.
Implantatfehl- oder Implantatdislokation oder Fraktur		Geprüft wird, wie häufig die entsprechenden Komplikationen aufgetreten sind.
Beweglichkeit bei Entlassung		Mit bestimmten Messmethoden wird der Grad der Beweglichkeit eingeschätzt.
Gehunfähigkeit	alle Patienten Verhältnis von beobachteter zu erwarteter Rate (O/E) bei Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	Dieser Indikator zeigt an, wie viele der operierten Patienten bei der Entlassung von Einschränkungen der Gehfähigkeit betroffen sind. Angegeben ist das Verhältnis von beobachteter zu erwarteter Rate an Komplikationen oder Sterblichkeit.
Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit		Dieser Indikator zeigt an, wie viele der Patienten versterben, obwohl sie aufgrund ihrer Risikofaktoren oder/und Art des Eingriffes ein geringes Risiko hatten, an dem Eingriff zu versterben.

Qualitätsziel	Beschreibung des Indikators
Je höher, desto besser	Ein künstliches Hüftgelenk sollte nur dann eingesetzt werden, wenn Patienten unter Schmerzen leiden, in der Beweglichkeit eingeschränkt sind und der Verschleiß des Gelenkes im Röntgenbild sichtbar ist.
Je höher, desto besser	Es gibt Kriterien, die vorliegen müssen, um einen Endoprothesenwechsel zu rechtfertigen. Zu diesen Kriterien zählen z. B. die Endoprothesen-(sub)luxation, der Implantatbruch oder Implantatabrieb/-verschleiß.
Je niedriger, desto besser	Um Komplikationen, wie eine Thrombose, eine Lungenembolie oder die Bildung von Druckgeschwüren (Dekubitus) zu vermeiden, sollte der Zeitraum zwischen Krankenhausaufnahme und Operation möglichst kurz sein. In einigen Fällen sind die Patienten nach dem Oberschenkelbruch allerdings noch nicht operationsfähig und benötigen zunächst eine Vorbehandlung. Der Anteil der Patienten mit einer Operation nach mehr als 48 Stunden nach Aufnahme sollte möglichst gering sein.
Je höher, desto besser	Um nach der Operation einen Sturz zu vermeiden, werden vor der Operation das individuelle Sturzrisiko strukturiert erfasst und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe eingeleitet wie z. B. Gehtraining, Aufklärung zum Sturzrisiko oder Überprüfung der Medikation hinsichtlich Einfluss auf die Gehsicherheit.
Je höher, desto besser	Das Risiko von Wundinfektionen wird durch eine Antibiotikaprophylaxe vor, ggf. während oder um die Operation herum, aber auch durch aseptisches Operieren und diszipliniertes Verhalten im Operationssaal minimiert. Um das Risiko zu reduzieren, fordern die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften generell eine Antibiotikaprophylaxe. Natürlich nur dann, wenn keine medizinischen Gründe dagegen sprechen.
Je niedriger, desto besser	Zu den allgemeinen postoperativen Komplikationen zählen beispielsweise die tiefen Beinvenenthrombosen. Das sind Blutgerinnsel, die die tiefer liegenden Venen des Beines verstopfen. Diese Blutgerinnsel können sich ablösen, durch das Herz in die Lunge gelangen und die Blutgefäße in der Lunge verschließen (Lungenembolie). Weitere allgemeine postoperative Komplikationen sind u. a. Pneumonie, Schlaganfall, Harnwegsinfekt, akute Niereninsuffizienz etc., diese Komplikationen sollten nur sehr selten auftreten.
Je niedriger, desto besser	Zu den spezifischen intra- oder postoperativen Komplikationen zählen solche Komplikationen, die nur im Zusammenhang mit dieser durchgeführten Operation stehen, wie z. B. eine primäre Implantatfehlage, eine sekundäre Implantatdislokation (hier verschiebt sich das Implantat nach einer gewissen Zeit, obwohl es zunächst an der richtigen Stelle eingebaut wurde), Nachblutungen oder eine Gefäßverletzung.
Je niedriger, desto besser	Mögliche Folgen einer Gefäßverletzung, die den Patienten beeinträchtigen können, sind Durchblutungsstörungen oder Blutungskomplikationen (Ischämien). Vorübergehende Nervenschäden nach dem Einsetzen oder Wechseln eines künstlichen Gelenkes sind zwar selten, sie sind für den Patienten jedoch mit Schmerzen oder Missempfindungen, wie zum Beispiel Kribbeln oder auch Lähmungen, verbunden. Auch Bewegungsdefizite, die zu Gangunregelmäßigkeit oder zur Abhängigkeit von orthopädischen Hilfsmitteln führen, können die Folge sein.
Je niedriger, desto besser	Ein Behandlungserfolg ist nur dann zu erreichen, wenn das Implantat richtig liegt und sich die Lage der Prothese, auch nach der Operation, nicht verändert (Dislokation). Auch ein Bruch (Fraktur) sollte sowohl während als auch nach der Operation nicht auftreten. Diese Komplikationen machen häufig einen Zweiteingriff, eine Re-Operation, erforderlich.
Je höher, desto besser	Die Beweglichkeit des Hüftgelenkes, die Möglichkeit, es zu beugen oder zu strecken, ist für alle Bewegungsabläufe des täglichen Lebens von großer Bedeutung. Eine hohe Beweglichkeit nach der Operation ist Grundvoraussetzung für die weitere aktive Übungstätigkeit des Patienten. Der Grad der Beweglichkeit kann mit bestimmten Messmethoden sicher eingeschätzt und in der Patientenkurve dokumentiert werden.
Je niedriger, desto besser	Nach der Operation sollen die Patienten wieder sicher und ohne Schmerzen gehen können. Einschränkungen des Gehens, wie Auffälligkeiten beim Gang oder Schwierigkeiten beim Gleichgewicht sowie Schmerzen, sollten nach der Operation möglichst wenig auftreten. Ob dies gelingt, hängt neben der Operationstechnik auch vom Alter und der Verfassung der Patienten sowie der frühzeitigen Mobilisierung durch die Krankengymnasten ab.
Je niedriger, desto besser	Für jeden Eingriff gibt es eine zu erwartende Komplikations- oder Sterblichkeitsrate (E). Ermittelt wird die Rate an Komplikationen oder Sterblichkeit, die erreicht worden wäre, wenn das Krankenhaus bezüglich aller berücksichtigten Risikofaktoren wie beispielsweise Alter, Schwere der Erkrankung und Begleiterkrankungen denselben „Patientenmix“ gehabt hätte, wie alle anderen Kliniken. Die tatsächlich auftretende, beobachtete Rate (O) kann von der erwarteten Rate abweichen. Idealerweise sollte die beobachtete Rate kleiner als die erwartete Rate sein.
Je niedriger, desto besser	Relevante patientenbezogene Risikofaktoren (z. B. Schweregrad der Erkrankung, Begleiterkrankungen und Alter) sowie die Art des Eingriffes haben Einfluss auf die Sterbewahrscheinlichkeit. Diese Tatsache wird bei der Bewertung der Sterblichkeit berücksichtigt.

