

Bericht zur Medizinischen Ergebnisqualität 2015

ch
Sicher
und aufgehoben fühlen
Gesundheit
in guten Händen
kompetent
r behandelt
für mich

KENNZAHLEN



*Wir geben Antworten
und unser Versprechen.*

INHALT

4 Vorwort

FOKUS

- 6 Werde ich jederzeit schnell und kompetent behandelt?
- 18 Gibt es ein offenes Ohr für mich?
- 30 Kann ich mich sicher und aufgehoben fühlen?
- 42 Ist meine Gesundheit in guten Händen?
- 56 Dürfen Familie und Freunde mich besuchen kommen?
- 64 Statement Dr. Bernard gr. Broermann

ANHANG

(Indikator- und Ergebnistabellen)

- 68 Karotis
- 72 Geburtshilfe
- 76 Neonatologie
- 80 Gynäkologische Operationen
- 84 Behandlung von Brustkrebs
- 88 Gallenblase
- 92 Herzschrittmacher und Defibrillatoren
- 100 Koronarangiographie
- 104 Herzchirurgie
- 108 Endoprothetik
- 122 Dekubitus
- 124 Pneumonie

- 128 Standorte
- 129 Impressum und Danksagungen

KENNZAHLEN 2014

2,2 Mio.

Patienten erhalten ein Patientenarmband

3.470

Maßnahmen wurden bis heute aus CIRS umgesetzt

36

Risikoaudits in Notfallaufnahmen wurden durchgeführt

150

Einrichtungen in Deutschland

45.000

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.

Sentinel Event

Sentinel-Event-Indikatoren erfassen sehr seltene, schwerwiegende Ereignisse (Sentinel Events). Jeder Einzelfall stellt eine Auffälligkeit dar.

Die Datenquellen

Die im Bericht dargestellten Ergebnisse zur Behandlung aller weiteren Erkrankungen basieren auf dem bundesweiten Verfahren der Externen Qualitätssicherung, das vom „AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH“ durchgeführt wird. Sie werden Asklepios-intern nach den Regeln des AQUA-Instituts mit der Software QS-Monitor (Version 2015.2) 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 wurden. Dargestellt sind die Ergebnisse aller Indikatoren eines Moduls, unabhängig von der für den einzelnen Indikator zutreffenden Grundgesamtheit

Teilnehmende Kliniken

Die Kliniken der MediClin AG nehmen am Benchmark der Asklepios Kliniken teil. Die Ergebnisse basieren auf den Angaben der MediClin AG.



Asklepios Konzernzentrale in Hamburg

WOZU EIN MEDIZINISCHER ERGEBNISBERICHT?

Werde ich jederzeit schnell und kompetent behandelt? Kann ich mich sicher und aufgehoben fühlen? Ist meine Gesundheit in guten Händen?

Das sind Fragen, die Patienten vor einem Krankenhausaufenthalt bewegen. Obwohl wir sicher sind, jedes Mal aus tiefster Überzeugung mit „Ja“ antworten zu können, zeigen solche Fragen, wie wichtig gerade beim Thema medizinischer Qualität Transparenz und Aufklärung sind. Daher soll der vorliegende Bericht einen Blick hinter die Kulissen gewähren. So können Sie sich als Leser selbst ein Bild davon machen, welche Prozesse und Maßnahmen in den Kliniken ablaufen, um eine medizinisch hochwertige Behandlung sicherzustellen.

QUALITÄT MESSBAR MACHEN

Die öffentliche Diskussion über Qualität und Patientensicherheit hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Wir begrüßen das, für uns stehen Qualität und Patientensicherheit schon immer im Fokus. Es gibt unterschiedliche Auffassungen

darüber, wie man Qualität feststellen oder messen kann. In diesem Bericht haben wir uns für die Darstellung der medizinischen Ergebnisse entschieden. Dazu legen wir Ihnen unsere Zahlen offen. Ob es um Komplikationen oder Infektionen nach Operationen oder um Folgeeingriffe geht – es gibt in allen Bereichen bundesweite Vergleichswerte. Wir sind davon überzeugt, dass diese Daten nicht nur für Patienten und ihre behandelnden Ärzte interessant sein werden, sondern auch für andere Beteiligte im Gesundheitswesen eine bereichernde Informationsquelle darstellen.

Mit diesem Bericht stellen wir Ihnen nicht nur unsere medizinischen Ergebnisse transparent dar, sondern zeigen auch, was wir tun, um die Behandlungsqualität und Patientensicherheit kontinuierlich zu verbessern. Denn je mehr Sie wissen, desto besser können Sie selbst das Verhältnis von Risiko und erhofftem Behandlungsergebnis einschätzen.

PATIENTENSICHERHEIT IMMER WEITER VERBESSERN

Wir haben eine Reihe von Maßnahmen etabliert, wie zum Beispiel unser Meldesystem für Beinahe-Fehler „CIRS“, mit dessen Hilfe mögliche Fehlerquellen im Klinikalltag aufgedeckt werden können. Wir führen regelmäßig Fallanalysen durch, mit denen wir die seltenen medizinischen Schadensfälle auswerten und daraus Strategien zur Verbesserung der Behandlung erarbeiten. Die „Asklepios Sicherheits-Checkliste OP“ ist bei Asklepios Standard und hilft Verwechslungen zu vermeiden, ebenso wie unser Patientenarmband zur sicheren Identifikation. Dass auch der Bereich Hygiene ganz selbstverständlich ebenso Teil dieses Maßnahmenbündels ist, zeigt sich in unseren verbindlichen Hygienestandards, die in allen Bereichen des Krankenhauses etabliert sind und deren Umsetzungsstand durch regelmäßige Hygieneaudits überprüft wird.

ZWEITMEINUNGSPRINZIP – VIER AUGEN SEHEN MEHR ALS ZWEI

Asklepios befürwortet die ärztliche Zweitmeinung, um ggf. unterschiedliche Behandlungswege aufzuzeigen. Bei uns finden Patienten für solche Fragen einen zweiten Ansprechpartner. Wir besprechen den Vorschlag eines anderen Kollegen mit unseren Patienten und zeigen Vor- und Nachteile auf. Wir unterstützen es natürlich ebenso, wenn unsere Patienten sich bei einem anderen Experten eine zweite Meinung zu unserem Behandlungsvorschlag einholen möchten.

HOHE STANDARDS SICHERN ...

Ebenso wichtig für unsere Arbeit sind die exzellente Qualität und der hohe Standard der bei uns verwendeten Medizinprodukte, wie zum Beispiel von künstlichen Hüft- oder Kniegelenken. Rahmenverträge sichern dabei einen standardisierten Einkauf, der durch

unsere Experten regelmäßig auf unsere hohen Qualitätsansprüche geprüft wird. Schließlich sollen sich unsere Patienten auf ihre medizinischen Implantate – sei es durch Endoprothesen oder einen Herzschrittmacher – immer verlassen können!

... UND DIE HOHEN STANDARDS WEITER VERBESSERN

Wir sehen unsere Bemühungen um Qualität und Sicherheit als einen kontinuierlichen Prozess. Nur wenn wir uns kontinuierlich und kritisch mit unseren Ergebnissen beschäftigen und daraus Verbesserungsvorschläge erarbeiten, bleiben wir gut und werden besser. So wünschen wir uns zukünftig, noch stärker auf die Rückmeldungen unserer Patienten eingehen zu können und sie in ihrer Rolle als mündiger Patient zu stärken. Wichtig für eine stetige Steigerung unserer Qualität ist auch, unseren Blick noch stärker auf die Frage zu richten: Wie geht es unseren Patienten einige Monate/Jahre nach einem Eingriff oder einer Behandlung? Welche Rückschlüsse können wir daraus ziehen? Was können wir noch verbessern?

DIE ANSPRÜCHE UNSERER PATIENTEN ERFÜLLEN

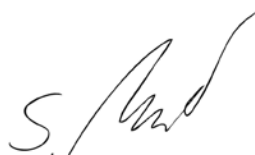
Diesem Ziel haben wir uns verschrieben. Denn nur wenn unsere Patienten so wie wir selbst von unserer medizinischen Qualität überzeugt sind, können wir zufrieden sein. Doch auf dieser Zufriedenheit wollen wir uns nicht ausruhen, denn es ist für uns selbstverständlich, dass wir uns in einem ständigen Prozess der Weiterentwicklung befinden, denn Ansprüche ändern sich – in der Medizin, beim Patienten, bei uns.

Wir sind zuversichtlich, dass Patienten, einweisende Ärzte und andere Interessierte nach dem genauen Blick hinter die Kulissen die eingangs gestellten Fragen selbst beantworten können.

Ihre Konzerngeschäftsführung



Dr. Ulrich Wandschneider



Dipl.-Kfm. Stephan Leonhard



Dr. med. Roland Dankwardt



Kai Hankeln



Dr. Andreas Hartung



Dr. Thomas Wolfram

Werde ich jederzeit

schnell



kompetent behandelt



Unser Versprechen

» Wir zeigen Ihnen in diesem Bericht auf, welche Maßnahmen wir ergreifen, um Ihnen eine erfolgreiche und komplikationsarme Behandlung zu ermöglichen. So geben wir den Zahlen, die über den Behandlungserfolg, die Medizinische Ergebnisqualität, Auskunft geben, ein Gesicht. Wir beantworten Fragen, die häufig an uns gestellt werden und geben Ihnen ein Versprechen: wir sorgen für Qualität und Sicherheit. «

*Peter Niebuhr,
Abteilungsleitung Pflege, Pflegedirektion*



ANGST VOR DEM KRANKENHAUSAUFENTHALT

Was haben Dr. House, die Mediziner bei Grey's Anatomy oder der bekannteste Vertreter seiner Art, George Clooney alias Kinderarzt Doug Ross in Emergency Room, gemeinsam?

Innerhalb von 45 Minuten ist bei den TV-Ärzten, auch in komplizierten Fällen, die Diagnose gelungen, sind lebensbedrohliche Komplikationen überstanden und kann der Patient nach erfolgreicher Behandlung gesund entlassen werden. Ärzte und Pflegekräfte kümmern sich aufopferungsvoll um jeden einzelnen Patienten. Modernste Behandlungsmethoden und Techniken stehen zur Verfügung, um das Leben schwerkranker Patienten zu retten. So wünschen wir uns unseren Krankenhausaufenthalt.

Kritische Dokumentationen zeichnen häufig ein anderes Bild und berichten von Behandlungsfehlern, unzutreffenden Diagnosen, Komplikationen, überlasteten Ärzten und Pflegekräften.

Fast jeder hat in seinem persönlichen Umfeld Angehörige und Freunde, die sich mal lobend oder mal kritisch über die Erfahrungen im Krankenhaus, den Umgang mit ihnen oder Bekannten äußern. Einige fühlen sich nicht hinreichend aufgeklärt, andere verstehen nicht, dass auch ein geplanter Eingriff komplikationsbehaftet sein kann. Es ist für medizinische Laien häufig nicht erkennbar und nachvollziehbar, ob alles Notwendige getan wurde, damit sich der gewünschte Behandlungserfolg einstellen konnte.

Das von Medien, aus Erzählungen oder persönlichen Erfahrungen geprägte Bild von Krankenhäusern trägt mit dazu bei, dass ein Krankenhausaufenthalt mit Ängsten verbunden ist und Fragen aufwirft: Ist der Aufenthalt erforderlich? Wird alles Notwendige unternommen? Ist für meine Sicherheit gesorgt? Wird der Eingriff gelingen und ohne Komplikationen verlaufen? Werde ich aus der Narkose wieder aufwachen?

Bei geplanten Eingriffen ist der Aufenthalt mit einer Reihe von Erwartungen verbunden. Erwartet wird eine Rückkehr zur gewohnten Leistungsfähigkeit, eine Reduktion der Schmerzen oder eine Zunahme der Beweglichkeit.

Begibt sich ein Patient ins Krankenhaus, verlässt er seine gewohnte Umgebung und es kann zu Trennungsängsten kommen. Man macht sich Gedanken, ob der geliebte Partner und die Kinder allein zurechtkommen. Es besteht der Wunsch, vertraute Elemente des Alltags mit ins Krankenhaus nehmen zu können und den engen Kontakt zu Familie und Freunden zu behalten.

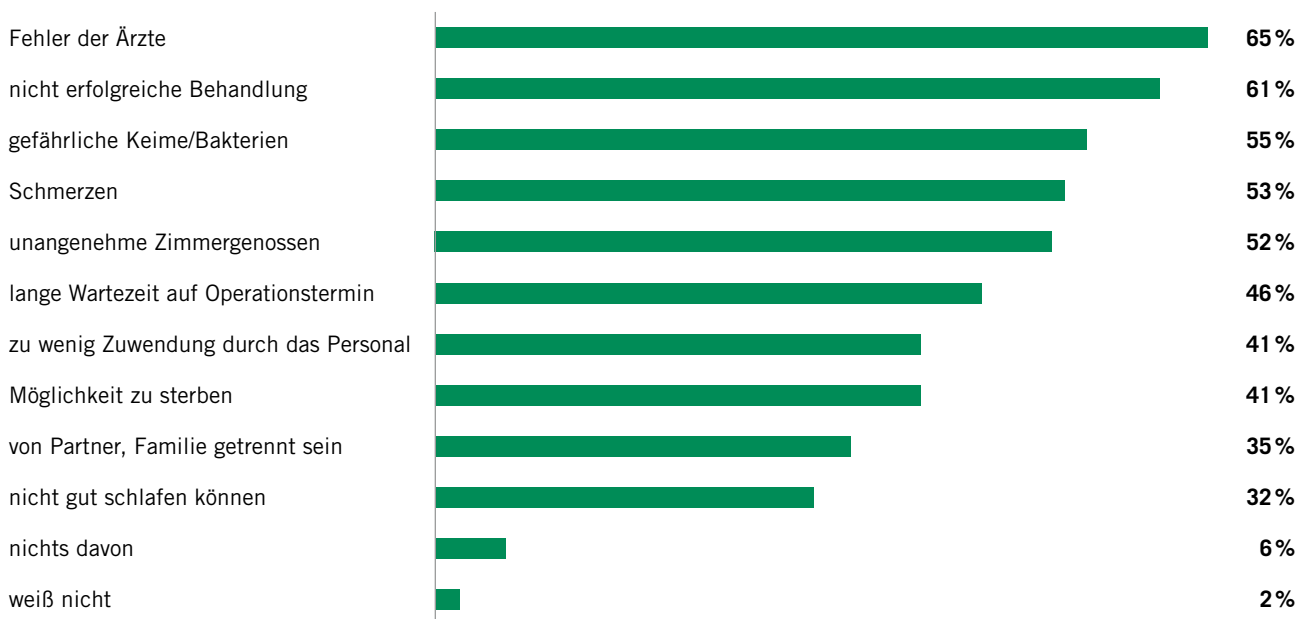
In einer Umfrage, die Forsa im Februar 2015 für das Magazin Stern durchführte, sprachen 49 Prozent der Befragten den Krankenhäusern ihr volles Vertrauen aus. 39 Prozent gaben an, dass sie derzeit Bedenken oder gar Angst vor einem Krankenhausaufenthalt hätten¹⁾. Diese Sorgen plagen die meisten Betroffenen:

Die Umfrage zeigt: Patienten erwarten bei einem Krankenhausaufenthalt vor allem Sicherheit! Auch die Sorge, nicht erfolgreich behandelt zu werden, ist ausgeprägt. Patienten fürchten sich, gefährlichen Keimen oder Bakterien ausgesetzt zu sein und Schmerzen zu haben²⁾.

Der vorliegende Bericht möchte Ihnen einen Blick „hinter die Kulissen“ ermöglichen, indem wir auf Ihre Befürchtungen rund um den Krankenhausaufenthalt eingehen und darstellen, was die Asklepios Kliniken für Ihre Sicherheit und Ihre erfolgreiche Behandlung unternehmen.

¹⁾ Vgl.: Stern, Ausgabe 10; 26.2.2015:
 • Das Forsa-Institut befragte am 19. und 20. Februar 2015 im Auftrag des Magazins Stern 1.003 repräsentativ ausgesuchte Bundesbürger. Diese wurden durch eine computergesteuerte Zufallsstichprobe ermittelt.
 • An 100 Prozent fehlende Angaben sind auf unentschlossene Antworten zurückzuführen. (<http://www.stern.de/gesundheit/krankenhaus/stern-umfrage--fast-die-haelfte-der-deutschen-misstraut-krankenhaeusern-5944988.html>)
²⁾ Quelle: Angst im Krankenhaus (2009) Forsa, Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen im Auftrag der Hanse Merkur, Hamburg; Mehrfachnennungen möglich

PATIENTENÄNGSTE VOR EINEM KRANKENHAUSAUFENTHALT





KRANKENHAUSAUFENTHALT: GEPLANT ODER UNVORHERGESEHEN

Trotz der scheinbar realistischen Einblicke durch Krankenhausserien im Fernsehen: Ein Krankenhaus ist eine ganz eigene Welt. Die Abläufe sind für Laien kaum zu überblicken, die durchgeführten Maßnahmen können in ihrer Qualität häufig nicht gut eingeschätzt werden. Das macht unsicher und es erfordert Vertrauen. Vertrauen darauf, dass alle am Behandlungsprozess Beteiligten, von den Ärzten über die Pflegekräfte bis zu den Physiotherapeuten und den eher unsichtbar wirkenden Krankenhausmitarbeitern im Labor, der Apotheke oder im Transportdienst, das Richtige tun, sich eng miteinander abstimmen und an einem Strang ziehen. Diese Prozesse gelten unabhängig davon, ob Patienten als Notfall eingeliefert werden oder das Krankenhaus ganz gezielt für eine Untersuchung und Behandlung aufsuchen.

Personen, die aufgrund eines Unfalls, Herzinfarkts oder Schlaganfalls ins Krankenhaus kommen, haben keine Wahl. Wenn sie als **Notfall** eingeliefert werden, müssen sie sich darauf verlassen, dass der einweisende Hausarzt oder Notarzt die richtige Klinik ausgewählt hat oder der Rettungsdienst ein Krankenhaus anfährt, das die Strukturen für die notwendigen Behandlungsmaßnahmen vorhält. Sie müssen darauf vertrauen, dass die Ärzte und Pflegekräfte in der Notfalleinweisung das Notfallmanagement beherrschen und alles in ihrer Macht Stehende veranlassen, um lebensbedrohliche Situationen sicher abzuwenden. Das erfordert nicht nur ein eingespieltes Team, sondern viel mehr. Untersuchungen müssen reibungslos und zeitnah erfolgen, Hygieneregeln sind einzuhalten, unterstützende Prozesse des Transportdienstes und der Technik müssen funktionieren. Schnelle und kompetente Hilfe, ein gut abgestimmtes Zusammenspiel aller an der Behandlung Beteiligten, steht hier im Mittelpunkt.

SCHNELLE BEHANDLUNG BEI HERZINFARKT

Der 20. Mai ist ein besonderer Tag im Leben von Michael S.. Seit drei Jahren schon feiert er an diesem Tag seinen zweiten Geburtstag. Dass er diesen Tag feiern kann, hat er seiner Frau zu verdanken, die umgehend den Rettungsdienst gerufen hatte, als er über starke Schmerzen im Brustkorb klagte. Sein Herzinfarkt wurde schnell erkannt. Alle Maßnahmen zu seiner Rettung haben „wie am Schnürchen“ geklappt.

Schon der Verdacht auf einen Herzinfarkt reicht: Rufen Sie sofort den Rettungsdienst und äußern Sie Ihren Verdacht. Und keine Scheu vor einem Fehlalarm: Ein Herzinfarkt bedeutet Lebensgefahr und deshalb zählt jede Minute. Versuchen Sie nicht den Hausarzt zu erreichen, sondern wählen Sie direkt die 112.

Zögern Sie nicht, wenn folgende Alarmzeichen, allein oder in Kombination miteinander, auftreten:

- Starke Schmerzen im Brustkorb, die in die Arme, die Schulterblätter, den Hals, den Kiefer oder den Oberbauch ausstrahlen und mit Luftnot, Übelkeit, Erbrechen einhergehen oder atypische Symptome wie Rückenschmerzen,
- ein Gefühl der Beklemmung: ein starker Druck im Brustkorb und/oder ein Engegefühl, das mit heftiger Angst einhergeht,
- eine blasse, fahle Gesichtsfarbe, kalter Schweiß, Schwächeanfall (auch ohne Schmerz), evtl. Bewusstlosigkeit.

Vor allem bei Frauen kann sich ein Herzinfarkt auch nur durch Luftnot, Übelkeit, Erbrechen und/oder Schmerzen im Oberbauch ankündigen. Aber auch ein „stumme Infarkt“, der sich nicht durch Schmerzen oder andere Beschwerden bemerkbar macht, kann auftreten.

Der Herzinfarkt ist eine der häufigsten Todesursachen in Deutschland. Jeder Dritte stirbt, bevor er die Klinik erreicht.

Ausgelöst wird der Herzinfarkt durch den Verschluss eines Herzkranzgefäßes. In der Folge stirbt der Herzmuskel, der von diesem Blutgefäß versorgt wird, ab. Mit jeder Minute, die ungenutzt verstreicht, verschlechtern sich die Aussichten des Patienten, den Herzinfarkt ohne größere Einbußen der Herzkraft zu überleben. Daher ist die Behandlung eines akuten Herzinfarkts ein Wettlauf mit der Zeit. Alle Maßnahmen müssen ineinandergreifen:

- Das beginnt bei der Erstversorgung des Betroffenen. Seine Prognose hängt entscheidend davon ab, wie schnell der Notarzt eintrifft. Noch in der Wohnung oder im Notarztwagen wird ein Elektrokardiogramm (EKG) geschrieben. Der Notarzt gibt Schmerz- und Beruhigungsmittel sowie gerinnungshemmende Medikamente. Über eine Nasenbrille werden die Patienten mit Sauerstoff versorgt.

- Die Verdachtsdiagnose bzw. Diagnose wird durch den Rettungsdienst an die Klinik mitgeteilt. Die Prognose des Herzinfarkt-patienten wird auch dadurch bestimmt, wie weit er von der Klinik entfernt ist und wieviel Zeit der Transport benötigt.
- Wenn die Notaufnahme erreicht ist, muss schnell und qualifiziert die Diagnose gesichert werden. Bei kreislaufstabilen Patienten wird mittels EKG und spezieller Blutuntersuchungen auf herzmuskelspezifische Enzyme festgestellt, ob sich der Verdacht auf einen Herzinfarkt bestätigt. Gleichzeitig müssen andere Erkrankungen als Auslöser für die Beschwerden ausgeschlossen werden. Während alles getan wird, um einen Herzinfarkt schnell und sicher zu diagnostizieren, wird der Patient engmaschig und intensiv überwacht. Er bekommt starke, schmerzstillende Medikamente, die die Herzkranzgefäße erweitern, damit mehr Sauerstoff an den Herzmuskel transportiert werden kann. Der Patient erhält während der ganzen Zeit Sauerstoff und ist an einen Monitor angeschlossen, sodass die Herzaktivitäten und der Blutdruck überwacht werden können.
- Wenn die Diagnose Herzinfarkt gesichert ist, wird eine spezielle Behandlung eingeleitet.
 - › Ist eine kardiologische Abteilung mit einem Herzkatheterlabor vorhanden, wird in der Regel umgehend eine Herzkatheteruntersuchung eingeleitet. Die verengten Herzkranzgefäße werden, je nach Ausmaß der Verengung bzw. des Verschlusses, mit einer Aufdehnung der Herzkranzgefäße oder der Entfernung des Blutgerinnsels wieder durchgängig gemacht.
 - › Wird der Patient in ein Krankenhaus ohne diese Ausstattung gebracht, erhält er Medikamente, die bewirken, dass sich das Blutgerinnsel auflöst (Lysetherapie) oder er wird nach Möglichkeit in ein kardiologisches Zentrum verlegt.





DIE WEGE INS KRANKENHAUS

EINWEISUNG

Ein Aufenthalt im Krankenhaus ist zum Beispiel bei größeren Operationen, wie dem Einsetzen eines neuen Kniegelenkes, erforderlich. Hierfür erhalten Sie von Ihrem Arzt eine Einweisung. Im Krankenhaus bekommen Sie dann alle Leistungen, die für diesen Eingriff notwendig sind. Manchmal werden, abgestimmt mit dem Hausarzt, schon vor dem Krankenhausaufenthalt Voruntersuchungen durchgeführt. Während des Krankenhausaufenthaltes erhalten Sie ggf. weitere, kompliziertere Voruntersuchungen sowie die entsprechende pflegerische und physiotherapeutische Unterstützung für diesen Eingriff. Sie werden mit allen erforderlichen Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln versorgt. Unterkunft und Verpflegung gehören selbstverständlich zum stationären Krankenhausaufenthalt dazu. Das gilt auch für einige der erforderlichen Nachuntersuchungen.

ÜBERWEISUNG

Wenn eine ambulante Operation im Krankenhaus erfolgen soll, beispielsweise ein kleinerer gynäkologischer Eingriff, erhalten Sie von Ihrem Haus- oder Facharzt einen Überweisungsschein ausgestellt. Die Behandlung ist geplant. Der Termin wird abgestimmt. Bei ambulanten Operationen ist nicht vorgesehen, dass der Patient die Nacht vor oder nach der Behandlung im Krankenhaus verbringt.

NOTFALL

Ein Notfall liegt vor, wenn eine akute Gesundheitsstörung, wie ein Herzinfarkt oder ein Schlaganfall, eintritt, aber auch bei einem akut entzündeten Blinddarm. Bei Notfällen sind ohne sofortige Hilfeleistung erhebliche gesundheitliche Schäden des Patienten zu befürchten, unter Umständen besteht Lebensgefahr. In der Regel werden schon vor der Aufnahme in das Krankenhaus lebensrettende Erstmaßnahmen durch das Rettungsteam vor Ort geleistet. Ziel ist es, Leben zu retten. Der Fokus in der Notfallmedizin liegt in der Erstversorgung, der Stabilisierung der Herz- und Kreislauffunktion, der Sicherung der Atemfunktion und in der Verhinderung von Gehirnschäden. Weitergehende Untersuchungen und Behandlungen erfolgen während des Krankenhausaufenthaltes.

Üblicherweise ist eine Notaufnahme rund um die Uhr besetzt und Anlaufstelle für alle Notfallpatienten. Notfälle werden vom Rettungsdienst, Notarzt oder Hausarzt angekündigt, meist schon mit einer ersten Verdachtsdiagnose. So kann sich das Team im Krankenhaus auf die Ankunft des Notfallpatienten optimal vorbereiten.

In die Notfallaufnahme kommen zunehmend auch Personen mit gesundheitlichen Beschwerden, ohne vorher einen Arzt aufgesucht zu haben (Selbsteinweiser).

DIE RETTUNGSKETTE

Es ist zu einem Unfall gekommen? Jetzt sind **SOFORTMASSNAHMEN** zu ergreifen. Sichern Sie zunächst auch zu Ihrem eigenen Schutz die Unfallstelle ab. Versuchen Sie dann, wenn möglich, die verunglückten Personen aus der Gefahrenzone zu retten. Wählen Sie den Notruf:



NOTRUF können über die Notrufnummer 112 getätigt werden. Diese Nummer ist bundesweit gültig. Die 112 gilt für alle internationalen Handynetze (mit Global System for Mobile Communications, GSM-Standard) und soll auch innerhalb des gesamten europäischen Festnetzes als Notrufnummer fungieren. Alle Notrufe laufen automatisch bei der nächsten Rettungsleitstelle auf. Dort wird die Auswahl des geeigneten Rettungsfahrzeuges mit der entsprechenden Besatzung nach klaren einsatztaktischen Prinzipien getroffen.



ERSTE HILFE: ein schnelles und sachgerechtes Eingreifen kann bei Unfällen, schweren Erkrankungen oder Vergiftungen schwere Schäden bzw. zusätzliche Komplikationen oder einen tödlichen Ausgang verhindern. Dazu zählen beispielsweise die Wiederbelebung und Atemspende bei Herz-Kreislauf-Stillstand (Reanimation), die Blutstillung, die Bekämpfung des Schocks und die stabile Seitenlage bei Bewusstlosigkeit.



Der **RETTUNGSDIENST** übernimmt die Notfallversorgung des Betroffenen. Er ist bis zur Aufnahme in eine geeignete Einrichtung, die die weitere Versorgung übernehmen kann, für eine lückenlose Versorgung und den Transport des Notfallpatienten zuständig.



Das **KRANKENHAUS** wird über das Eintreffen des Notfallpatienten informiert. Die Klinik nutzt diese Vorinformation für die Vorbereitung der klinischen Untersuchung. Intern muss in kürzester Zeit der zuständige Vertreter des betroffenen Fachgebietes, zum Beispiel ein Neurologe bei Verdacht auf Schlaganfall oder ein Kardiologe bei Verdacht auf einen Herzinfarkt, bereitstehen. Wenn der Patient in der Notfallaufnahme eintrifft, muss der Fachexperte die Einschätzung des Rettungsdienstpersonals durch fachspezifische Untersuchungen bestätigen und ergänzen.

Bei Notfällen, die eine interdisziplinäre Versorgung erfordern, müssen kurzfristig alle betroffenen Fachgebiete mit verantwortlichen Ärzten vertreten sein.





Für einen **geplanten, elektiven Eingriff** im Krankenhaus erhält der Betroffene eine Einweisung oder Überweisung durch seinen behandelnden Hausarzt oder den von ihm aufgesuchten Facharzt. Voruntersuchungen können durchgeführt werden, Betroffene können durch das Einholen von Informationen oder einer zweiten Meinung ihre Entscheidung für oder gegen eine Behandlung besser abwägen und sich vorbereitend Fragen für das Aufklärungsgespräch zurechtlegen. Bei geplanten, elektiven Eingriffen bleibt Zeit, persönliche Dinge zu regeln.

DEN KRANKENHAUSAUFENTHALT VORBEREITEN

Auf einen geplanten Eingriff und den damit verbundenen Klinikaufenthalt kann man sich vorbereiten. Verschiedene Krankenkassen bieten Checklisten an, die wichtige Hinweise auf das enthalten, was Sie erledigen sollten, bevor Sie ins Krankenhaus gehen. Dazu zählen zum Beispiel:

- Informieren Sie Ihre Krankenkasse über den vorgesehenen Eingriff und fordern Sie eine Kostenübernahmeerklärung an.
- Erkundigen Sie sich nach möglichen Voruntersuchungen durch den Hausarzt.
- Klären Sie, ob Medikamente rechtzeitig abgesetzt oder umgestellt werden müssen.
- Planen Sie frühzeitig, wer Sie ggf. in die Klinik fährt oder wieder abholt und wer Sie in der Anfangszeit zu Hause betreut.
- Legen Sie alle wichtigen Unterlagen zu Hause bereit und sagen einem Menschen Ihres Vertrauens, wo sich diese Unterlagen befinden.
- Schon vor der Entlassung lässt sich klären, ob Sie Betreuung oder Hilfsmittel wie Haltegriffe oder ähnliches benötigen.

AKUTE BESCHWERDEN – DIE VORSTELLUNG IN DER NOTAUFNAHME

Immer häufiger suchen Patienten von sich aus die Notaufnahme auf. Gründe hierfür sind akute Beschwerden oder eine lange Wartezeit auf einen Termin beim niedergelassenen Facharzt. Erwartet wird, dass die Beschwerden ernst genommen werden und eine schnelle und kompetente Diagnose und Behandlung erfolgt.