ENDOPROTHETIK

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: HÜFTENDOPROTHESENVERSORGUNG (EINSETZEN UND WECHSELN EINES KÜNSTLICHEN HÜFTGELENKES) (1/2)

Indikatoren		Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status	Bad Abbach
Fallzahl						642
Indikation für den geplanten Einsatz eines künstlichen Hüftgelenkes		94,78	>= 90,00%	97,55	●	99,32
Indikation zum Wechsel eines künstlichen Hüftgelenkes		89,32	>= 86,00%	91,33	●	92,31
Präoperative Verweildauer	Präoperative Verweildauer über 48 Stunden	19,19	<= 15,00%	15,80	●	0,00
Sturzprophylaxe		79,31	>= 80,00%	89,97	●	88,61
Perioperative Antibiotikaprophylaxe		99,70	>= 95,00%	99,66	●	99,07
Allgemeine intra- und postoperative Komplikationen	bei Versorgung eines hüftgelenksnahen Oberschenkelhalsbruchs mit einem künstlichen Hüftgelenk	12,12	<= 27,12%	11,81	●	0,00
	beim geplanten Einsatz eines künstlichen Hüftgelenkes	1,88	<= 7,02%	1,60	●	0,85
	bei einem Wechsel des künstlichen Hüftgelenkes	6,16	<= 19,67%	6,87	●	1,92
Spezifische intra- und postoperative Komplikationen	bei Versorgung eines hüftgelenksnahen Oberschenkelhalsbruchs mit einem künstlichen Hüftgelenk	4,89	<= 12,77%	4,12	●	0,00
	beim geplanten Einsatz eines künstlichen Hüftgelenkes	2,56	<= 8,48%	1,98	●	1,52
	bei einem Wechsel des künstlichen Hüftgelenkes	9,66	<= 21,28%	6,25	●	3,85
Beweglichkeit bei Entlassung		96,81	>= 95,00%	98,19	●	96,94
Gehunfähigkeit bei Entlassung	bei allen Patienten	4,49	nicht definiert %	3,86	×	0,66
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,00	<= 2,45	0,89	●	0,75
Sterblichkeit im Krankenhaus (akut-stationärer Aufenthalt)	bei geringer Sterbwahrscheinlichkeit	0,21	= 0,00%	0,16	▲	0,00
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	1,00	nicht definiert	0,87	×	0,00

● = Ergebnis innerhalb des Referenzbereiches ● = Ergebnis außerhalb des Referenzbereiches ▲ = Sentinel Event × = Referenzbereich nicht definiert

* Einrichtung der MediClin AG

	Bad Dübren*	Bad Harzburg	Bad Oidesloe	Bad Tölz	Bad Wildungen	Birkenwerder	Burglengelfeld	Crivitz*	Germersheim	Goslar	Hamburg-Altona	Hamburg-Barmbek	Hamburg-St. Georg	Hamburg-Harburg	Hamburg-Nord	Hamburg-Wandsbek	Hamburg-Westklinikum	Hohwald
	521	530	76	129	199	318	22	187	158	83	176	141	82	124	178	217	483	756
	94,57	99,60	100,00	98,39	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	88,89	93,75	94,87	91,49	92,68	100,00	90,33	96,39
	94,92	95,65	-	100,00	100,00	96,97	-	100,00	100,00	75,00	94,12	100,00	92,31	100,00	100,00	100,00	82,43	81,36
	14,29	0,00	17,46	4,08	13,04	0,00	0,00	8,33	21,88	15,58	12,14	12,39	23,33	8,57	24,37	19,53	6,49	25,00
	88,25	98,03	57,33	91,34	49,48	99,65	95,45	98,88	99,35	95,06	40,34	60,00	100,00	92,37	84,57	97,66	84,68	95,20
	100,00	98,11	100,00	100,00	98,53	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	98,86	100,00	100,00	99,19	98,90	100,00	99,59	99,87
	0,00	0,00	14,52	6,12	4,35	0,00	4,76	0,00	6,25	2,60	17,73	5,31	6,67	9,86	28,57	6,98	1,28	0,00
	0,23	0,81	0,00	4,84	1,14	2,11	0,00	0,59	2,52	0,00	11,11	0,00	0,00	2,13	2,44	4,65	0,91	2,02
	1,69	0,00	-	5,56	0,00	3,03	-	0,00	0,00	25,00	17,65	33,33	7,69	0,00	25,00	8,89	0,00	5,08
	0,00	0,00	4,76	6,12	4,35	0,00	0,00	0,00	3,12	2,60	4,96	3,54	6,67	5,63	5,88	1,55	1,28	25,00
	1,36	1,42	7,14	1,61	0,56	1,06	0,00	1,18	4,20	0,00	0,00	0,00	2,56	4,26	4,88	6,98	1,51	2,60
	3,39	4,35	-	5,56	0,00	0,00	-	0,00	0,00	0,00	5,88	0,00	0,00	33,33	19,05	11,11	5,41	5,08
	99,55	100,00	100,00	100,00	100,00	99,65	100,00	97,06	100,00	100,00	16,67	100,00	97,44	97,87	87,80	95,35	98,79	96,68
	1,42	0,00	19,35	1,68	1,05	0,67	0,00	0,00	4,23	32,86	34,07	8,93	0,00	8,51	14,89	17,93	3,70	0,68
	1,15	0,00	1,15	0,27	0,39	0,69	0,00	0,00	1,19	2,37	2,24	0,53	0,00	0,72	0,95	1,33	0,78	0,64
	0,00	0,00	0,00	1,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	1,25	0,62	1,41	0,00	0,70	0,00	0,32	1,61	0,77	1,19	0,80	0,75	0,67	0,70	0,00	0,00

ENDOPROTHETIK

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: HÜFTENDOPROTHESENVERSORGUNG (EINSETZEN UND WECHSELN EINES KÜNSTLICHEN HÜFTGELENKES) (2/2)