Sicher haben Sie sich, wenn Sie von sich aus die Notaufnahme aufgesucht haben, schon einmal gewundert: Warum werden Patienten, die nach Ihnen gekommen sind, früher aufgerufen bzw. behandelt. Der Grund: Die Behandlung erfolgt nach Dringlichkeit und nicht „der Reihe nach“. Das kann dazu führen, dass Sie oder Ihr Angehöriger warten müssen, weil schwerer verletzte oder erkrankte Patienten vordringlich behandelt werden müssen.

ERSTEINSCHÄTZUNG: WER IST EIN NOTFALL?

Wer ist ein Notfall – und wer nicht? Wer muss sofort behandelt werden und wer kann etwas länger warten? Um das einschätzen zu können, arbeiten die Asklepios Kliniken mit einem Standardverfahren zur Ersteinschätzung der Patienten: dem sogenannten Manchester-Triage-System.

Beim Eintreffen in einer unserer Notaufnahmen fragt Sie eine speziell geschulte Pflegekraft nach Ihren Beschwerden. Anhand Ihrer Angaben und der von Ihnen geschilderten Beschwerden werden die Schwere der Erkrankung bzw. Verletzung und damit die Dringlichkeit der Behandlung eingeschätzt. Daraus ergeben sich unterschiedliche Behandlungsprioritäten, von rot für „sofortige Behandlung“ bis blau für „nicht dringend“.

■ SOFORTIGE BEHANDLUNG

■ SEHR DRINGENDE BEHANDLUNG

■ DRINGENDE BEHANDLUNG

■ NORMAL

■ NICHT DRINGEND

Mit der Einschätzung verbunden ist eine maximale Wartezeit, innerhalb derer die erforderliche Untersuchung und Behandlung beginnen sollte. Wird diese Zeitspanne überschritten, ist eine erneute Einschätzung nach dem Manchester-Triage-System erforderlich. Patienten, die eine sofortige Behandlung benötigen, werden auch umgehend ärztlich untersucht und behandelt. Patienten, deren Erkrankungen als nicht dringend eingeschätzt werden, müssen mit einer Wartezeit rechnen.

WELCHE VORTEILE HAT DIE ERSTEINSCHÄTZUNG FÜR DEN PATIENTEN?

Niemand wartet gerne. Schon gar nicht, wenn er Schmerzen oder andere akute Beschwerden hat. Da fällt das Verständnis dafür, dass andere Patienten möglicherweise schneller behandelt werden als man selbst, schwer.

Allerdings ist die Ersteinschätzung für Sie als Patient von großem Vorteil. Denn auch in einer Notaufnahme, die an 365 Tagen im Jahr erreichbar ist, können nicht alle Patienten sofort und gleichzeitig behandelt werden. Das Patientenaufkommen ist wenig planbar. Und auch die personellen, apparativen und räumlichen Ressourcen sind begrenzt. Da hilft ein Triage-System zur schnellen und sicheren Festlegung der Behandlungspriorität. Es sorgt dafür, dass Schwerkranke oder Verletzte nicht unnötig lange auf eine Behandlung warten müssen, währenddessen weniger gefährdete Patienten versorgt werden.

So schnell wie möglich kümmert sich ein Arzt um Ihre Beschwerden. Wenn weiterführende Untersuchungen wie Röntgen, Labor, EKG und Ultraschall erforderlich sind, werden sie gleich hier angeordnet. Das Kliniklabor und die Röntgenabteilung sind rund um die Uhr für Sie da. So wird eine Behandlung ohne Zeitverlust möglich. Notwendige medizinische Behandlungen (zum Beispiel das Anlegen eines Gipsverbandes oder die Versorgung einer Wunde) werden direkt in der Notaufnahme durchgeführt.

In der Notaufnahme werden unterschiedlichste Verletzungen und Erkrankungen behandelt. Das Team besteht aus speziell ausgebildeten Pflegekräften und Fachärzten. Ein interdisziplinäres Team aus Experten unterschiedlicher Fachrichtungen beispielsweise aus den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, Intensivmedizin und Anästhesie berät sich und führt gemeinsam die Behandlung durch.

Basis für die Behandlung sind die aktuellen Leitlinien und Behandlungsempfehlungen der jeweiligen medizinischen Fachgesellschaften. Damit ist sichergestellt, dass Sie eine Behandlung nach dem aktuellen Stand erhalten.

Nach der Erstversorgung und -behandlung wird gemeinsam mit Ihnen darüber entschieden, ob die weitere Versorgung ambulant durch Ihren Hausarzt erfolgen kann oder ob ein Krankenhausaufenthalt, ggf. sogar eine Behandlung auf der Intensivstation erforderlich ist. Im Fall einer Entlassung erhalten Sie einen Arztbrief mit weiteren Behandlungsempfehlungen für Ihren Hausarzt.

ERSTEINSCHÄTZUNG NACH DEM MANCHESTER-TRIAGE-SYSTEM

Ein älterer Herr betritt die Notaufnahme. Die für die Ersteinschätzung verantwortliche Pflegekraft begrüßt ihn und fragt ihn nach seinen Beschwerden.

Der Patient erzählt, dass er sich seit etwa zwei bis drei Stunden schlapp und unwohl fühlt.

Die Pflegekraft entscheidet sich dafür, für die Beurteilung der Situation dieses Patienten das Diagramm „Unwohlsein beim Erwachsenen“ einzusetzen. Sie bittet den Patienten in der Kabine auf dem Stuhl Platz zu nehmen. Wie gut ihr der Patient antworten kann, zeigt, dass er keine Probleme bei der Atmung hat, ein wichtiger Hinweis zum Ausschluss einer bestehenden Lebensgefahr. Sie fragt den Patienten nach seinem Alter und wie sich sein Unwohlsein äußert. Während er antwortet, misst sie seinen Puls und den Blutdruck.

Der ältere Herr erzählt, er sei 68 Jahre alt. Sein Unwohlsein bestehe aus einem Schwindel, er müsse sich zwischendurch hinlegen. Außerdem habe er Schweißausbrüche. Seinen Blutdruck habe er auch zu Hause schon gemessen, der sei mit 150/85 aber so wie immer gewesen.

Die Pflegekraft misst den Blutdruck in ähnlicher Höhe. Um sicherzustellen, dass der Patient keine Entgleisung seines Blutzuckerspiegels hat, fragt sie, ob ein Diabetes bekannt ist.

Der Patient verneint einen Diabetes.

Die Pflegekraft hat mittlerweile am Daumen einen Clip zur Messung der Durchblutungsqualität und des Pulses angebracht. Die Sauerstoffsättigung ist sehr gut, dies passt zur völlig normalen Hautfarbe des Patienten. Allerdings ist er leicht schweißig und sein Puls ist deutlich erhöht: er hat eine Pulsfrequenz von 150 Schlägen in der Minute. Außerdem ist der Puls etwas unregelmäßig.

Die Pflegekraft bittet den Patienten nun, sich auf die im Raum stehende Behandlungsliege zu legen und den Oberkörper frei zu machen. Sie legt ihm die Elektroden eines EKG-Gerätes an und leitet ein EKG ab. Da dies Veränderungen aufweist, reicht sie es sofort an den diensttuenden Internisten weiter und bringt den Patienten auf der Liege in einen Behandlungsraum.

Eine andere Pflegekraft wird den Patienten nun übernehmen, ihn entkleiden, an einen Überwachungsmonitor anschließen und ihm Blut entnehmen. Die Laborwerte und das EKG werden in der Folge zeigen, dass der Patient einen Herzinfarkt erlitten hat. Durch die gezielte Befragung und Untersuchung wird die Therapie zeitnah eingeleitet und der Patient bekommt die Chance, das Ereignis ohne Folgeschäden und Einschränkungen in der Lebensqualität zu überstehen.

» Offene Atmosphäre, in der auch offen über Fehler gesprochen wurde. «

» Sehr realitätsbezogen; für mich persönlich sehr guter Übertrag in die Praxis. «

» Vielen Dank für die Erfahrungen, ein sehr guter Tag mit viel Erfahrungsschatz für die Praxis, jederzeit gerne wieder! «

UNVORHERGESEHENES TRAINIEREN – EIN BEITRAG ZUR PATIENTENSICHERHEIT

In der Medizin braucht es neben theoretischen Kenntnissen auch „handwerkliche“ Fähigkeiten. Diese handwerklichen Fähigkeiten müssen, ebenso wie die Prozessabläufe, trainiert werden. Dies gilt in besonderem Maße für Situationen, in denen es schnell gehen muss.

Aus der Luftfahrt, der chemischen Industrie und anderen Wirtschaftszweigen ist bekannt, dass das regelmäßige Training zur Bewältigung von Zwischenfällen dazu beiträgt, unvorhergesehene Situationen sicher zu beherrschen. Seit einiger Zeit ist so ein Simulatortraining auch in der Medizin möglich. Das Asklepios Institut für Notfallmedizin unterstützt von der AQA I GmbH (Angewandte Qualitätssicherung in Anästhesie und Intensivmedizin) bietet solche Trainings allen Mitarbeitern in den Asklepios Kliniken an. Mehrere hundert Mitarbeiter haben inzwischen daran teilgenommen. Im Rahmen des Trainings werden risikobehaftete Prozeduren unter realistischen Umgebungsbedingungen an Patientensimulatoren trainiert.

Patientensimulatoren sind lebensgroße Puppen. Es stehen Puppen aller Altersstufen, vom Neugeborenen bis zum Erwachsenen, zur Verfügung. Die Puppen verfügen über eine komplexe technische Ausstattung. Entsprechend dem Trainingsinhalt können Funktionen wie Blutdruck, Herzfrequenz, Sauerstoffsättigung und viele andere Parameter variieren und gesteuert werden. Sogar sprechen können die Puppen. Das Ganze ist so realistisch, dass viele Teilnehmer schnell vergessen, dass es sich nur um eine Übungssituation handelt.

Die Übungen werden per Videoaufzeichnung dokumentiert. So können in der Nachbesprechung die einzelnen Übungsphasen gemeinsam diskutiert werden. Dabei geht es nicht nur um die praktische Bewältigung des simulierten Zwischenfalls, sondern auch um die Kommunikation im Team und die Struktur der organisatorischen Prozesse.

Primär wurden die Trainings für Mitarbeiter aus den Bereichen Anästhesie, Intensiv- und klinische Notfallmedizin sowie Rettungsmedizin angeboten. Neu ist das Angebot für Kreißsaalteams.

Pflegedienst und ärztlicher Dienst trainieren gemeinsam, so wie sie im klinischen Alltag auch solche Situationen meistern. Das Training richtet sich sowohl an Auszubildende, an Mitarbeiter in der Weiterbildung als auch an erfahrene Fachärzte und Fachpflegekräfte. Die Bewertungen der Teilnehmer für diese Art der Fortbildung sind sehr positiv.

Die Trainings dienen der Qualifikation des medizinischen Personals. Sie sind zugleich ein wesentliches Element der Patientensicherheit. Mehr Informationen zu den Trainingsangeboten des Asklepios Institut für Notfallmedizin finden Sie unter: www.asklepios.com/ifn. Außerdem haben wir zum Thema Patientensicherheits- und Simulationstraining bei youtube ein kurzes Video eingestellt: https://youtu.be/dDqsm_Cn60A

Gibt es ein offe



nes Ohr für mich?



Unser Versprechen

» Wir begrüßen es, wenn Sie eine Zweitmeinung einholen möchten. Gerade bei schwerwiegenden Therapieentscheidungen oder vor Operationen hilft eine zweite ärztliche Meinung, die damit verbundenen Chancen und Risiken besser einzuschätzen. Nehmen Sie Ihr Recht auf eine zweite Meinung wahr – wir unterstützen Sie dabei, indem wir mit den Zweitgutachtern kooperieren. «

*Dr. Adrian Schmidt,
Leitender Oberarzt, Leitung der Handchirurgie,
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie,
Handchirurg und Sportmediziner*

ENTSCHEIDUNGEN ERFORDERLICH

Die Freiheit, selbst entscheiden zu können, ist den meisten von uns sehr wichtig. Auch und gerade dann, wenn ein Krankenhausaufenthalt bevorsteht oder entschieden werden muss, welche Behandlung in der jeweiligen Situation als richtig, als die beste Option, empfunden wird.

Das setzt voraus, dass Patienten wissen, wie Sie Einfluss nehmen können – und diese Möglichkeiten wahrnehmen. Zugleich ist es erforderlich, dass die Gesprächspartner, die Ärzte, verständlich und umfassend die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und ihre Risiken erläutern – und es akzeptieren, wenn der Patient eine Entscheidung trifft, die sie persönlich anders getroffen hätten.

Krankenhaussendungen im Fernsehen vermitteln uns leicht den Eindruck, interne Klinikabläufe in- und auswendig zu kennen. Doch wenn wir selbst betroffen sind, merken wir: Ein Krankenhausaufenthalt ist eine Ausnahmesituation. Anlässe können schwerwiegende Ereignisse wie eine aufwendige, mit Risiken behaftete Untersuchung, ein Herzinfarkt, ein operativer Eingriff oder ein Unfall sein.

Unabhängig davon, ob Sie als Notfallpatient eingeliefert werden oder Sie die Klinik für eine Untersuchung oder einen geplanten Eingriff aufsuchen, ist ein Krankenhausaufenthalt für die meisten von uns nicht alltäglich. Sie müssen darauf vertrauen, dass medizinische Experten wissen, was richtig ist und Ihre Behandlung entsprechend gestalten. Technische Geräte müssen funktionieren und Hygienevorschriften eingehalten werden. Fremde Menschen, Geräusche und Gerüche umgeben Sie.

Diese „Fremdbestimmung“ weckt, bei aller Hoffnung auf Hilfe und Genesung, Befürchtungen und führt verständlicherweise zu offenen Fragen:

Gebe ich meine Freiheit, für mich Entscheidungen zu treffen, an der Pforte des Krankenhauses ab? Werde ich zu einem „Fall“, der in einem knappen Gespräch mit Informationen oder Empfehlungen konfrontiert wird, die ich nicht ganz verstehe und deren Tragweite ich nicht abschätzen kann? Sind die Untersuchung und der Eingriff wirklich notwendig? Gibt es gleichwertige oder bessere Alternativen? Finde ich mit meinen Fragen und Befürchtungen Gehör? Werde ich so umfassend über die Behandlung und die damit einhergehenden Risiken aufgeklärt, dass ich eine wohl überlegte Entscheidung treffen kann? Muss ich mich schnell entscheiden oder kann ich mich mit Freunden oder Familienangehörigen beraten?



PATIENT UND ARZT IM DIALOG: DAS AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH

In einer Notfallsituation, wenn ein Patient mit einem Herzinfarkt, einem akuten Schlaganfall oder nach einem Unfall ohne Bewusstsein in das Krankenhaus eingeliefert wird, steht das schnelle Handeln im Vordergrund. Das Ziel, Leben zu erhalten und Komplikationen zu vermeiden oder zu reduzieren, bestimmt jetzt das ärztliche Vorgehen.

Anders sieht es aus, wenn ein Patient zur Sicherung einer Diagnose, beispielsweise einem Kniegelenkverschleiß oder bei Verdacht auf eine Krebserkrankung eingewiesen wird. Ein Aufklärungsgespräch dient dann dazu, dem Patienten das weitere Vorgehen zu erläutern, notwendige Untersuchungen und die weitere Behandlung mit ihm gemeinsam zu planen, ggf. eine Operation oder einen Eingriff und mögliche Alternativen zu erörtern und auf die Risiken, die mit dem Verfahren verbunden sind, aufmerksam zu machen. Ein Aufklärungsgespräch wird vor jedem geplanten Eingriff, wie beispielsweise dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenkes oder der Beseitigung einer Verengung in der Halsschlagader, durchgeführt.

Diese Aufklärung ist rechtlich vorgeschrieben. Der Arzt führt das Aufklärungsgespräch und beantwortet alle Fragen des Patienten.

Nicht immer gibt es nur die eine richtige Behandlung. Häufig stehen gleichwertige Alternativen zur Verfügung. Daher sollen die möglichen Therapien und deren Vorteile sowie die mit dem Eingriff verbundenen Risiken, auch die patienteneigenen Risikofaktoren, wie zum Beispiel Bluthochdruck oder Diabetes, ausführlich besprochen werden. Idealerweise geschieht dies in ungestörter Atmosphäre, mit umfassenden und vor allem verständlichen Erläuterungen.

AUFKLÄRUNG VOR EINEM EINGRIFF – GEMEINSAME ENTSCHEIDUNG

WER

Die Aufklärung wird von einem Arzt mit entsprechender Fachexpertise durchgeführt. Dieser ist im Detail über den geplanten Eingriff im Bilde. In der Regel wird die Aufklärung durch Fachärzte oder durch Ärzte mit langjähriger Berufserfahrung durchgeführt.

WEN

Der behandelnde Arzt klärt den betroffenen Patienten auf. Bei Minderjährigen informiert der Mediziner die Eltern. Bei Patienten, die ihren Willen nicht selbst äußern können, ist das Aufklärungsgespräch mit dem Betreuer zu führen. Sollte kein Betreuer bestellt sein oder Gefahr für Leib und Leben des Patienten bestehen, muss das Vormundschaftsgericht hinzugezogen werden.

WANN

Eine Aufklärung muss so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient in Ruhe überlegen und sich Rat einholen kann. Der richtige Zeitpunkt richtet sich nach der Art, dem Risiko und der Dringlichkeit des Eingriffs. Bei geplanten Operationen soll die Aufklärung bereits zum Zeitpunkt der Planung erfolgen – spätestens am Vortag und nicht erst am Vorabend. Bei kleineren ambulanten Eingriffen kann der Patient am Operationstag aufgeklärt werden. Er darf aber nicht den Eindruck gewinnen, dass das Vorgehen bereits festgelegt ist und er nicht mehr frei entscheiden kann.

WIE

Basis des Gesprächs zwischen Arzt und Patient ist ein Aufklärungsbogen, der beispielsweise mit Skizzen, Ergänzungen oder der Streichung unzutreffender Passagen, individuell auf die spezifische Situation des Einzelnen anzupassen ist. Je weniger dringlich ein Eingriff ist, desto ausführlicher und umfassender sollte aufgeklärt werden. Der Patient soll sich bewusst für seine Behandlung entscheiden.

Mögliche Erweiterungen oder Änderungen des vorgesehenen Operationsverlaufs bei unvorhersehbaren Komplikationen werden vom Mediziner ebenfalls erläutert.

Gleichzeitig ist der Patient über das sog. „therapierichtige Verhalten“ im Vorfeld des Eingriffs oder nach dem Eingriff zu informieren. Dadurch soll der Behandlungserfolg sichergestellt und der Patient vor möglicher Selbstgefährdung geschützt werden.

Aufklärungsbögen sind in unterschiedlichen Sprachen erhältlich. Mit Einwilligung des Patienten kann eine sprachkundige Person, das kann ein Angehöriger oder ein Krankenhausmitarbeiter, aber auch ein anerkannter Dolmetscher sein, zum Aufklärungsgespräch hinzugezogen werden.

WORÜBER

Der Arzt erläutert den geplanten Eingriff und beschreibt die damit einhergehenden Chancen auf Verbesserung oder vollständiger Genesung (z. B. die Gehfähigkeit nach dem Einsetzen eines künstlichen Kniegelenkes). Während des Gesprächs muss der Arzt dem Patienten eine Vorstellung von der Schwere des Eingriffs und von möglichen, unvorhersehbaren Risiken vermitteln, auch wenn diese nur mit einer geringen Eintrittswahrscheinlichkeit verbunden sind. Der Patient muss diese Risiken durch das Gespräch einschätzen können.

Zur Aufklärung gehört auch, über mögliche Behandlungsalternativen sowie deren Erfolgsaussichten bzw. die mit den Alternativen verbundenen Risiken zu informieren und zu beraten.

Wenn ein aufgeklärter Patient den Eingriff ablehnt, muss er über die möglichen Nachteile seiner Entscheidung informiert werden. Die Ablehnung und die dafür genannten Gründe sind im Aufklärungsbogen zu dokumentieren.

ZEIT ZWISCHEN DIAGNOSE UND BEHANDLUNG

Die Diagnose Brustkrebs ist sowohl für die Betroffenen als 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 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. Der Abstand zwischen der Diagnose und der Behandlung wird erfasst; er sollte zwischen sieben und 21 Tagen betragen.

Bei rund 90% der in den Asklepios Kliniken behandelten Brustkrebspatientinnen beträgt die Zeitspanne zwischen der Diagnose und dem Eingriff, die für die Beratung und Entscheidung zur Verfügung steht, mehr als sieben Tage.





Manche Patienten machen von ihrem Recht auf eine umfassende und verständliche Aufklärung keinen Gebrauch, auch wenn sie die Erläuterungen während des Aufklärungsgespräches nicht verstanden haben. Sie wagen es nicht, nachzuhaken.

Sie haben das Recht, Ihre Beschwerden, Probleme und Anliegen zu schildern, Fragen zu stellen und nachzufragen, wenn Sie etwas nicht verstanden haben und sich beraten zu lassen, bevor Sie einer Behandlung zustimmen. Ihre Zufriedenheit mit der Behandlung und der Erfolg der Therapie hängen auch davon ab, dass Sie gemeinsam mit Ihrem Arzt entscheiden können.

Nach der Aufklärung müssen Sie in die Lage versetzt sein, eine Entscheidung für oder gegen eine Behandlung zu treffen. Zum Nachweis, dass die Aufklärung wirklich erfolgt ist, muss diese – wie auch eine Ablehnung – durch Ihre Unterschrift bestätigt werden. Sie erhalten nach dem Gespräch eine Kopie Ihres Aufklärungsbogens für Ihre eigenen Unterlagen.

Das Vorgehen bei der Aufklärung ist bei Asklepios in einer konzern-internen Verfahrensanweisung zur „Aufklärung und Einwilligung von Patienten vor ärztlichen Eingriffen“ geregelt. Deren Einhaltung wird überprüft. Im Rahmen von Audits wird untersucht, ob die geforderten Standards erfüllt wurden.

Erst wenn der Patient nach einem Aufklärungsgespräch in die Behandlung einwilligt, darf die Behandlung/Therapie vorgenommen beziehungsweise begonnen werden.



IHR BEITRAG: DIE VOR- UND NACHBEREITUNG EINES AUFKLÄRUNGSGESPRÄCHES

Sie selbst können zu einem gelungenen Aufklärungsgespräch beitragen. Eine gute Vorbereitung hilft, Antworten auf drängende Fragen zu bekommen. Auch wenn ein Aufklärungsgespräch anhand eines strukturierten Aufklärungsbogens erfolgt – notieren Sie sich schon im Vorfeld Ihre Fragen. Wie lautet die Diagnose? Welche weiteren Untersuchungen sind erforderlich? Welche Nebenwirkungen und Komplikationen sind mit dem vorgeschlagenen Eingriff verbunden?

Notizen helfen, sich das Gespräch in Erinnerung zu rufen und alle Informationen zusammenzuführen, die Sie für Ihre Entscheidung benötigen.

Unterstützen können Sie das Gespräch, indem Sie Ihre Beschwerden sowie den Schweregrad und die Häufigkeit von Schmerzen wahrheitsgemäß schildern. Geben Sie Auskunft über die von Ihnen eingenommenen Arzneimittel. Frühere Erkrankungen, Unverträglichkeiten und familiäre Vorbelastungen sind ebenfalls von Interesse. Nur so können Komplikationen, die Einfluss auf den Behandlungsverlauf nehmen können, vermieden werden.

Ihre Sorgen, beispielsweise über eine nicht erfolgreich verlaufene Behandlung und die damit verbundenen Folgen für Ihr weiteres Leben, sollten ebenfalls angesprochen werden.

Fragen Sie! Fordern Sie Erklärungen ein. Vergewissern Sie sich, dass Sie alles verstanden haben.

Eine Vertrauensperson kann bei dem Aufklärungsgespräch dabei sein und Sie unterstützen. So können im Nachgang Punkte, die Sie in der Aufregung überhört oder vergessen haben, besprochen werden und Sie können sich vergewissern, dass Sie alles für die Entscheidungsfindung Wichtige wissen.

SICHERHEIT UND VERTRAUEN SCHAFFEN – DURCH EINE ZWEITE MEINUNG

Ihr Arztbesuch hat eine Diagnose erbracht, die für Sie lebensbedrohlich ist? Sie haben von Ihrem Arzt eine Diagnose bekommen, bei der eine Operation unumgänglich erscheint?

Nach dem ersten Schock kommen die Zweifel. Stimmt die Diagnose? Ist die vorgeschlagene Therapie oder der geplante Eingriff richtig und notwendig? Ist diese Behandlung die beste Wahl? Soll ich dem Rat des Arztes folgen oder auch gegen den ärztlichen Rat eine andere Alternative wählen? Das ist selbst bei einem aus ärztlicher Sicht „kleinen Eingriff“ eine schwierige Entscheidung.

Viele Menschen wünschen sich in so einer Situation eine zweite ärztliche, unabhängige Meinung, weil sie sicher sein wollen, dass die angeratene Therapie auch wirklich nötig und richtig ist. Manch einer hofft, dass die empfohlene Operation doch noch vermieden werden kann. Einige klassische Fragen sind: Schätzt ein anderer Arzt die Situation ähnlich ein und rät zu der gleichen Behandlung? Werden die mit dem Eingriff verbundenen Risiken ähnlich gesehen?

Insbesondere vor Operationen oder Therapien, die mit längeren Krankenhausaufenthalten einhergehen, ist es sinnvoll, einen zweiten Arzt um Rat zu fragen. Das gilt auch für Eingriffe oder Behandlungen, die den weiteren Lebensweg entscheidend beeinflussen.

Scheuen Sie sich nicht, Ihrem Arzt zu sagen, dass Sie sich eine weitere Meinung wünschen.

Eine Trendbefragung der Asklepios Kliniken zum Zweitmeinungsverfahren aus Ärztesicht kam zu der Einschätzung, dass jeder zweite Klinikarzt das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis durch eine Zweitmeinung gestärkt sieht¹⁾.

Und das sind die Gründe, warum das Zweitmeinungsverfahren positiv eingeschätzt wird²⁾:

Um eine zweite Meinung zu erhalten, können Sie zum Beispiel einen anderen Arzt besuchen. Dafür muss nicht das gesamte diagnostische Verfahren von vorne beginnen. Sie haben das Recht, Ihre gesamten medizinischen Unterlagen wie Blutwerte und Röntgenbilder einzusehen und eine Kopie der Krankenakte zu fordern.

Entweder erfolgt die Einholung der Zweitmeinung in einem persönlichen Vorstellungstermin, bei dem Kopien der Krankenunterlagen mitgebracht werden oder durch direkte Übermittlung der bisherigen Befunde und Krankengeschichte.

WAS TUN BEI ABWEICHENDER DIAGNOSE ODER ABWEICHENDEM BEHANDLUNGSVORSCHLAG?

Sollten die Diagnose oder der Behandlungsvorschlag des zweiten Mediziners von dem des ersten abweichen, sollten sich die beiden Ärzte miteinander austauschen. Wenn eine gute Zusammenarbeit zwischen den beiden Ärzten nicht gelingt, müssen Sie sich entscheiden, wo Sie sich besser aufgehoben fühlen. Oder Sie suchen einen dritten Experten auf.

Die Asklepios Kliniken in Hamburg bieten ihren Patienten aktiv eine Zweitmeinung in einer Vielzahl medizinischer Fachbereiche wie etwa Gefäßmedizin, Kardiologie, Neurologie und Rückenmedizin an.

Informationen zu den Erfahrungen der Ärzte bzw. Kliniken sowie der Behandlungsqualität finden Sie in Klinikführern wie beispielweise bei qualitätskliniken.de. Neben den Informationen zur Medizinischen Ergebnisqualität finden Sie hier auch Informationen zur Patientensicherheit sowie die Befragungsergebnisse von Patienten und einweisenden Ärzten.

¹⁾ Ärzte-Trendbefragung „Zweitmeinungsverfahren“, Asklepios Kliniken Hamburg GmbH; Erhebung im März und April 2015. Online befragt wurden 103 Ärzte aller Fachrichtungen (53 Ärzte aus Kliniken; 50 niedergelassene Ärzte).

²⁾ Fragestellung: Einmal abgesehen von der Schwere des operativen Eingriffs oder der Erkrankung. Aus welchen weiteren Gründen raten Sie Ihren Patienten dazu, eine zweite Meinung eines anderen Facharztes einzuholen?

SIE HABEN DAS RECHT AUF EINE ZWEITE MEINUNG!

Unter einer ärztlichen Zweitmeinung versteht man die zweite, unabhängige Begutachtung. Dabei werden der ärztliche Erstbefund und die empfohlene Behandlungsmaßnahme durch einen zweiten Arzt eingeschätzt. Das Einholen einer zweiten Meinung dient dazu, eine Fehldiagnose zu vermeiden, Sicherheit bei der Wahl der Behandlungsalternativen zu gewinnen und Zweifel auszuräumen.

GRÜNDE FÜR DAS ZWEITMEINUNGSVERFAHREN

Aufgeführt sind Gründe für die Patientenempfehlung zum Einholen einer zweiten Meinung, ohne Berücksichtigung der Schwere des operativen Eingriffs oder der Erkrankung.

	Gesamt	Berufsstand	
		Nieder- gelassene/r Arzt/Ärztin	Arzt/Ärztin in einer Klinik
Basis (Fallzahl)	100	49	51
Weil Patienten unsicher sind, ob die vorgeschlagene Behandlung die richtige Lösung für sie ist.	77 %	80 %	75 %
Weil es bei einigen Erkrankungen sinnvoll ist, die Meinung eines Kollegen einzuholen.	63 %	57 %	69 %
Weil die zweite Meinung das Vertrauen des Patienten in meine Diagnose stärkt.	41 %	37 %	45 %
Weil Patienten den Behandlungsvorschlag nicht akzeptieren wollen.	41 %	53 %	29 %
Weil das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis damit gestärkt wird.	36 %	27 %	45 %
Weil ich meine Diagnose durch die Meinung eines Fachkollegen damit absichern kann.	34 %	45 %	24 %
Weil Patienten denken, dass eine Operation unnötig ist.	29 %	29 %	29 %
Weil Patienten die Behandlungsempfehlung nicht nachvollziehen können.	25 %	22 %	27 %
Weil sich das Einholen einer zweiten Meinung positiv auf den Therapieverlauf auswirkt.	24 %	20 %	27 %
Sonstige Gründe	2 %	2 %	2 %
Aus keinen weiteren Gründen	1 %	2 %	0 %



UNTERSTÜTZUNG BEI SCHWIERIGEN DIAGNOSEN

Eine schlechte gesundheitliche Diagnose wirft jeden aus der Bahn. Bestätigt sich zum Beispiel die Diagnose „Krebs“, ist weit mehr notwendig als die weitere Abklärung von Befunden oder die Einleitung einer Behandlung. Diese Diagnose bedeutet einen tiefen Einschnitt in das bisherige Leben.

Gemeinsam mit Ihrem behandelnden Arzt sollte jetzt beraten werden, was in Ihrer Situation das richtige Vorgehen ist. Dabei werden nicht nur medizinische Gesichtspunkte berücksichtigt, sondern auch Ihre Ängste und Sorgen und Ihre persönlichen Lebensumstände. Was soll ich tun? Wie geht es weiter? Jetzt kommt es auf die Menschen an, die schlechte Nachrichten mit Anteilnahme übermitteln können, die eine vertrauensvolle Atmosphäre für Gespräche schaffen und die bei Fragen trotzdem offen und ehrlich beraten sowie Entscheidungen begleiten.

In Krisensituationen bietet eine psychoonkologische Betreuung professionelle Unterstützung.