Indikatoren		Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status	Kandel
Fallzahl						117
Indikation für den geplanten Einsatz eines künstlichen Hüftgelenkes		94,78	>= 90,00%	97,55	●	93,22
Indikation zum Wechsel eines künstlichen Hüftgelenkes		89,32	>= 86,00%	91,33	●	100,00
Präoperative Verweildauer	Präoperative Verweildauer über 48 Stunden	19,19	<= 15,00%	15,80	●	13,95
Sturzprophylaxe		79,31	>= 80,00%	89,97	●	66,67
Perioperative Antibiotikaprophylaxe		99,70	>= 95,00%	99,66	●	100,00
Allgemeine intra- und postoperative Komplikationen	bei Versorgung eines hüftgelenksnahen Oberschenkelhalsbruchs mit einem künstlichen Hüftgelenk	12,12	<= 27,12%	11,81	●	25,58
	beim geplanten Einsatz eines künstlichen Hüftgelenkes	1,88	<= 7,02%	1,60	●	5,17
	bei einem Wechsel des künstlichen Hüftgelenkes	6,16	<= 19,67%	6,87	●	18,75
Spezifische intra- und postoperative Komplikationen	bei Versorgung eines hüftgelenksnahen Oberschenkelhalsbruchs mit einem künstlichen Hüftgelenk	4,89	<= 12,77%	4,12	●	6,98
	beim geplanten Einsatz eines künstlichen Hüftgelenkes	2,56	<= 8,48%	1,98	●	1,69
	bei einem Wechsel des künstlichen Hüftgelenkes	9,66	<= 21,28%	6,25	●	5,88
Beweglichkeit bei Entlassung		96,81	>= 95,00%	98,19	●	100,00
Gehunfähigkeit bei Entlassung	bei allen Patienten	4,49	nicht definiert %	3,86	×	10,68
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,00	<= 2,45	0,89	●	1,78
Sterblichkeit im Krankenhaus (akut-stationärer Aufenthalt)	bei geringer Sterbwahrscheinlichkeit	0,21	= 0,00%	0,16	▲	1,18
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	1,00	nicht definiert	0,87	×	1,22

● = Ergebnis innerhalb des Referenzbereiches ● = Ergebnis außerhalb des Referenzbereiches ▲ = Sentinel Event × = Referenzbereich nicht definiert

* Einrichtung der MediClin AG

	Langen	Lich	Lindau	Lindenlohe	Melsungen	Oschatz	Parchim	Pasewalk	Plau am See*	Radeberg	Schwalmsstadt	Schweft	Sebnitz	Seesen	Seligenstadt	Weißenfels	Westerland/Sylt	Wiesbaden
	209	264	186	396	56	397	129	198	129	114	191	155	47	49	123	142	46	289
	98,18	94,80	100,00	100,00	100,00	99,38	97,83	100,00	93,59	100,00	98,29	94,95	100,00	100,00	86,84	96,20	94,74	100,00
	100,00	92,86	100,00	91,43	66,67	80,65	100,00	100,00	77,27	100,00	100,00	100,00	50,00	100,00	100,00	80,95	-	100,00
	6,59	10,94	13,16	0,00	28,57	23,08	48,39	31,82	13,79	7,50	14,71	19,57	35,00	8,00	14,63	22,00	7,41	23,64
	98,06	80,08	100,00	100,00	45,45	97,89	89,60	96,91	94,35	99,12	100,00	94,16	91,30	93,75	91,80	95,07	95,65	99,28
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	99,65
	11,96	20,63	10,53	4,76	10,71	34,62	19,35	9,30	10,34	10,00	4,41	8,51	15,79	12,00	9,76	22,45	14,81	9,09
	1,83	1,16	5,79	0,00	0,00	2,81	3,26	4,90	2,56	1,45	0,00	1,01	0,00	0,00	2,63	5,06	0,00	0,47
	0,00	17,86	3,70	1,43	0,00	9,26	0,00	8,33	4,55	0,00	0,00	22,22	25,00	0,00	0,00	38,89	-	4,55
	4,35	12,50	5,26	0,00	3,57	3,85	3,23	0,00	0,00	0,00	1,47	2,08	5,00	0,00	2,44	14,00	7,41	7,27
	2,73	3,47	3,28	0,65	0,00	3,44	2,17	2,80	0,00	2,90	2,56	3,03	4,17	0,00	0,00	2,53	0,00	1,42
	0,00	10,71	0,00	5,71	0,00	4,84	0,00	25,00	4,55	0,00	0,00	0,00	25,00	0,00	0,00	38,10	-	0,00
	98,17	97,69	98,35	100,00	100,00	99,06	92,31	99,30	98,72	100,00	100,00	97,98	95,83	100,00	100,00	100,00	84,21	100,00
	3,85	1,73	4,12	0,55	7,14	1,71	3,45	5,33	7,76	2,88	1,64	1,63	7,32	16,22	2,80	5,65	8,11	1,15
	0,63	0,33	1,25	0,25	1,22	0,84	0,86	1,18	1,34	0,40	0,28	0,39	0,85	2,10	0,28	0,77	0,84	0,36
	0,00	0,00	0,00	0,00	2,94	0,00	0,92	0,65	0,92	0,00	0,00	0,83	0,00	0,00	1,27	1,06	0,00	0,42
	1,09	1,29	0,96	0,00	1,52	0,61	1,87	1,75	1,49	0,74	0,82	1,56	1,30	0,57	0,68	2,19	1,25	0,91

ENDOPROTHETIK

QUALITÄTSINDIKATOREN KNIEENDOPROTHESENVERSORGUNG

Indikatoren		Was wird gemessen?
Indikation	zur Knie-Totalendoprothese zur Schlittenprothese	Mit diesem Indikator wird geprüft, ob die für eine Entscheidung zur Operation erforderlichen Voraussetzungen, wie Schmerzen oder radiologische Kriterien, erfüllt sind.
	zum Knie-Endoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel	Mit diesem Indikator wird geprüft, ob die für eine Entscheidung zur Operation erforderlichen Kriterien erfüllt sind.
Perioperative Antibiotikaprophylaxe		Der Indikator gibt Auskunft darüber, ob die Leitlinien eingehalten werden und eine Antibiotikagabe erfolgte.
Intra- oder postoperative Komplikationen	bei elektiver Knie-Endoprothesen- Erstimplantation	Gemessen wird, wie häufig spezifische intra- und postoperative Komplikationen auftreten.
	bei Reimplantation im Rahmen eines ein- oder zweizeitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels	
Beweglichkeit bei Entlassung		Mit bestimmten Messmethoden wird der Grad der Beweglichkeit eingeschätzt. Geprüft wird, bei wie vielen Patienten eine adäquate Beweglichkeit am operierten Knie bei Entlassung vorlag.
Gehunfähigkeit bei Entlassung	alle Patienten	Dieser Indikator zeigt an, wie viele der operierten Patienten bei der Entlassung von Einschränkungen der Gehfähigkeit betroffen sind.
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	Angegeben ist das Verhältnis von beobachteter zu erwarteter Rate an Komplikationen.
Postoperative Beweglichkeit	Beweglichkeit bei Entlassung	Mit bestimmten Messmethoden wird der Grad der Beweglichkeit eingeschätzt.
	Messung der Beweglichkeit	Geprüft wird, bei wie vielen Patienten eine Messung der postoperativen Beweglichkeit durchgeführt wurde.