Die Diagnose Krebs löst einen enormen Stress aus. Aufgabe von Psychoonkologen ist es, Patienten bei der Bewältigung dieser enormen Beanspruchung zu unterstützen. Sie begleiten, beraten und behandeln die Patienten und ihre Angehörigen bei seelischen und sozialen Belastungen, die eine Krebserkrankung mit sich bringt. Dazu gehören die Stärkung des Selbstwertgefühls, die Reduktion von Ängsten, die Stärkung und Förderung des Selbstmanagements.



ENTSCHEIDUNGEN IN SCHWIERIGEN LEBENSITUATIONEN

Krankheiten oder Unfälle können dazu führen, dass Menschen ihre Wünsche oder Vorstellungen nicht mehr äußern können. Wer beim Eintreffen in der Notfallaufnahme oder dauerhaft nicht mehr bei Bewusstsein ist, kann seinen Willen nicht mehr kundtun und nicht mehr in eine Behandlung einwilligen oder sie ablehnen. Entscheidungen treffen dann diejenigen, die durch eine Vorsorgevollmacht beziehungsweise eine Betreuungsverfügung des Patienten oder durch eine Bestellung vom Betreuungsgericht zum Betreuer des Kranken bestimmt sind.

Mit einer Patientenverfügung können Sie festlegen, welche medizinischen Maßnahmen Sie in einer solchen Situation wünschen und welche Sie ablehnen. Mit dieser Verfügung stellen Sie sicher, dass Ihr Wille auch dann gilt, wenn Sie nicht mehr selbst entscheiden können. In den Asklepios Kliniken werden Sie bei Aufnahme in die Klinik oder im Rahmen des Aufklärungsgesprächs gefragt, ob eine Patientenverfügung vorliegt. Eine Kopie davon wird in Ihre Patientenakte mit aufgenommen.

Ihre Patientenverfügung soll Ihren Willen so klar wie möglich zum Ausdruck bringen. Ebenso sollte aus ihr hervorgehen, für welche Situationen sie gilt. Wollen Sie zum Beispiel Vorkehrungen für Ihr Sterben treffen? Oder auch für Situationen, in denen Ihr Gehirn so stark geschädigt ist, dass Sie sich Ihrer selbst nicht mehr bewusst sind und keine Entscheidungen mehr treffen können? Oder möchten Sie eine Regelung für den Fall treffen, dass Sie im Endstadium einer schweren Erkrankung künstlich ernährt werden müssten?

Kommt es tatsächlich zu einer Situation, in der Sie nicht mehr selbst entscheiden können, ist eine wirksame Patientenverfügung bindend. Ärzte und Pflegekräfte sind verpflichtet, die Verfügung umzusetzen.

Während in früheren Zeiten „Götter in Weiß“ Entscheidungen für ihre Patienten trafen, gibt es heute zahlreiche Möglichkeiten sich zu informieren, sich zu beraten und gemeinsam mit den behandelnden Ärzten eine Entscheidung über die Behandlung zu treffen. Das ist Ihr Recht! Zugleich ist es Ihre Chance mitzuwirken.

Kann ich mich sich



her und aufgehoben fühlen?



Unser Versprechen

» Auch uns unterlaufen in unserer täglichen Arbeit Fehler. Mit Instrumenten wie Hygiene-Audits und dem Critical Incident Reporting System identifizieren wir Schwächen in unseren Abläufen und in der Kommunikation. Wir entwickeln praktikable Lösungen und setzen diese in die Tat um. So sorgen wir für Ihre Sicherheit. «

*Richard Domke,
Gesundheits- und Krankenpfleger*

AGIEREN STATT REAGIEREN

Die umfassende Hygiene ist das A und O in jeder Klinik. Mögliche Schwachstellen rechtzeitig zu erkennen und zu beseitigen, ist das Ziel sogenannter Hygiene-Audits. Durch diese Audits entsteht zudem eine Sammlung von Best Practice-Ansätzen, die allen Kliniken zur Verfügung steht.

Einen Fehler nur einmal zu machen und daraus zu lernen, ist das Ziel von Fehlermeldesystemen. Seit dem Jahr 2011 wird in allen Asklepios Kliniken ein Critical Incident Reporting System (CIRS) eingeführt. Freiwillig und vor allem anonym können alle Mitarbeiter Vorgänge und Ereignisse melden, die die Sicherheit eines Patienten gefährden könnten.

INFEKTIONEN VERMEIDEN

Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit erkranken in Deutschland jährlich 400.000 bis 600.000 Menschen an Krankenhausinfektionen, also Infektionen, die im Zusammenhang mit einer stationären oder ambulanten Behandlung auftreten. 10.000 bis 15.000 Menschen sterben jährlich daran.

Was an Maßnahmen zum Schutz vor Infektionen, sogenannten Hygienemaßnahmen, erforderlich ist, regelt das Infektionsschutzgesetz. Die einzelnen Bundesländer haben die Vorgaben in eigenen Länderverordnungen konkretisiert. Damit werden einheitliche Standards bei den Hygienemaßnahmen festgelegt. Künftig sollen spezifische Hygieneindikatoren Auskunft über die Hygienequalität geben.

Wie wichtig Patienten das Thema Hygiene ist, lässt sich an den Ergebnissen einer Forsa-Studie ablesen¹⁾: 55 Prozent der Patienten haben Angst vor gefährlichen Keimen und Bakterien.

Hohe Hygienestandards sind für die Asklepios Kliniken ein Eckpfeiler der Patientensicherheit und der Sicherung des Behandlungserfolges. Die Asklepios Kliniken ergreifen ein ganzes Bündel an Maßnahmen, um Infektionen zu verhindern und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere von Krankheitserregern mit Resistenzen, zu vermeiden.

Zugleich ist es den Asklepios Kliniken wichtig, Strukturen und Voraussetzungen zu schaffen, die eine hohe hygienische Sicherheit bieten. Dies gilt sowohl für unsere Patienten als auch für unsere Mitarbeiter. Deshalb wird über sogenannte Hygiene-Audits konzentriert die Einhaltung der gültigen Hygieneregeln sowie der personellen und organisatorischen Rahmenbedingungen für die Krankenhaushygiene kritisch durchleuchtet.

¹⁾ Quelle: Angst im Krankenhaus (2009) Forsa, Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen im Auftrag der Hanse Merkur, Hamburg; Mehrfachnennungen möglich



EIN HYGIENE-AUDIT SCHAFFT SICHERHEIT!

Ein Hygiene-Audit ist ein Werkzeug, um klinikeigene Verfahrensregeln zur Hygiene zu prüfen und deren Einhaltung sicherzustellen. Basis des Hygiene-Audits sind die gesetzlichen Anforderungen sowie die offiziellen Leitlinien.

Während einer Begehung in einer Asklepios Klinik durch Hygieneexperten werden mögliche Schwachstellen und Gefahren erfasst. Ein Auditbericht schafft Klarheit: hier sind alle bewerteten Kriterien aufgezeigt und die Empfehlungen dargestellt. So sind Asklepios Kliniken in der Lage, Risiken zu erkennen sowie klinikinterne Verbesserungsmaßnahmen zu entwickeln und einzuleiten.

Die Hygieneexperten überprüfen den Hygienestatus anhand eines umfassenden Kriterienkataloges. Erfasst werden beispielsweise die Qualifikationen des Hygienefachpersonals, die Festlegung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten sowie organisatorische Regelungen zur Krankenhaushygiene, wie die Information der Beschäftigten über die Beschlüsse der Hygienekommission. Eingeschätzt wird das Hygienemanagement, wie die Information der Mitarbeiter über Hygienepläne und Methoden zur Reinigung und Desinfektion medizinischer Geräte. Gefragt wird auch nach einem gezielten Vorgehen zur Vorbeugung und zur Reduzierung des Risikos von Infektionen, beispielsweise beim Legen und der Pflege eines Harnwegkatheters oder eines zentralen Venenkatheters (ZVK). Auch die Händedesinfektion ist Gegenstand des Hygiene-Audits und soll dazu beitragen, eine Keimübertragung zu vermeiden. Darüber hinaus wird ermittelt, wie die Klinik Krankheitserreger mit speziellen Abwehrmechanismen (Resistenzen) systematisch überwacht.



WAS IST MRSA?

Staphylococcus aureus, kurz S. aureus, ist ein Bakterium, das regelmäßig auf der Haut gesunder Menschen gefunden wird. Gelegentlich kann S. aureus jedoch auch in den Körper eindringen und dort Infektionen verursachen. Eine solche Infektion kann harmlos sein (z. B. Pickel und andere Hauterkrankungen) oder lebensbedrohlich (z. B. eine „Blutvergiftung“ oder Lungenentzündung).

Methicillin bzw. Oxacillin sind Antibiotika, die im Allgemeinen sehr wirkungsvoll bei der Behandlung der meisten Staphylokokken-Infektionen sind. Es existieren jedoch einige S. aureus-Stämme, die Abwehrmechanismen gegen Methicillin und Oxacillin entwickelt haben und daher nicht mehr erfolgreich mit diesen Medikamenten behandelt werden können.

Diese widerstandsfähigen (resistenten) Bakterien werden **Methicillin-resistente Staphylococcus aureus** oder **MRSA** genannt.

WAS IST DER UNTERSCHIED ZWISCHEN EINER MRSA-BESIEDLUNG UND DER MRSA-INFEKTION?

- **Besiedlung:** Bakterien sind auf oder im Körper anwesend, ohne eine Krankheit zu verursachen.
- **Infektion:** Bakterien machen die Person krank.

WO WIRD MRSA GEFUNDEN?

Die Bakterien finden sich am häufigsten auf der Schleimhaut im Nasen-Rachenraum und auf der Haut. Mitunter werden sie auch in Wunden, im Blut und im Urin gefunden.

Viele Patienten bringen auf diese Weise MRSA von draußen in das Krankenhaus.

WER IST DURCH MRSA GEFÄHRDET?

MRSA-Infektionen können sich bei Patienten entwickeln, die schon älter oder sehr krank sind, bzw. offene Wunden, vorgeschädigte Haut, einen Blasenkatheter oder Venenkatheter haben.

KANN MRSA AUF ANDERE PATIENTEN ÜBERTRAGEN WERDEN?

MRSA kann insbesondere auf sehr kranke Patienten übertragen werden, deren geschwächtes Abwehrsystem nicht in der Lage ist, die Erreger zu bekämpfen.

MRSA wird fast immer durch körperlichen Kontakt, z. B. über die Hände oder durch nahen Sprechkontakt bei einer Besiedlung des Nasen-Rachenraumes auf andere Personen übertragen.

In den Asklepios Kliniken existiert ein spezielles Hygienemanagement, um eine Verbreitung von MRSA zu verhindern. Dazu gehört in der Regel die separate Unterbringung von Patienten mit MRSA-Nachweis.

KANN MAN MRSA BEHANDELN?

Es gibt einige wenige Antibiotika, die erfolgreich bei der Behandlung von MRSA-Infektionen eingesetzt werden können. Patienten, die nur mit MRSA besiedelt sind, benötigen normalerweise keine Antibiotika-Therapie. Um im Krankenhaus eine Weiterverbreitung auf andere Personen zu verhindern, werden diese Patienten lokal mit keimabtötenden Produkten behandelt.

SCREENING BEI AUFNAHME: ERFOLGT BEI DER AUFNAHME EIN RISIKOBASIERTES SCREENING AUF MRSA?

Um eine Antwort auf diese Frage zu erhalten, wird im Rahmen des Hygiene-Audits geprüft, ob Mitarbeiter, die Patienten aufnehmen, die schriftlichen Regelungen zum Screening auf Krankheitserreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen wie MRSA kennen und ob die Regelungen in der Praxis etabliert sind.

Über Abstriche der Nasenvorhöfe und des Rachens sowie ggf. aus vorhandenen Wunden wird ermittelt, ob MRSA nachgewiesen werden kann. Ein MRSA-Screening erfolgt beispielsweise bei der Aufnahme ins Krankenhaus und bei Patienten,

- die in den zurückliegenden zwölf Monaten länger als drei Tage im Krankenhaus waren,
- dauerhaft pflegebedürftig sind,
- bei denen ein Harnblasenkatheter liegt oder die über eine PEG-Sonde versorgt werden,
- chronische Wunden haben oder
- in den zurückliegenden sechs Monaten eine Antibiotikatherapie erhalten haben.

ÜBERTRAGUNG VERHINDERN DURCH INFORMATION

In den Asklepios Kliniken werden Patienten mit MRSA-Nachweis in der Regel separat untergebracht, um eine Verbreitung von MRSA zu verhindern. Das Zimmer und die Patientenakte werden gesondert gekennzeichnet, sodass die Mitarbeiter auf der Station, aber auch die des Transport- und Reinigungsdienstes sowie die Mitarbeiter in den Untersuchungsbereichen sofort erkennen, dass bei Behandlung und Pflege besondere Schutzmaßnahmen zu ergreifen sind. Allen behandelnden Mitarbeitern muss das Ergebnis eines positiven Screenings also bekannt sein. Außerdem sollen die Patientenakte oder die Röntgenbilder nicht mit in das Patientenzimmer genommen werden. Besucher müssen sich vor Betreten des Krankenzimmers anmelden, um über Schutzmaßnahmen informiert zu werden.

PATIENTEN UND ANGEHÖRIGE INFORMIEREN

Liegt eine schriftliche Informationsbroschüre für Patienten und Angehörige über die korrekten Verhaltensweisen bei MRSA-Nachweis vor? Patienten und Besucher werden hinsichtlich der Übertragungswege und der einzuhaltenden Hygienemaßnahmen unterwiesen.

Ergänzend zur persönlichen Information beantwortet ein Informationsblatt den Patienten, bei denen MRSA nachgewiesen wurde sowie deren Angehörigen, eine der am häufigsten gestellten Fragen: Was geschieht, wenn bei einem Patienten MRSA festgestellt wird?

- Der Patient erhält in der Regel ein Einzelzimmer. Mehrere Patienten mit MRSA-Nachweis können zusammen in einem Zimmer liegen.
- Der Patient darf das Zimmer nicht verlassen, außer z. B. für diagnostische bzw. therapeutische Maßnahmen. Besondere Schutzvorkehrungen sind dann zu berücksichtigen.
- Das Krankenhauspersonal desinfiziert sich vor Betreten des Patientenzimmers die Hände und legt Schutzausrüstung an. Vor Verlassen des Zimmers wird die Schutzausrüstung abgelegt und die Hände müssen wieder desinfiziert werden.
- Nach Anmeldung im Stationsdienstzimmer müssen sich auch Besucher vor Betreten des Patientenzimmers die Hände desinfizieren und einen frischen Schutzkittel, Mund-Nasen-Schutz sowie Einmalhandschuhe anlegen, insbesondere, wenn sie bei der Pflege des Patienten helfen. Vor Verlassen des Zimmers wird die Schutzausrüstung abgelegt und die Hände müssen wieder desinfiziert werden, damit MRSA nicht weiter verbreitet wird.

MRSA BEHANDELN: LIEGT EIN STANDARD ZUR DEKOLONISATION MIT MRSA VOR?

Zur Dekolonisation von MRSA, um die Bakterien zu entfernen, wird eine lokale Behandlung durchgeführt, z. B. mit entsprechender Nasensalbe, keimabtötender Waschlotion usw. Um eine erneute Besiedlung zu vermeiden, müssen immer frische Waschlappen und Handtücher verwendet werden.

Nach dem Waschen ist frische Kleidung anzuziehen und das Bett frisch zu beziehen. Privatwäsche muss bei mindestens 60 Grad gewaschen werden. In bestimmten Abständen werden bei dem Patienten Kontrollabstriche von Nase, Rachen und z. B. Wunden entnommen und auf das Vorhandensein von MRSA überprüft.



AUS FEHLERN LERNEN

CIRS ist die Abkürzung für „**Critical Incident Reporting System**“. Dabei handelt es sich um ein Melde- und Berichtssystem für Fehler und unerwünschte Ereignisse. Ziel ist es, unerwünschte Ereignisse und Beinaheschäden frühzeitig zu erkennen und daraus Maßnahmen zu deren künftiger Vermeidung abzuleiten.

Die komplexer werdende Medizin und die hochgradig spezialisierten Prozesse stellen immer höhere Anforderungen an die Mitarbeiter der Gesundheitsberufe. Dies betrifft insbesondere die Zusammenarbeit, Kommunikation und Informationsweitergabe zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen und Fachbereichen innerhalb eines Krankenhauses. Überall, wo Menschen zusammenarbeiten, passieren Fehler. Ursache ist hierfür selten ein einzelnes Ereignis. In der Regel handelt es sich um eine Verkettung unterschiedlicher Faktoren, die letztendlich zu einem unerwünschten Ereignis oder Schadensfall führen können.

Schon sehr früh hat die Konzerngeschäftsführung von Asklepios eine Entscheidung zur konzernweiten Einführung eines CIRS getroffen. Basis für CIRS ist ein einheitliches Konzept in allen Asklepios Kliniken, das schrittweise umgesetzt wird. Das Vorgehen basiert auf den Handlungsempfehlungen des „Aktionsbündnisses Patientensicherheit“ (APS).

FEHLER VERMEIDEN – VON ANFANG AN

Das CIRS (Critical Incident Reporting System) ist in den letzten Jahren in den Asklepios Kliniken ein unverzichtbarer Standard zur Prävention von Fehlern und unerwünschten Ereignissen geworden. Es trägt maßgeblich zur Steigerung der Patientensicherheit bei. Auch der Gesetzgeber hat die Bedeutung des Systems erkannt und die Etablierung eines klinischen Risikomanagements und eines Fehlermeldesystems zu einer gesetzlichen Vorgabe für ambulante und stationäre Einrichtungen des Gesundheitswesens gemacht. Diese finden sich unter anderem im Patientenrechtegesetz und der neuen Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wieder. Die dort enthaltenen Forderungen werden bei Asklepios bereits heute umgesetzt.

ZAHLEN, DATEN, FAKTEN¹⁾:

6.450-mal wurde von den Mitarbeitern eine Meldung in CIRS abgegeben.

40 Kliniken sind aktiv an das Netzwerk angeschlossen.

In über **250** Meldekreisen setzen sich CIRS-Teams systematisch mit der Analyse und Bearbeitung von gemeldeten Ereignissen auseinander.

Es wurden 4.000 Präventionsmaßnahmen abgeleitet und bis heute **3.470** nachweislich abgeschlossen und umgesetzt.

Der große Nutzen des CIRS-Netzwerkes zur Steigerung der Patientensicherheit ist eindeutig: Hohe Meldezahlen und vor allem die hohe Zahl umgesetzter Präventionsmaßnahmen sprechen für sich.

¹⁾ Asklepios-interne Auswertung CIRS-Netz; Stand 23.9.2015

ASKLEPIOS CIRS-NETZ – ZUGRIFF AUF ERKENNTNISSE IN ANDEREN ASKLEPIOS KLINIKEN

Das Fehlermeldesystem wird zurzeit bereits in 40 Asklepios Einrichtungen angewendet. Über eine Software erfolgt ein regelmäßiges und systematisches Controlling, beispielsweise der Meldezahlen und damit der Nutzung des Systems sowie zur Anzahl der abgeleiteten und umgesetzten Präventionsmaßnahmen.

Um über die Klinikgrenzen hinaus aus den vorliegenden CIRS-Fällen zu lernen, können CIRS-Meldungen im konzernweiten Asklepios CIRS-Netz veröffentlicht werden. In diesem Portal sind die Meldungen dann ohne Nennung des Kliniknamens, aber mit der Zuordnung zu den jeweiligen Fachgebieten, für alle Mitarbeiter

einsehbar. So kann zum Beispiel eine chirurgische Abteilung sehen, welche Themen konzernweit in anderen chirurgischen Abteilungen der Asklepios-Gruppe gemeldet werden und welche Maßnahmen dort ergriffen wurden. So kann das Lernen aus Fehlern auf mehrere Einrichtungen übertragen werden.

Die Kliniken müssen ihre Meldungen zur Veröffentlichung freigeben. Dies setzt voraus, dass die Kultur im Umgang mit Fehlern so weit entwickelt ist, dass es selbstverständlich ist, seine Fehler und die daraus abgeleiteten Lernerfahrungen Anderen zur Verfügung zu stellen.



FEHLER MELDEN

SYSTEMATISCH ERFASSEN

ANALYSIEREN

PRÄVENTIONSMASSNAHMEN ABLEITEN

MASSNAHMEN UMSETZEN

ERGEBNISSE KOMMUNIZIEREN

ERKENNTNISSE VERÖFFENTLICHEN



SAFETY FIRST

Es gibt Fehler, von denen alle Mitarbeiter erfahren müssen, damit eine Wiederholung vermieden werden kann. Daher werden regelmäßig übergreifend relevante Themen vom Konzernbereich Qualität aufgegriffen und mit Unterstützung des „Fachbeirat CIRS“ aufgearbeitet. Mehrmals jährlich werden daraus Sicherheitswarnungen bei Asklepios, die sogenannten „Safety First“-Meldungen erstellt und per Mail an die Mitarbeiter aller Kliniken versendet.

So kann aus CIRS-Meldungen, auch über die Klinikebene hinweg, wertvolles Wissen zur Fehlerprävention vermittelt und der Nutzen von CIRS deutlich gemacht werden.

Diese Safety First-Meldungen enthalten neben einem fachlichen Expertenkommentar eine konkrete Beschreibung der Maßnahmen zur Vermeidung des Ereignisses, die für alle Kliniken relevant ist und in allen betroffenen Bereichen umgesetzt werden kann (Präventionsempfehlung). Ein Beispiel dafür ist das kürzlich konzernweit erschienene Safety First Nr. 6, in dem es um den Transport eines isolationspflichtigen Patienten geht.

Die Safety First-Meldung wurde an alle Mitarbeiter im Konzern versandt. So wurden mit einer Mail 34.255 Mitarbeiter informiert und auf die Gefahrenquelle aufmerksam gemacht. Zugleich werden konkrete Maßnahmen beschrieben, die ein erneutes Auftreten dieser Problematik verhindern sollen.

Hygiene – das zeigt dieses Beispiel, ist wichtiger Baustein der Patientensicherheit. Sie ist zugleich Grundvoraussetzung dafür, Komplikationen im Behandlungsverlauf zu minimieren.

SAFETY FIRST – DER FALL

Über das Asklepios CIRS-Netz konnten gemeldete CIRS-Fälle zum Thema „Unzureichende Information beim Transport isolationspflichtiger Patienten“ erkannt werden.

WAS IST PASSIERT

Ein Patient mit MRSA wurde ohne Schutzmaßnahmen zur Endoskopie gebracht.

Bei Durchsicht der Akte stellte sich heraus, dass seit dem Vortag bekannt war, dass beim Patienten eine MRSA-Besiedlung vorlag. Der Transportdienst wurde weder über die Infektion noch die daraus abzuleitenden Schutzmaßnahmen informiert. Außerdem war der betroffene Mitarbeiter im Transportdienst zu diesem Zeitpunkt neu eingestellt und hatte die Schulung zum Umgang mit isolationspflichtigen Patienten noch nicht absolviert.

Der Patient wurde im laufenden Betrieb zur Untersuchung gebracht. Das Personal der Endoskopie war ebenfalls nicht darüber informiert, dass ein Patient mit MRSA untersucht werden sollte. Erst bei Durchsicht der Patientenakte wurde bemerkt, dass es sich um einen Patienten mit MRSA handelte. Der Patient musste ohne Untersuchung wieder auf Station gebracht werden, da in der Endoskopie kein geeigneter Wartebereich bereitgestellt werden konnte.

EXPERTENKOMMENTAR

Offensichtlich war ein Kommunikationsdefizit die Ursache des nicht hygienegerechten Patiententransports. Daraus abgeleitet wurden grundlegende Anforderungen, wie:

- „Der Weg der Informationsweitergabe ist klar festzulegen.“
- „Alle am Prozess beteiligten Mitarbeiter müssen das Vorgehen zum Transport isolationspflichtiger Patienten kennen.“

Die Einschätzung der Experten mündete schließlich in eine Präventionsempfehlung.

PRÄVENTIONSEMPFEHLUNG (AUSZUG)

Kommunikation und Schulung

Klare Regelung der Informationsweitergabe des Kolonisations- bzw. Infektionsstatus der Patienten.

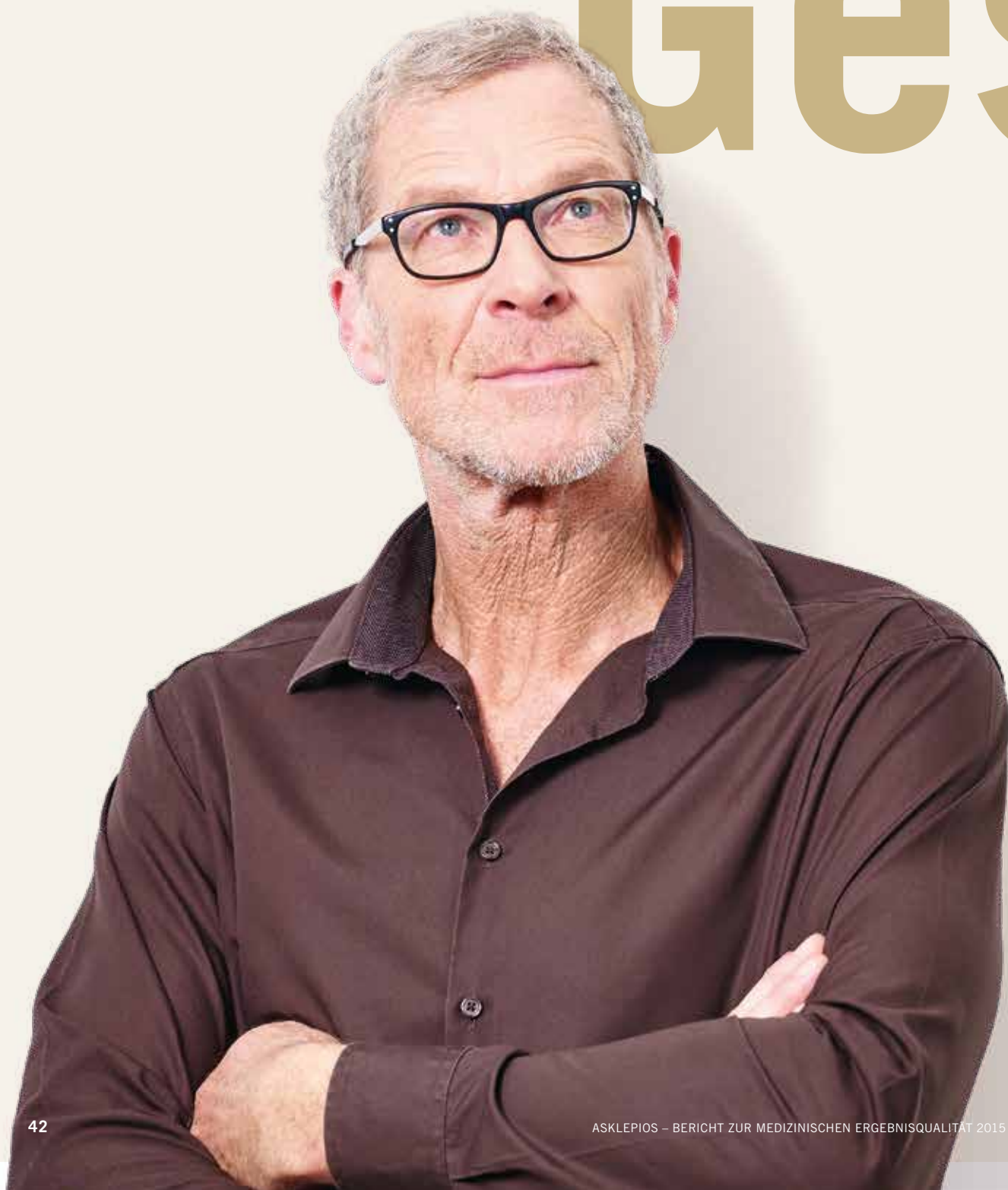
- Konsequente Einhaltung dieser Vorgehensweise durch alle am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeiter.
- Regelmäßige Schulungen des Personals (vor allem auch neue Mitarbeiter) zu der definierten Vorgehensweise sowie Schulung des Transportpersonals. Erst danach sollte der Mitarbeiter des Transportdienstes für entsprechende Transporte eingesetzt werden.
- Information des Transportdienstmitarbeiters über die hygiene-relevanten Maßnahmen seitens des Stationspersonals vor jedem Transport.

Hygienerrelevante Maßnahmen beim Transport von Patienten mit MRSA

- Strenge Indikationsstellung für Transporte zu diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen.
- Ausziehen der persönlichen Schutzausrüstung nach Umlagerung des Patienten vor Verlassen des Patientenzimmers bzw. der Schleuse.
- Möglichen Kontakt mit erregerhaltigem Material oder kontaminierten Gegenständen vermeiden.
- Durchführung der Transporte zu Behandlungs- bzw. Untersuchungsmaßnahmen wenn möglich am Ende des Tagesprogramms.
- Wartezeiten für den Patienten und Kontakt zu anderen Patienten sind zu vermeiden.
- Die Patientenakte ist grundsätzlich nicht im Bett oder auf der Trage zu transportieren. Bevorzugt sollte eine geeignete Transporthalterung verwendet werden.



st meine Ges



undheit in guten Händen?



Unser Versprechen

» Unser Ziel ist es, unseren Patienten die höchstmögliche Behandlungsqualität anzubieten. Dafür engagieren wir uns jeden Tag: bei Untersuchungen, bei der Behandlung und der Betreuung. Außerdem prüfen wir unsere Ergebnisse rund um den Behandlungserfolg regelmäßig und kritisch. Damit wir für Sie (noch) besser werden! «

*Jamie Lee Papusch,
Medizinische Fachangestellte*

RISIKEN MINIMIEREN – BEHANDLUNGSERFOLG SICHERN

Als Patient möchte ich mich im Krankenhaus sicher fühlen und erfolgreich behandelt werden – wir bei Asklepios sehen genau dies als unsere zentrale Aufgabe. Aus diesem Grund setzen wir uns intensiv mit der medizinischen Qualität unserer Behandlungen auseinander und stellen die Ergebnisse offen dar.

Eine Untersuchung soll uns Klarheit darüber bringen, was uns fehlt. Wir erhoffen uns einen Behandlungserfolg, wünschen uns nach dem Einsetzen eines Gelenkes wieder beweglich zu sein, vertrauen auf eine Reduktion von Schmerzen und eine schmerzarme Behandlung. Wir möchten nach einer Lungenentzündung wieder frei durchatmen können oder wünschen uns, dass sich das Herzrasen nach dem Einsetzen eines Herzschrittmachers bessert und sich die körperliche Leistungsfähigkeit wieder einstellt.

Spätestens im Aufklärungsgespräch mit dem Arzt wird deutlich, dass insbesondere operative Eingriffe mit Risiken verbunden sind. Je komplexer der Eingriff, desto häufiger und schwerwiegender sind die Risiken. Doch auch ein kleiner Eingriff ist mit Risiken behaftet – auch wenn diese nur sehr selten eintreten. Risiken sind auch im Alter, den Lebensumständen und den Begleiterkrankungen eines Patienten begründet: So ist das Risiko, nach dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenkes zu versterben, für einen 85-jährigen Patienten, der verschiedene Begleiterkrankungen hat, gegenüber einem gesunden 55-jährigen Patienten erhöht. Patienten, bei denen beide Halsschlagadern deutlich verengt sind, haben ein höheres Risiko, während der Halsschlagaderoperation einen Schlaganfall zu erleiden, als ein Patient, bei dem nur eine Halsschlagader verengt ist.