Qualitätsziel	Beschreibung des Indikators
Je höher, desto besser	Ein künstliches Kniegelenk sollte nur dann eingesetzt werden, wenn Patienten unter Schmerzen leiden, in der Beweglichkeit eingeschränkt sind und der Verschleiß des Gelenkes im Röntgenbild sichtbar ist.
Je höher, desto besser	Der Wechsel eines künstlichen Kniegelenkes sollte nur dann erfolgen, wenn bestimmte Kriterien, beispielsweise Schmerzen oder der Nachweis eines Infektes, vorliegen.
Je höher, desto besser	Das Risiko von Wundinfektionen wird durch eine Antibiotikaprophylaxe vor, ggf. während oder um die Operation herum, aber auch durch aseptisches Operieren und diszipliniertes Verhalten im Operationsaal minimiert. Um das Risiko zu reduzieren, fordern die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften für diese Operation eine Antibiotikaprophylaxe. Natürlich nur dann, wenn keine medizinischen Gründe dagegen sprechen.
Je niedriger, desto besser	Zu den spezifischen, behandlungsbedürftigen intra- oder postoperativen Komplikationen zählen beispielsweise eine primäre Implantatfehl- lage, eine sekundäre Implantatdislokation (eine Veränderung der Lage des Implantats nach der Operation) oder beispielsweise operationsbedingte Verletzungen von Gefäßen oder Nerven. Diese Komplikationen sollten selten auftreten.
Je höher, desto besser	Die Beweglichkeit des Kniegelenkes, die Möglichkeit, es zu beugen oder zu strecken, ist für alle Bewegungsabläufe des täglichen Lebens von großer Bedeutung. Eine hohe Beweglichkeit nach der Operation ist Grundvoraussetzung für die weitere aktive Übungstätigkeit des Patienten. Der Grad der Beweglichkeit kann mit bestimmten Messmethoden sicher eingeschätzt und in der Patientenakte dokumentiert werden.
Je niedriger, desto besser	Nach der Operation sollen die Patienten wieder sicher und ohne Schmerzen gehen können. Einschränkungen des Gehens, wie Auffälligkeiten beim Gang oder Schwierigkeiten beim Gleichgewicht sowie Schmerzen, sollten nach der Operation möglichst wenig auftreten. Ob dies gelingt, hängt neben der Operationstechnik auch vom Alter und der Verfassung der Patienten sowie der frühzeitigen Mobilisierung durch die Krankengymnasten ab.
Je niedriger, desto besser	Für jeden Eingriff gibt es eine zu erwartende Komplikationsrate (E). Ermittelt wird die Rate an Komplikationen, die erreicht worden wäre, wenn das Krankenhaus bezüglich aller berücksichtigten Risikofaktoren wie beispielsweise Alter, Schwere der Erkrankung und Begleiterkrankungen denselben „Patientenmix“ gehabt hätte, wie alle anderen Kliniken. Die tatsächlich auftretende, beobachtete Rate (O) kann von der erwarteten Rate abweichen. Idealerweise sollte die beobachtete Rate kleiner als die erwartete Rate sein.
Je höher, desto besser	Die Beweglichkeit des Hüft- oder Kniegelenkes, die Möglichkeit, es zu beugen oder zu strecken, ist für alle Bewegungsabläufe des täglichen Lebens von großer Bedeutung. Eine hohe Beweglichkeit nach der Operation ist Grundvoraussetzung für die weitere aktive Übungstätigkeit des Patienten. Der Grad der Beweglichkeit kann mit bestimmten Messmethoden sicher eingeschätzt werden.
Je höher, desto besser	Voraussetzung für die Einschätzung der Beweglichkeit ist die konsequente Durchführung der entsprechenden Messungen. Um den Erfolg der Operation nachweisen zu können, muss die postoperative Beweglichkeit nach einer standardisierten Methode gemessen und in der Patientenakte dokumentiert werden.

ENDOPROTHETIK

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: KNIEENDOPROTHESENVERSORGUNG (EINSATZ UND WECHSEL EINES KÜNSTLICHEN KNIEGELENKES) (1/2)

Indikatoren		Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Indikation zum Einsetzen einer Knie-Totalendoprothese		96,58	>= 90,00 %	98,81	●
Indikation zum Einsetzen einer Schlittenprothese		84,85	>= 90,00 %	95,47	●
Indikation zum Knie-Endoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel		81,42	>= 86,00 %	87,06	●
Perioperative Antibiotikaprophylaxe		99,63	>= 95,00 %	99,72	●
Intra- oder postoperative Komplikationen	beim geplanten Einsatz einer Knieendoprothese (Erstimplantation)	2,81	<= 8,51 %	2,25	●
	beim Folgeeingriff im Rahmen eines Wechsels der Knieendoprothese oder von Komponenten der Knieendoprothese	7,37	<= 17,92 %	6,07	●
Beweglichkeit bei Entlassung		90,57	>= 80,00 %	93,46	●
Gehunfähigkeit bei Entlassung	bei allen Patienten	0,78	nicht definiert %	0,59	×
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,00	<= 4,48	0,75	●

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: KNIEENDOPROTHESENVERSORGUNG (EINSATZ UND WECHSEL EINES KÜNSTLICHEN KNIEGELENKES) (2/2)

Indikatoren		Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Indikation zum Einsetzen einer Knie-Totalendoprothese		96,58	>= 90,00 %	98,81	●
Indikation zum Einsetzen einer Schlittenprothese		84,85	>= 90,00 %	95,47	●
Indikation zum Knie-Endoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel		81,42	>= 86,00 %	87,06	●
Perioperative Antibiotikaprophylaxe		99,63	>= 95,00 %	99,72	●
Intra- oder postoperative Komplikationen	beim geplanten Einsatz einer Knieendoprothese (Erstimplantation)	2,81	<= 8,51 %	2,25	●
	beim Folgeeingriff im Rahmen eines Wechsels der Knieendoprothese oder von Komponenten der Knieendoprothese	7,37	<= 17,92 %	6,07	●
Beweglichkeit bei Entlassung		90,57	>= 80,00 %	93,46	●
Gehunfähigkeit bei Entlassung	bei allen Patienten	0,78	nicht definiert %	0,59	×
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,00	<= 4,48	0,75	●