Selbstverständlich gibt es auch Risiken, die mit dem Eingriff selbst verbunden sind. Diese sind für den Patienten – neben der Kenntnis der persönlichen Risikofaktoren – von besonderem Interesse. Natürlich hofft jeder, dass die vom behandelnden Arzt erläuterten möglichen Risiken nicht eintreten und der Eingriff komplikationslos verläuft. Für die persönliche Abwägung „Operation ja oder nein“ ist es notwendig, mögliche Risiken zu kennen. Was für Komplikationen können durch den Eingriff selbst entstehen? Wie häufig treten derartige Komplikationen auf? Welche Folgen für den Heilungsprozess haben sie – dies sind einige der Fragen, die sich aufdrängen.

Am Beispiel einiger chirurgischer Eingriffe, von einem eher kleinen Eingriff, wie dem Einsetzen eines Herzschrittmachers, bis zu einer großen Operation, wie dem Einsetzen eines künstlichen Gelenkes, informieren wir auf den folgenden Seiten über mögliche Risiken und Komplikationen und über die Häufigkeit ihres Auftretens in den Asklepios Kliniken.



EINSETZEN UND WECHSELN VON HERZSCHRITTMACHERN UND DEFIBRILLATOREN

Hauptursachen von erworbenen Herzrhythmusstörungen sind die Verengung der Herzkranzgefäße und der Herzinfarkt. Ein Herzklappenfehler, eine Entzündung des Herzmuskels (Myokarditis), Stress, Medikamente, Alkoholkonsum oder eine Überfunktion der Schilddrüse können ebenfalls eine Herzrhythmusstörung auslösen.

Herzschrittmachersysteme und Defibrillatoren sind in der Lage, regelmäßige Impulse zu geben und damit den Takt des Herzens zu regulieren bzw. zu korrigieren.

Ein Herzschrittmacher oder Defibrillator besteht im Wesentlichen aus zwei Komponenten, der Elektronik (Aggregat) mit Batterie und den Elektroden (Sonden). Das Aggregat registriert ständig die Herz-tätigkeit. Bei verlangsamter oder zu schneller Herz-tätigkeit werden über die Sonden elektrische Impulse an das Herz abgegeben.

Das Einsetzen eines Herzschrittmachers oder Defibrillators ist ein kleinerer chirurgischer Eingriff. In der Regel handelt es sich um einen geplanten Eingriff, der unter örtlicher Betäubung durchgeführt wird. Trotz sorgfältiger Vorgehensweise kann es auch bei kleinen Operationen zu Komplikationen kommen. Sie sind jedoch sehr selten. Dennoch sollte ein Schrittmacherträger die wichtigsten möglichen Komplikationen und deren Anzeichen erkennen.

RISIKEN BEI SCHRITTMACHER-EINGRIFFEN

Beim Einsetzen eines Schrittmachersystems oder eines Defibrillators können **chirurgische Komplikationen** auftreten:

- Wenn beim Einsetzen des Aggregats oder der Sonden der Brustkorb verletzt wird, kann Luft in den schmalen Bereich zwischen Brustfell und Lungenfell gelangen (**Pneumothorax**). Minimale Luftmengen werden vom Patienten kaum bemerkt. Bei einer größeren Luftansammlung wird die Ausdehnung eines oder beider Lungenflügel behindert. Die Atmung ist erschwert und es kommt zu einer Einschränkung der Lungen- und Herz-Kreislauf-Funktion. Ein Pneumothorax kann nicht nur während des Eingriffs, sondern auch bis zu 48 Stunden später auftreten.
- Eine ähnliche Wirkung hat eine Blutansammlung in der Brusthöhle (**Hämatothorax**). Für den Betroffenen macht sich ein Hämatothorax durch starke Schmerzen und Atemnot bemerkbar. Sichtbar wird diese Komplikation auch durch eine zunehmende bläuliche Verfärbung der Haut und Schleimhäute. Die Blutansammlung entsteht nach einer Verletzung von Herz oder Lunge. Das angesammelte Blut kann über eine Drainage (Thoraxdrainage) abgeleitet werden. Wenn eine sehr große Blutung besteht, muss erneut operiert werden. Dabei wird das verletzte Gefäß verschlossen.
- Nach dem Einsetzen eines Herzschrittmachers oder Defibrillators kann sich im Herzbeutel Flüssigkeit ansammeln (**Perikarderguss**). Wenn sich so viel Flüssigkeit im Herzbeutel ansammelt, dass der Herzmuskel nur noch ungenügend mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt werden kann, besteht für den betroffenen Patienten Lebensgefahr.

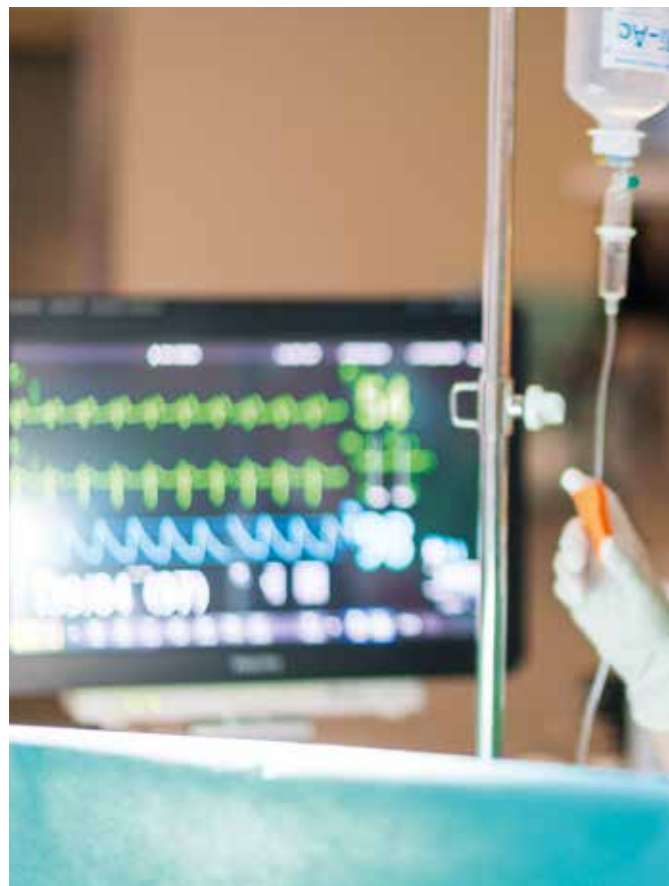
Nach dem Einsetzen eines Herzschrittmachers können weitere Komplikationen auftreten. Die Operationswunde kann sich entzünden, es können Fehlfunktionen auftreten oder die im Herzen platzierten Sonden verrutschen:

- Infektionen der Wunde stellen eine seltene, aber ernste Komplikation beim Einsetzen oder Wechseln eines Schrittmacher- oder Defibrillator-Systems dar. Die Infektion kann die Aggregattasche und/oder die Sonden betreffen. Vor jedem operativen Eingriff werden umfangreiche Maßnahmen zur Vermeidung von **Wundinfektionen** ergriffen, zum Beispiel durch die Gabe von Antibiotika.
- In der Regel wird das Aggregat des Herzschrittmachers oder Defibrillators im Brustbereich unter der Haut platziert. Zur Aufnahme des Aggregats wird eine Tasche gebildet. Eine Ansammlung von Blut in dem Bereich der Brustmuskulatur, in die der Schrittmacher eingebettet wurde, wird als **Taschenhämatom** bezeichnet. Wenn im Bereich des Aggregats Schwellungen auftreten, sollten Sie ärztlichen Rat einholen. Bildet sich die Blutansammlung nicht von selbst zurück, ist eine Punktion erforderlich. Dabei wird das angesammelte Blut entfernt. Unter Umständen ist eine Operation notwendig.

Die Sonden können aus ihrer Position im Vorhof oder in der Herzkammer verrutschen (**Sondendislokation**). Wenn das Herzschrittmachersystem bzw. der Defibrillator Signale wahrnimmt, die eigentlich nicht wahrgenommen werden sollten, liegt eine Fehlfunktion, ein Wahrnehmungsfehler, vor. Eine Fehlfunktion besteht auch, wenn Signale, die eigentlich wahrgenommen werden sollten, nicht erkannt werden.

Tritt eine Fehlfunktion des Herzschrittmachers/Defibrillators auf oder rutscht eine Sonde aus der ursprünglichen Position im Herzen heraus, muss die Funktionalität des Systems wiederhergestellt werden. Dies geschieht in der Regel durch einen Folgeeingriff. Häufige Folgeeingriffe können auf Probleme bei der Erstoperation hinweisen.

Auch wenn auftretende Komplikationen keinen erneuten Eingriff erfordern, können die Auswirkungen auf die betroffenen Patienten erheblich sein: Der Heilungsprozess verzögert sich. Der Krankenhausaufenthalt wird verlängert. Häufig müssen die Betroffenen zusätzlich Medikamente einnehmen. Auch psychisch stellen diese Komplikationen für den Patienten eine Belastung dar.



KOMPLIKATIONEN SIND SELTEN

Bei **7** von **3.265** Implantationen eines Herzschrittmachers bzw. Defibrillators ist es im Jahr 2014 zu einem Pneumothorax gekommen (**0,21%**).

Bei **5** von **3.265** Patienten, die einen Herzschrittmacher bzw. Defibrillator eingesetzt bzw. ausgetauscht bekamen, ist ein behandlungsbedürftiger Perikarderguss entstanden (**0,15%**).

Bei **1** von **3.265** Patienten, denen erstmals ein Herzschrittmacher bzw. Defibrillator eingesetzt wurde, hat sich die Wunde entzündet (**0,03%**). Hierbei handelte es sich um eine oberflächliche Wundinfektion.

Bei **2** von **2.959** Patienten, denen ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, war eine vermutete Fehlfunktion des Schrittmachers Ursache für einen Folgeeingriff (**0,07%**).

Bei **52** von **2.950** Patienten, denen ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Aggregat ausgetauscht wurde, ist es mehr als ein Jahr nach der Implantation ein Folgeeingriff erforderlich gewesen (**0,17%**).



Weitere Informationen
finden Sie ab Seite 92



OPERATIONEN AN DER HALSSCHLAGADER (KAROTIS-REVASKULARISATION)

Häufigste Erkrankung der Halsschlagader ist eine Verengung (Karotisstenose). Die Verengung wird durch Ablagerungen an der Gefäßwand hervorgerufen. Die Verengung kann sich über viele Jahre langsam entwickeln und über lange Zeit ohne Symptome bleiben. Wenn die Erkrankung jedoch weiter voranschreitet, wird die Halsschlagader zunehmend enger, der Stenosegrad steigt. Bei einer hochgradigen Verengung der Halsschlagader können dann vorübergehende Ausfallerscheinungen, wie beispielsweise eine kurzzeitige Lähmung eines Armes oder Beines, Sprachstörungen oder Sehstörungen auftreten. Die Mangeldurchblutung des Gehirns oder das Lösen von Ablagerungen aus der verkalkten Gefäßwand führen häufig zum Schlaganfall.

Um dem Risiko eines Schlaganfalls vorzubeugen, kann die Verengung operativ entfernt werden. Bei einem offenen chirurgischen Eingriff werden die Ablagerungen aus dem Blutgefäß entfernt. Die erkrankte Arterie wird wiederhergestellt (Karotis-Rekonstruktion). Alternativ erfolgt eine Aufdehnung der Halsschlagader, bei der ein Stent eingesetzt wird (kathetergestützter Eingriff). Patienten, deren Halsschlagaderverengung durch eine Operation (offen-chirurgisch oder kathetergestützt) beseitigt werden kann, erleiden in der Regel wesentlich seltener einen Schlaganfall als Patienten, die nur Medikamente zur Verbesserung der Durchblutung erhalten.

100 %

leitliniengerechte Indikationsstellung bei einer Verengung der Halsschlagader mit Symptomen

Wenn sich im Laufe der Operation kleine Kalkablagerungen lösen, kann es während des Eingriffs zu einem Schlaganfall kommen. Deshalb muss bei der Entscheidung zur Operation (Indikationsstellung) eine sorgfältige Abwägung zwischen dem Risiko der Operation und dem Risiko eines möglichen Schlaganfalls ohne Operation erfolgen.

Das Risiko, während einer Operation an der Halsschlagader einen Schlaganfall zu erleiden, wird u. a. durch die Qualität der durchgeführten Therapie beeinflusst. Darüber hinaus spielen patientenbezogene Risikofaktoren wie beispielsweise das Alter, der Grad der Verengung oder der körperliche Zustand eine Rolle.

RISIKOAJUSTIERUNG: ERGEBNISSE VERGLEICHBAR 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. Die tatsächlich auftretende Komplikationsrate (beobachtete Rate, O) kann von der erwarteten Rate (E) abweichen. Idealerweise sollte die beobachtete Rate der erwarteten Rate entsprechen bzw. sogar darunter liegen (kleiner 1). Dieses Vorgehen wird als Risikoadjustierung bezeichnet. Kaum ein Ergebnis spiegelt die Qualität der Behandlung so eindeutig wider wie risikoadjustierte Indikatoren.

1,21%

der Patienten, deren rechte Halsschlagader zu mehr als 80 Prozent verengt war und bei denen diese Verengung kathetergestützt aufgedehnt wurde, sind verstorben.



Weitere Informationen
finden Sie ab Seite 68

RISIKOAJUSTIERUNG KONKRET: KOMPLIKATIONEN BEI KATHETER- GESTÜTZTEN EINGRIFFEN AN DER HALSSCHLAGADER

Bei **247** Patienten, bei denen die Verengung der Halsschlagader zu Beschwerden führte (symptomatische Karotisstenose), wurde im Jahr 2014 in den Asklepios Kliniken eine kathetergestützte Halsschlagaderoperation durchgeführt.

Ermittelt wird zunächst, bei wie vielen Patienten aufgrund der Fallschwere Komplikationen während des kathetergestützten Eingriffs (periprozedural) zu erwarten sind. Dabei wird neben dem Alter auch berücksichtigt, ob die Verengung eine oder beide Halsschlagadern betrifft und die Stenose Beschwerden verursacht. Berücksichtigt wird außerdem, ob es sich um einen geplanten (elektiven) Eingriff oder einen Notfall handelt. Über Risikoklassen wird das Risiko, während und um die Operation herum Komplikationen zu erleiden, eingeschätzt. Aus dieser Betrachtung ergibt sich, dass bei **8** von **247** behandelten Patienten mit Komplikationen zu rechnen ist (**3,38%**).

Diesem erwarteten Wert werden die tatsächlich aufgetretenen Komplikationen gegenübergestellt. **7** Patienten waren von periprozeduralen Komplikationen betroffen (**2,83%**). Damit sind weniger Patienten von dieser Komplikation betroffen, als zu erwarten wäre (**0,84**).



2,51%

der Patienten, denen die Gallenblase entfernt wurde, waren von allgemeinen postoperativen Komplikationen betroffen.

ENTFERNUNG DER GALLENBLASE

Durch Gallensteine verursachte Erkrankungen der Gallenblase gehören in Europa zu den häufigsten Erkrankungen. Frauen sind stärker betroffen als Männer, hierbei spielen die Geschlechtshormone eine wichtige Rolle. Übergewicht stellt einen weiteren Risikofaktor für die Entstehung von Gallensteinen dar. Durch die Steine kann der Abfluss der Gallenflüssigkeit aus der Gallenblase behindert werden, was kolikartige Schmerzen im Oberbauch auslöst.

Häufig werden Gallensteine eher zufällig, bei einer Routineuntersuchung, entdeckt. Die Behandlung richtet sich insbesondere danach, ob die Gallensteine Beschwerden verursachen, wie stark diese sind und danach, wo die Steine liegen (Gallenblase oder Gallengang).