● = Ergebnis innerhalb des Referenzbereiches × = Referenzbereich nicht definiert

* Einrichtung der MediClin AG

	Bad Abbach	Bad Dübener*	Bad Harzburg	Bad Tölz	Bad Wildungen	Birkenwerder	Crivitz*	Germersheim	Hamburg-St. Georg	Hamburg-Harburg	Hamburg-Wandsbek	Hamburg-Westklinikum	Hohwald	Kandel	Langen	Lich	Lindau	Lindenlohe
	488	391	752	44	159	287	147	124	88	58	22	305	677	66	123	237	131	520
	99,52	98,76	100,00	96,88	100,00	100,00	96,88	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	97,11	94,34	99,17	94,81	99,11	99,74
	69,23	100,00	100,00	100,00	-	100,00	100,00	100,00	90,00	75,00	100,00	96,00	83,33	100,00	100,00	100,00	100,00	98,18
	79,69	85,19	94,64	75,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	33,33	90,00	83,33	82,50	62,50	100,00	95,24	94,44	88,37
	99,39	100,00	99,07	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	98,28	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	98,73	99,24	99,81
	4,23	1,78	2,03	2,50	0,63	1,95	0,73	0,90	2,47	0,00	8,33	2,91	2,51	3,45	0,00	4,63	1,77	0,92
	8,06	7,41	1,79	25,00	100,00	0,00	0,00	0,00	14,29	33,33	10,00	3,33	7,50	12,50	0,00	14,29	5,56	5,81
	96,01	90,21	97,97	92,50	96,84	99,61	87,59	97,30	98,77	96,36	100,00	98,18	76,77	98,28	100,00	94,44	92,04	97,24
	0,88	0,27	0,00	0,00	1,26	0,36	0,69	0,00	0,00	1,79	17,65	1,09	0,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	1,07	0,35	0,00	0,00	1,66	0,54	0,97	0,00	0,00	0,94	6,71	0,90	1,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

	Melsungen	Oschatz	Parchim	Pasewalk	Plau am See*	Radeberg	Schwalm	Schwecht	Seligenstadt	Weißenfels	Wiesbaden
	87	324	88	100	81	111	89	74	27	96	243
	100,00	99,63	100,00	100,00	93,33	100,00	100,00	92,75	100,00	97,65	100,00
	-	96,00	81,82	100,00	-	100,00	100,00	-	-	-	100,00
	0,00	88,46	75,00	100,00	83,33	88,89	71,43	60,00	-	63,64	92,59
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	99,59
	7,06	2,68	2,63	2,41	1,33	0,00	1,22	5,80	0,00	3,53	1,39
	0,00	15,38	8,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-	0,00	3,70
	92,94	89,60	92,11	100,00	93,33	98,04	98,78	79,71	96,30	98,82	99,07
	2,30	0,66	3,61	0,00	2,86	0,00	1,19	0,00	0,00	0,00	0,00
	5,41	0,70	3,53	0,00	2,70	0,00	1,59	0,00	0,00	0,00	0,00

DEKUBITUS

QUALITÄTSINDIKATOREN BEHANDLUNG VON DRUCKGESCHWÜREN

Indikatoren	Was wird gemessen?
Alle im Krankenhaus erworbenen Druckgeschwüre	Ermittelt wird, bei wie vielen Patienten, die ohne ein Druckgeschwür in die Klinik kamen, bei der Entlassung ein Druckgeschwür besteht. Dabei wird nach dem Schweregrad des Dekubitus differenziert.
Alle im Krankenhaus erworbenen Druckgeschwüre Grad 2	Angegeben wird, bei wie vielen Patienten, die ohne ein Druckgeschwür in die Klinik kamen, bei der Entlassung ein Druckgeschwür 2. Grades besteht.
Alle im Krankenhaus erworbenen Druckgeschwüre Grad 3	Dieser Indikator zeigt an, bei wie vielen Patienten, die ohne ein Druckgeschwür in die Klinik kamen, bei der Entlassung ein Druckgeschwür 3. Grades vorliegt.
Alle im Krankenhaus erworbenen Druckgeschwüre Grad 4	Der Indikator zeigt an, wie viele Patienten, die ohne ein Druckgeschwür aufgenommen wurden, mit einem Druckgeschwür 4. Grades entlassen wurden.
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	Bei Patienten, die ohne Druckgeschwüre aufgenommen wurden, sollte die tatsächliche Dekubitusrate (O) unter der zu erwartenden Rate (E) liegen.

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: BEHANDLUNG VON DRUCKGESCHWÜREN (1/3)

Indikatoren		Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Druckgeschwür	0,40	nicht definiert %	0,34	✘
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) mit mindestens einem stationär erworbenen Druckgeschwür	0,99	<= 2,11	0,79	●
	Alle Patienten mit mindestens einem im Krankenhaus erworbenen Druckgeschwür Grad 2	0,32	nicht definiert %	0,29	✘
	Alle Patienten mit mindestens einem im Krankenhaus erworbenen Druckgeschwür Grad 3 oder nicht näher bezeichnet	0,06	nicht definiert %	0,05	✘
Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Druckgeschwür Grad 4		0,01	= 0,00 %	0,01	▲

● = Ergebnis innerhalb des Referenzbereiches ▲ = Sentinel Event ✘ = Referenzbereich nicht definiert

* Einrichtung der MediClin AG

Qualitätsziel	Beschreibung des Indikators
Je niedriger, desto besser	Während eines Krankenhausaufenthaltes sollen möglichst keine Druckgeschwüre entstehen. Dies gilt insbesondere für Druckgeschwüre, die über eine Rötung der Haut hinausgehen (Dekubitus Grad 2 bis 4).
Je niedriger, desto besser	Ein Druckgeschwür 2. Grades liegt vor, wenn die Haut oberflächlich geschädigt ist. Es besteht eine Hautabschürfung oder eine Blase.
Je niedriger, desto besser	Ein Druckgeschwür 3. Grades ist durch einen Verlust aller Hautschichten und eine Schädigung des Gewebes unter der Haut gekennzeichnet. Die Schädigung kann bis auf den unter dem Gewebe liegenden Muskel reichen.
Je niedriger, desto besser	Insbesondere die Entstehung von ausgeprägten Druckgeschwüren, bei denen nicht nur eine Schädigung der Haut, sondern auch eine ausgedehnte Zerstörung der darunter liegenden Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen wie Gelenkkapseln und Sehnen vorliegt (Grad 4), sollte bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden, vermieden werden.
Je niedriger, desto besser	Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Druckgeschwüren lässt sich theoretisch berechnen. Ermittelt wird das Verhältnis der beobachteten (tatsächlichen) zur erwarteten (theoretischen) Rate an Patienten mit Dekubitus.

	Bad Abbach	Bad König	Bad Oldesloe	Bad Salzhausen	Bad Töiz	Bad Wildungen	Birkenwerder	Brandenburg	Burgengenfeld	Clausthal-Zellerf.	Coswig*	Crivitz*	Falke	München-Gauting	Germersheim	Goslar	Hamburg-Altona	Hamburg-Barmbek
	58	118	112	107	246	154	760	55	111	36	44	26	27	92	111	147	399	496
	0,71	10,52	-	1,78	0,88	0,23	0,02	0,15	0,10	0,38	0,76	0,14	1,34	0,35	0,36	0,14	0,24	0,33
	3,33	0,72	-	0,93	2,10	0,54	0,06	0,40	0,23	0,72	0,99	0,45	2,26	0,84	0,98	0,33	0,64	0,71
	0,69	9,69	-	1,78	0,74	0,19	0,02	0,15	0,08	0,29	0,58	0,14	0,67	0,34	0,33	0,12	0,21	0,30
	0,00	0,82	-	0,00	0,11	0,03	0,00	0,00	0,00	0,10	0,19	0,00	0,67	0,01	0,03	0,02	0,02	0,02
	0,01	0,00	-	0,00	0,03	0,01	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00

DEKUBITUS

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: BEHANDLUNG VON DRUCKGESCHWÜREN (2/3)

Indikatoren		Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Druckgeschwür	0,40	nicht definiert %	0,34	×
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) mit mindestens einem stationär erworbenen Druckgeschwür	0,99	<= 2,11	0,79	●
	Alle Patienten mit mindestens einem im Krankenhaus erworbenen Druckgeschwür Grad 2	0,32	nicht definiert %	0,29	×
	Alle Patienten mit mindestens einem im Krankenhaus erworbenen Druckgeschwür Grad 3 oder nicht näher bezeichnet	0,06	nicht definiert %	0,05	×
Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Druckgeschwür Grad 4		0,01	= 0,00%	0,01	▲

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: BEHANDLUNG VON DRUCKGESCHWÜREN (3/3)

Indikatoren		Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Druckgeschwür	0,40	nicht definiert %	0,34	×
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) mit mindestens einem stationär erworbenen Druckgeschwür	0,99	<= 2,11	0,79	●
	Alle Patienten mit mindestens einem im Krankenhaus erworbenen Druckgeschwür Grad 2	0,32	nicht definiert %	0,29	×
	Alle Patienten mit mindestens einem im Krankenhaus erworbenen Druckgeschwür Grad 3 oder nicht näher bezeichnet	0,06	nicht definiert %	0,05	×
Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Druckgeschwür Grad 4		0,01	= 0,00%	0,01	▲

● = Ergebnis innerhalb des Referenzbereiches ▲ = Sentinel Event × = Referenzbereich nicht definiert

* Einrichtung der MediClin AG

	Hamburg-St. Georg	Hamburg-Harburg	Hamburg-Nord	Hamburg-Wandsbek	Hamburg-Westklinikum	Kandel	Lahr/Baden*	Langen	Lich	Lindau	Lingen	Lübben	Melsungen	Oschatz	Parchim	Pasewalk	Plau am See	Radeberg
	136	410	533	467	239	131	33	204	197	83	47	35	58	201	154	278	130	128
	0,06	0,24	0,23	0,30	0,13	0,21	0,90	0,34	0,37	0,43	0,41	0,29	0,43	0,89	0,78	0,53	0,49	0,23
	0,12	0,50	0,62	0,63	0,36	0,43	1,76	0,96	0,88	1,24	0,28	1,01	0,93	2,04	1,77	1,18	0,78	0,46
	0,04	0,21	0,16	0,26	0,11	0,19	0,74	0,24	0,32	0,36	0,41	0,25	0,40	0,86	0,65	0,35	0,40	0,20
	0,00	0,03	0,06	0,03	0,01	0,02	0,15	0,08	0,04	0,05	0,00	0,04	0,03	0,04	0,12	0,10	0,10	0,03
	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,08	0,00	0,00

	Schwalm	Schwedt	Sebnitz	Seesen	Seligenstadt	Soltau	Stadtroda	Teupitz	Waren *	Weißenfels	Westerland/Sylt	Wiesbaden
	111	340	87	100	303	27	29	44	84	305	49	409
	0,12	0,79	0,57	0,26	0,23	0,96	0,03	0,26	0,17	0,56	0,43	0,67
	0,30	1,92	1,04	0,49	0,47	2,78	0,10	0,51	0,47	1,38	1,15	1,76
	0,11	0,56	0,42	0,20	0,17	0,96	0,00	0,22	0,15	0,45	0,36	0,59
	0,01	0,19	0,12	0,04	0,03	0,00	0,03	0,04	0,00	0,10	0,07	0,07
	0,00	0,03	0,04	0,02	0,03	0,00	0,00	0,00	0,02	0,01	0,00	0,02

PNEUMONIE

QUALITÄTSINDIKATOREN AMBULANT ERWORBENE LUNGENENTZÜNDUNG

Indikatoren	Was wird gemessen?	
Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Std. nach Krankenhausaufnahme	Ermittelt wird, bei wie vielen Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie innerhalb von 8 Stunden nach der Aufnahme eine Antibiotikagabe erfolgt.	
Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	Hier wird die Anzahl der Patienten erfasst, bei denen bei der Krankenhausaufnahme die Atemfrequenz bestimmt wurde.	
Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	Geprüft wird, wie hoch der Anteil derjenigen Patienten ist, die mindestens 6 der Stabilitätskriterien erfüllen.	
Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Std. nach Aufnahme	Angegeben ist die Anzahl der Patienten, bei denen der Sauerstoffgehalt im Blut binnen der ersten 8 Stunden nach Aufnahme ermittelt wurde.	
Frühmobilisation innerhalb 24 Std. nach Krankenhausaufnahme	Dieser Indikator zeigt an, bei wie vielen Patienten innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme in das Krankenhaus eine Frühmobilisation begonnen wird.	
Sterblichkeit im Krankenhaus	Dieser Indikator zeigt an, wie viele Patienten, die mit einer Lungenentzündung ins Krankenhaus aufgenommen wurden, insgesamt verstorben sind.	
Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme	Der Indikator gibt Auskunft darüber, ob die Bestimmung des CRP- oder PCT-Wertes innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme durchgeführt wurde.	
Vollständige Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	Der Indikator misst die Häufigkeit, mit der alle klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung vollständig bestimmt werden.	
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen (O/E)	Dargestellt ist das Verhältnis der beobachteten Rate an Komplikationen zur erwarteten Rate (O/E).	

Qualitätsziel	Beschreibung des Indikators
Je höher, desto besser	Behandelt wird eine Lungenentzündung fast immer mit Antibiotika. Um das Risiko, an einer Lungenentzündung zu versterben, zu verringern, sollte daher so schnell wie möglich, spätestens innerhalb von 8 Stunden nach der Aufnahme in das Krankenhaus mit der Gabe von Antibiotika begonnen werden.
Je höher, desto besser	Die Atemfrequenz (Anzahl der Atemzüge pro Minute) gibt dem Arzt einen Hinweis auf die Schwere der Lungenentzündung und dient zur Einschätzung des Krankheitsverlaufes. Daher ist es sinnvoll, diese schon zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes zu bestimmen.
Je höher, desto besser	Eine gute Behandlung ist gegeben, wenn die Stabilitätskriterien, wie z. B. die Herz- und Atemfrequenz oder die Sauerstoffsättigung des Blutes bis zur Entlassung bestimmte Grenzwerte erreichen.
Je höher, desto besser	Innerhalb von 8 Stunden nach der Aufnahme in das Krankenhaus sollte der Sauerstoffgehalt des Blutes ermittelt werden. Diese Information gibt dem behandelnden Arzt Hinweise, ob eine Lungenentzündung vorliegt, auf ihren Schweregrad sowie die Möglichkeiten der Behandlung.
Je höher, desto besser	Eine frühe Mobilisation trägt zu einer besseren Durchblutung der Lunge und einer tieferen Atmung bei. Patienten mit einem niedrigen Risiko (Risikoklasse 1) sollten möglichst häufig innerhalb der ersten 24 Stunden mobilisiert werden. Patienten mit einem mittleren Risiko (Risikoklasse 2) profitieren besonders von der Frühmobilisation.
Je niedriger, desto besser	Die Sterblichkeitsrate für Patienten, die mit einer Lungenentzündung ins Krankenhaus aufgenommen wurden, sollte so gering wie möglich ausfallen. Betrachtet wird der Anteil von Patienten, die während des stationären Aufenthaltes im Krankenhaus versterben.
Je höher, desto besser	Wie stark die Entzündung der Lunge ist, lässt sich an den Entzündungsparametern CRP oder PCT ablesen. Sie steigen bei massiven Entzündungsprozessen stark an. Um zu prüfen, wie sich der Krankheitsverlauf entwickelt, wird der CRP-Wert oder PCT-Wert im Verlauf der Behandlung kontrolliert. Sinkt der Wert während der Behandlung deutlich ab, ist dies ein Hinweis darauf, dass die Therapie anschlägt.
Je höher, desto besser	Um einzuschätzen, ob die Behandlung erfolgreich ist, sollten alle klinischen Stabilitätskriterien, wie zum Beispiel Herz- oder Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung des Blutes und Blutdruck, vollständig ermittelt werden.
Je niedriger, desto besser	Für jeden Eingriff gibt es eine zu erwartende Komplikationsrate. Ermittelt wird die Rate an Komplikationen, die erreicht worden wäre, wenn das Krankenhaus bezüglich aller berücksichtigten Risikofaktoren wie beispielsweise Alter, Schwere der Erkrankung und Begleiterkrankungen denselben „Patientenmix“ gehabt hätte, wie alle anderen Kliniken. Die tatsächlich auftretende, beobachtete Rate kann von der erwarteten Rate abweichen. Idealerweise sollte die beobachtete Rate kleiner als die erwartete Rate sein.

PNEUMONIE

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: AMBULANT ERWORBENE LUNGENENTZÜNDUNG (1/2)

Indikatoren		Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	alle Patienten	98,17	>= 95,00 %	98,56	●
	Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	98,25	nicht definiert %	98,65	×
	Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	96,16	nicht definiert %	95,83	×
Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	95,55	>= 90,00 %	96,49	●
Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme	Patienten der Risikoklasse 1	97,35	>= 95,00 %	98,09	●
	Patienten der Risikoklasse 2	93,26	>= 90,00 %	95,41	●
Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme		98,73	>= 95,00 %	99,02	●
Vollständige Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung		95,20	>= 95,00 %	96,76	●
Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung		97,83	>= 95,00 %	97,79	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle verstorbenen Patienten	13,25	nicht definiert %	12,44	×
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen (O/E)	1,03	<= 1,58 %	0,94	●
Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme		95,72	>= 95,00 %	97,14	●

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2015: AMBULANT ERWORBENE LUNGENENTZÜNDUNG (2/2)

Indikatoren		Bundesrate 2015	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	alle Patienten	98,17	>= 95,00 %	98,56	●
	Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	98,25	nicht definiert %	98,65	×
	Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	96,16	nicht definiert %	95,83	×
Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	95,55	>= 90,00 %	96,49	●
Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme	Patienten der Risikoklasse 1	97,35	>= 95,00 %	98,09	●
	Patienten der Risikoklasse 2	93,26	>= 90,00 %	95,41	●
Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme		98,73	>= 95,00 %	99,02	●
Vollständige Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung		95,20	>= 95,00 %	96,76	●
Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung		97,83	>= 95,00 %	97,79	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle verstorbenen Patienten	13,25	nicht definiert %	12,44	×
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen (O/E)	1,03	<= 1,58 %	0,94	●
Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme		95,72	>= 95,00 %	97,14	●

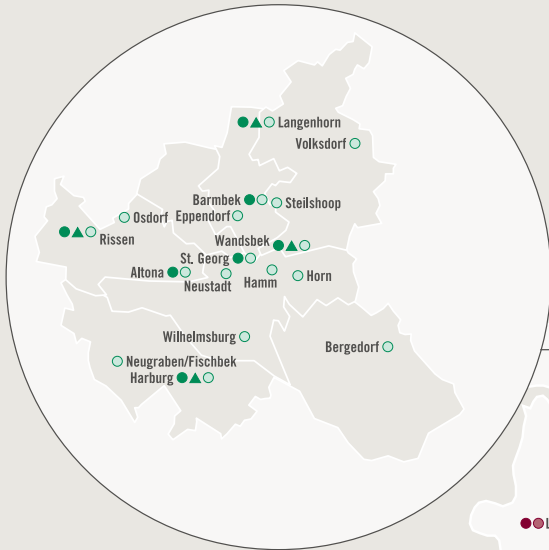
● = Ergebnis innerhalb des Referenzbereiches × = Referenzbereich nicht definiert

* Einrichtung der MediClin AG

	Bad Oldesloe	Bad Tölz	Bad Wildungen	Burglengenfeld	Crivitz*	München-Gauting	Germersheim	Goslar	Hamburg-Altona	Hamburg-Barmbek	Hamburg-St. Georg	Hamburg-Harburg	Hamburg-Nord	Hamburg-Wandsbek	Hamburg-Westklinikum	Kandel	Langen	Lich
	303	166	64	172	72	56	195	343	724	858	201	343	488	627	329	193	351	150
	98,35	99,40	100,00	100,00	100,00	100,00	94,87	100,00	97,65	99,77	97,51	99,13	98,57	99,04	97,57	97,93	99,72	98,00
	98,32	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	94,85	100,00	97,78	99,76	97,97	99,12	98,73	98,99	98,75	98,38	99,70	97,96
	100,00	95,65	-	100,00	-	100,00	100,00	100,00	75,00	100,00	75,00	100,00	94,12	100,00	60,00	87,50	100,00	100,00
	96,10	94,26	100,00	99,35	97,18	90,24	92,59	98,28	97,16	98,92	98,87	97,80	97,07	97,92	98,09	94,74	98,90	99,29
	97,50	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	80,65	100,00	100,00	98,26	98,21	100,00	98,88	100,00	97,22	95,24	100,00	100,00
	94,66	97,47	85,29	100,00	95,00	100,00	79,71	94,41	94,64	96,90	93,68	95,21	92,44	93,87	96,86	96,05	98,20	96,34
	99,50	100,00	97,92	99,32	100,00	98,04	99,23	99,62	99,67	99,16	100,00	99,67	99,47	99,22	98,74	97,93	99,19	100,00
	98,31	98,23	100,00	100,00	100,00	100,00	86,67	97,04	98,17	96,21	99,29	99,59	96,03	99,43	98,59	95,61	99,04	96,43
	98,29	99,10	100,00	91,07	97,83	100,00	96,15	98,47	97,93	99,34	97,86	99,17	99,66	99,71	98,57	95,37	100,00	98,15
	6,60	12,05	15,62	9,30	15,28	1,79	18,46	17,20	9,25	13,17	7,46	6,12	11,89	14,04	14,29	9,33	11,68	12,00
	0,52	0,84	1,08	0,83	1,32	0,26	1,07	0,94	0,77	1,09	0,90	0,62	0,94	0,95	1,10	0,72	0,89	1,18
	95,00	100,00	100,00	98,24	100,00	100,00	91,44	100,00	97,61	96,68	98,46	99,71	98,75	98,72	99,09	98,95	98,26	99,32

	Lindau	Melsungen	Oberwiesenthal	Oschatz	Parchim	Pasewalk	Plau am See*	Radeberg	Schwalim	Schwedt	Sebnitz	Seesen	Seligenstadt	Waren*	Weißfels	Westerland/Sylt	Wiesbaden
	142	138	75	132	138	227	273	202	257	205	131	321	230	98	232	159	367
	95,77	99,28	98,67	100,00	100,00	98,24	99,63	100,00	98,05	94,15	99,24	97,82	98,26	100,00	93,97	100,00	99,46
	95,59	99,25	98,55	100,00	100,00	98,67	99,63	100,00	98,34	94,15	99,18	97,68	98,23	100,00	93,94	100,00	99,72
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	100,00	100,00	93,75	-	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	83,33
	93,41	92,78	97,01	90,91	93,44	90,91	99,61	94,59	98,45	88,00	98,32	96,36	81,59	89,77	97,07	100,00	100,00
	92,86	92,86	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	90,91	85,71	96,55	88,89	100,00	100,00	100,00	100,00
	94,74	81,97	96,55	97,44	100,00	99,19	100,00	94,51	98,08	90,53	96,00	99,35	81,73	100,00	99,19	98,90	98,28
	98,75	96,67	100,00	100,00	98,29	97,81	99,17	99,33	100,00	94,44	92,50	100,00	99,46	96,51	98,40	99,23	99,62
	88,24	100,00	100,00	98,72	92,78	95,88	99,34	99,22	99,19	89,05	100,00	97,69	80,58	100,00	87,04	100,00	98,39
	98,33	100,00	100,00	100,00	96,67	98,77	99,34	98,44	80,49	84,43	97,83	100,00	94,64	98,68	96,45	99,20	99,59
	16,20	10,87	5,33	15,15	10,87	13,22	7,33	13,86	14,40	15,61	6,11	15,26	16,16	9,18	16,81	3,14	23,71
	1,10	0,73	0,36	0,96	0,84	1,13	0,63	0,87	0,90	1,57	0,53	1,39	1,19	1,00	0,84	0,41	1,26
	97,12	81,75	97,33	100,00	99,26	96,89	99,26	98,99	86,35	91,18	98,47	97,17	98,22	95,92	90,43	100,00	99,12

STANDORTE DER ASKLEPIOS-GRUPPE IN DEUTSCHLAND



Asklepios trägt Verantwortung für über 150 Einrichtungen, die durch weitere Tageskliniken und medizinische Versorgungszentren ergänzt werden.

Aktuelle Informationen finden Sie im Internet unter www.asklepios.com

- Asklepios: Akutklinik Somatik
- ▲ Asklepios: Fachklinik Psychiatrie
- Asklepios: Postakut-/Rehaklinik
- Asklepios: Sonstige Gesundheitseinrichtung
(u. a. Tagesklinik, Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA), Gesundheitszentrum, Pflegeeinrichtung)
- * Einrichtung unter Management

- MediClin: Akutklinik Somatik
- ▲ MediClin: Fachklinik Psychiatrie
- MediClin: Postakut-/Rehaklinik
- MediClin: Sonstige Gesundheitseinrichtung
(u. a. Tagesklinik, Gesundheitszentrum, Pflegeeinrichtung)

IMPRESSUM UND DANKSAGUNGEN

Herausgeber

Rune Hoffmann
Leiter des Konzernbereichs Unternehmenskommunikation & Marketing
Asklepios Kliniken Hamburg
Rübenkamp 226
22307 Hamburg

Redaktion, verantwortlich für den Inhalt

Dr. Ulf Debacher
Leiter Konzernbereich Qualität
Asklepios Kliniken Hamburg
Rübenkamp 226
22307 Hamburg

Autoren

Heike Witt, Prof. Dr. Thomas Bach, Stefan Kruse, Prof. Dr. Günter Seidel

Design

heureka GmbH – einfach kommunizieren.
www.heureka.de

Fotos

Christian Schlüter, www.schlueter-fotografie.de
Asklepios

Die Autoren bedanken sich für die außergewöhnliche Unterstützung bei der Erstellung dieses Berichts bei:

Dr. Christian Höftberger, Geschäftsführender Direktor der Asklepios Klinik Altona
Dörte Janßen, Konzernbereich Unternehmenskommunikation & Marketing
Marina Leunig, Konzernbereich Unternehmenskommunikation & Marketing
Dr. Sebastian Wirtz, Chefarzt der Anästhesiologie in der Asklepios Klinik Barmbek
Elke Zukunft, Konzernbereich Qualität

Wir danken den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Asklepios Klinik Altona:

Monique Beutel, Ingrid Görke, Steffi Heinzel, Doris Holding, Johannes Koch, Andrea Kretschmer, Britta Lassat, Henry Nissen, Prof. Dr. Jürgen Pohl, Marco Schrader, Dr. Dagmar Steiner sowie Prof. Dr. Wolfgang Teichmann (bis zum Jahr 2009 Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie in der Asklepios-Klinik Altona)



WWW.ASKLEPIOS.COM