Allein mit der Entfernung oder Auflösung der Steine ist in der Regel kein andauernder Behandlungserfolg zu erreichen. Häufig bilden sich die Steine neu. Die Bildung von Gallensteinen kann nur verhindert werden, wenn die Gallenblase, das Organ, in dem die Steine entstehen, entfernt wird.

Eine Operation der Gallenblase kann offen-chirurgisch, durch Öffnung der Bauchhöhle oder laparoskopisch durchgeführt werden. Während der Operation kann es zu Komplikationen, wie beispielsweise unbeabsichtigten Verletzungen der Gallengänge oder einem Verschluss des Gallenganges, kommen.

Auch nach der Operation können Komplikationen auftreten. Unter „allgemeinen Komplikationen“ werden Komplikationen des Herzkreislauf-Systems, Lungenentzündungen, Durchblutungsstörungen der Beine und Harnwegsinfektionen zusammengefasst.

Wenn Komplikationen auftreten, ist unter Umständen ein Folgeeingriff erforderlich. Gründe für eine Reoperation sind beispielsweise verlassene Gallengangsteine, Verletzungen des Gallenganges, Blutungen und Entzündungen.

KOMPLIKATIONSARME ENTFERNUNG DER GALLENBLASE

Nach einer Operation mit der Schlüssellochchirurgie (laparoskopische Operation) sind nur selten allgemeine postoperative Komplikationen aufgetreten. Angegeben sind die Anzahl der betroffenen Patienten und das Ergebnis:

0 von **4.271** Patienten (**0,00%**)
Lungenembolien

1 von **4.271** Patienten (**0,02%**)
Tiefe Bein-/Becken-Thrombosen

5 von **4.271** Patienten (**0,12%**)
Harnwegsinfekte

21 von **4.271** Patienten (**0,49%**)
Lungenentzündungen (Pneumonie)

31 von **4.271** Patienten (**0,73%**)
Komplikationen des Herz-Kreislauf-Systems



Weitere Informationen
finden Sie ab Seite 88



0,12 %

der Patienten, denen in den Asklepios Kliniken ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, erlitten eine Wundinfektion.

EINSETZEN UND WECHSELN KÜNSTLICHER HÜFT- UND KNIEGELENKE

Ziel des künstlichen Gelenkersatzes ist es, die Funktion der Hüfte oder des Knies wiederherzustellen. Die Patienten sollen wieder sicher und ohne Schmerzen gehen können. Operationsbedingte Einschränkungen des Gehens, wie Gangauffälligkeiten und Schmerzen, sollten möglichst wenig auftreten. Ob dies gelingt, hängt neben der Operationstechnik auch vom Alter und der Verfassung der Patienten sowie der frühzeitigen Mobilisierung durch den Physiotherapeuten ab.

Das Einsetzen künstlicher Hüft- und Kniegelenke ist in der Regel ein geplanter Eingriff. Die Durchführung ist Routine. Doch auch bei häufig durchgeführten Routineoperationen lassen sich Risiken nie ganz vermeiden.

Verletzungen der Gefäße während der Operation oder Beeinträchtigungen der Blutgerinnung können zu Blutungskomplikationen wie Wundhämatomen oder Nachblutungen führen.

Bei der operativen Entfernung der Gelenkkapsel von Hüft- oder Kniegelenken können Gefäßverletzungen (Läsionen) oder Nervenschäden entstehen. Mögliche Folgen einer Gefäßverletzung sind Blutungskomplikationen oder Durchblutungsstörungen (Ischämien), die den Patienten beeinträchtigen können. Vorübergehende Nervenschäden nach dem Einsetzen oder dem 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.

Nach jeder Operation kann sich die Wunde entzünden. Durch den Einsatz von Fremdmaterialien, wie eines künstlichen Hüft- oder Kniegelenkes, erhöht sich das Risiko einer Wundinfektion. Das Infektionsrisiko wird durch eine Antibiotikaprophylaxe während und um die Operation herum, aber auch durch keimfreies Operieren und diszipliniertes Verhalten im Operationssaal minimiert.

Neben spezifischen Komplikationen wie Wundinfektionen können nach der Operation weitere sogenannte allgemeine postoperative Komplikationen auftreten. Dazu zählen beispielsweise die tiefen Beinvenenthrombosen, Blutgerinnsel, die die tieferliegenden Venen des Beines verstopfen. Diese Blutgerinnsel können sich ablösen, durch das Herz in die Lunge gelangen und die Blutgefäße in der Lunge verschließen (Lungenembolie).

Der Gelenkersatz soll eine Verbesserung der Lebensqualität bewirken. Dies gelingt nur, wenn das Implantat richtig liegt und sich die Lage der Prothese auch nach der Operation nicht verändert (Dislokation). Ein Bruch des Knochens (Fraktur) soll sowohl während, als auch nach der Operation nicht auftreten.



STÜRZE VERMEIDEN – UMSETZUNG DES EXPERTENSTANDARDS ZUR STURZPRÄVENTION

Patienten, die nach dem Einsetzen eines künstliches Hüft- oder Kniegelenkes das Gehen neu lernen müssen, sind besonders gefährdet zu stürzen. Schmerzhaft Prellungen, Verstauchungen oder Wunden können die Folge sein. Stürze können auch zu einem erneuten Bruch (Fraktur) oder der Luxation (Auskugelung) des eingesetzten Hüftgelenkes führen. Das hat für die Betroffenen erhebliche Konsequenzen: Es verlängert die Heilung und den Krankenhausaufenthalt. Zugleich geht das Vertrauen in die eigene Beweglichkeit und Selbstständigkeit verloren.

Deshalb wird bei jedem Patienten das Sturzrisiko eingeschätzt. Individuell angepasst auf die Situation des Betroffenen werden Maßnahmen zum Schutz vor einem Sturz ergriffen. Dazu zählen Übungen zur Verbesserung der Kraft und Balance oder Gehübungen. Auch die sichere Anwendung von Gehhilfen will gelernt sein. Die betroffenen Patienten werden informiert und beraten – beispielsweise zum geeigneten Schuhwerk oder zur korrekten Anwendung von Stützhilfen. Die Umgebung, das Krankenzimmer, das Bad oder der Stationsflur müssen so gestaltet sein, dass Stürze vermieden werden.

Im Rahmen des Internetportals Qualitätskliniken.de geben die Asklepios Kliniken Auskunft darüber, ob die Anzahl der Stürze erfasst, eine Einschätzung des Sturzrisikos sowie eine Ableitung von Maßnahmen erfolgt und dokumentiert wird. Dies ist im Mittel in 97 Prozent der Asklepios Kliniken der Fall.

Die hier beschriebenen Komplikationen können ggf. eine Folgeoperation, eine Re-Intervention, erforderlich machen. Da dies für die Patienten belastend ist, sollten Folgeoperationen die absolute Ausnahme darstellen.

0,74 %

der Patienten, die in einer Asklepios Klinik ein neues Kniegelenk eingesetzt bekamen, mussten sich einem Folgeingriff unterziehen.

WUNDINFEKTIONEN VERMEIDEN

Eine Wundinfektion entsteht dadurch, dass Mikroorganismen in eine Wunde eindringen. Die Entzündungszeichen können sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. Sie reichen von einer leichten Rötung über eine Schwellung bis hin zu Unwohlsein, Fieber bzw. Schüttelfrost und Schmerzen.

Bei Vorliegen eines Wundinfektes wird ein Abstrich von der Wunde gemacht, um im Labor den Erreger zu bestimmen, der diese Infektion verursacht hat. So kann eine notwendige antibiotische Therapie gezielt gegen den Erreger gerichtet werden. Dieses Vorgehen ist wichtig, da es inzwischen einige Erreger gibt, die resistent oder multiresistent sind. Das bedeutet, dass diese Erreger, wenn ein ungeeignetes Antibiotikum eingesetzt wird, nicht erfasst und abgetötet oder im Wachstum behindert werden.

RISIKOFAKTOREN

Das Risiko, dass sich die Wunde nach der Operation entzündet, wird von einer Reihe von Faktoren beeinflusst. Zu unterscheiden ist zwischen patienteneigenen Faktoren, die sich nur bedingt beeinflussen lassen und Faktoren, die in der Behandlung, vor, während und nach einem Eingriff, begründet sind.

- Zu den patientenbezogenen Risikofaktoren zählen beispielsweise Vorerkrankungen wie die Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) oder bereits bestehende Infektionen an einer anderen Körperstelle. Auch mangelernährte oder stark übergewichtige Patienten und Raucher sind gefährdet. Dies gilt auch für an Krebs erkrankte Patienten.
- Risikofaktoren, die durch Maßnahmen rund um die Operation bedingt sind, sind beispielsweise ein längerer Krankenhausaufenthalt vor dem Eingriff, ein verzögerter Operations-Zeitpunkt bei Verletzungen, eine unsachgemäße Hautreinigung oder -desinfektion oder eine unzureichende Antibiotikaphylaxe.
- Auch die Operation selbst beeinflusst das Risiko, dass sich die Wunde entzündet. Operationsspezifische Faktoren sind zum Beispiel die Dauer des Eingriffs oder die gewählte Operationstechnik. Auch die Art des Eingriffs, ob es sich um einen Notfall oder eine geplante Operation handelt, hat Einfluss auf das Risiko einer Wundinfektion. In den Körper eingebrachte „Fremdkörper“, wie ein künstliches Gelenk, erhöhen die Gefahr einer Entzündung.
- Durch ein sachgemäßes Vorgehen nach der Operation, dem Umgang mit einer Drainage oder dem Vorgehen bei der Versorgung der Wunde, lässt sich das Risiko einer Wundinfektion vermindern.



MASSNAHMEN ZUR VERMEIDUNG VON WUNDINFEKTIONEN

Krankenhäuser können ein ganzes Bündel von Maßnahmen ergreifen, um einer Wundinfektion vorzubeugen. Maßnahmen zur Vermeidung von Infektionen sind Standard – auch in den Asklepios Kliniken. Hier einige Beispiele:

- Durch eine adäquate Antibiotikagabe um die Operation herum wird das Risiko einer Wundinfektion reduziert. Im Operationssaal erfolgt eine gründliche Desinfektion der Haut im Operationsgebiet. Das Operationsgebiet wird steril abgedeckt, damit keine Erreger hineingelangen.
- Eine chirurgische Händedesinfektion und das Anlegen steriler Operationshandschuhe senken das Risiko, dass Keime in die Wunde gelangen. Auch eine sterile Bereichskleidung des Operationspersonals trägt zur Keimreduktion bei.
- Es werden sterile Medizinprodukte, wie beispielsweise Operationsbesteck, Nahtmaterial und Prothesen verwendet.
- Die Dauer der Operation wird so kurz wie möglich gehalten.

WUNDINFEKTIONEN NACH DEM EINSETZEN EINES KÜNSTLICHEN KnieGELENKES:

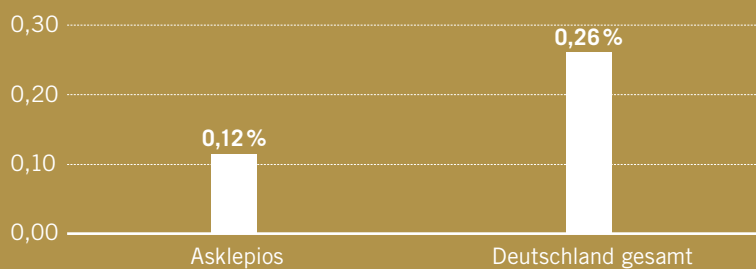
Im Jahr 2014 wurden in allen Krankenhäusern in Deutschland 130.802 künstliche Kniegelenke eingesetzt. **4.864** dieser künstlichen Kniegelenke wurden in einer Asklepios Klinik eingesetzt. Das entspricht rund **4%** aller Operationen dieses Typs in Deutschland.

Bundesweit kam es bei insgesamt **342** aller Fälle (**0,26%**) zu einer postoperativen Wundinfektion. In den Asklepios Kliniken ist im gleichen Zeitraum in lediglich **6** Fällen (**0,12%**) eine postoperative Wundinfektion aufgetreten.

EINSETZEN KÜNSTLICHER KnieGELENKE (ANZAHL DER OPERATIONEN 2014 IN DEUTSCHLAND)



WUNDINFEKTIONEN BEIM EINSETZEN KÜNSTLICHER KnieGELENKE



Weitere Informationen
finden Sie ab Seite 108

Dürfen. Familie &



Freunde
mich
besuchen?
kommen



Unser Versprechen

» Wir nehmen Ihre Anliegen ernst. Unabhängig davon, ob uns Ihre Anregungen in Form einer Beschwerde, im Rahmen einer Befragung oder im persönlichen Gespräch erreichen. Unabhängig von Ihrem kulturellen Hintergrund. Durch guten Service, eine reibungslose Organisation und individuelle Betreuung möchten wir Ihnen den Aufenthalt so angenehm wie möglich gestalten. Damit Sie sich auf das konzentrieren können, was am Wichtigsten ist: Ihre Genesung. «

*Ina Oetzmann,
Gesundheits- und Krankenpflegerin, Pain Nurse*

VIELFÄLTIGE ANGEBOTE ZUR STEIGERUNG DER ZUFRIEDENHEIT

Patienten kommen für eine medizinische Untersuchung und Behandlung ins Krankenhaus. Ihr Hauptanliegen: Genesung. Das „Drumherum“, die Gestaltung des Krankenhausalltags, der Umgang der Mitarbeiter mit Ihnen, die Ausstattung und Rückzugsmöglichkeiten, aber auch die Akzeptanz Ihrer Vorstellungen und Werte, tragen mit dazu bei, dieses Ziel zu erreichen.

Deshalb sind Ihr Lob und Ihre Kritik sehr wertvoll für uns. Wir greifen diese Anregungen auf. Mit verschiedenen Maßnahmen versuchen wir, Ihnen den Krankenhausaufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten.

„Ein Krankenhausaufenthalt ist eine ungewollte Ausnahmesituation. Im Alltag kann ich selbst bestimmen, wann ich was mache, wohin ich gehe, wann ich esse und ruhe. Im Krankenhaus bin ich an die dortigen Abläufe gebunden. Andere geben den Takt vor.“

Wir werden früh geweckt und dann dauert es noch einige Zeit bis zum Frühstück.

Ich habe Mitpatienten im Zimmer, die ich mir nicht aussuchen konnte. Und kaum haben wir uns aneinander gewöhnt, kommt jemand Neues. Bei meiner Mitpatientin kommt die ganze Familie zu Besuch. Den ganzen Nachmittag sitzen sie um ihr Bett und reden laut miteinander. Rücksichtslos: Wie soll ich mich da ausruhen?

Manchmal habe ich den Eindruck, ich bin ein Störenfried, der zusätzliche Arbeit verursacht. Sehen die Ärzte und Pflegekräfte nicht wie schlecht es mir geht und wie sehr ich mich über ein aufmunterndes Wort und ein wenig Zeit freuen würde? Ich bin doch mehr als ein Fall oder eine Nummer.“

Ein Krankenhausaufenthalt, das zeigt dieses Beispiel, ist so viel mehr als die eigentliche medizinische Behandlung. In Ermangelung einer objektiven Einschätzung der Behandlungsqualität werden, quasi als Ersatz, Kriterien, wie Serviceleistungen, Besuchsregelungen, die Ausstattung, Orientierungshilfen bei der Suche nach der Cafeteria und die Einschätzung, wie auf die eigenen Bedürfnisse eingegangen wird, herangezogen.

Wir möchten Ihren Erwartungen und Ansprüchen, soweit wie möglich, auch in den nicht-medizinischen Belangen gerecht werden. Daher haben wir Strukturen geschaffen, die es ermöglichen, Ihr Lob und Ihre Kritik aufzunehmen. Wir arbeiten kontinuierlich an einer weiteren Verbesserung der Ausstattung, um Ihnen den Aufenthalt so angenehm wie möglich zu machen. Wir nehmen Ihr Lob und Ihre Kritik auf und setzen Ihre Anregungen zur Hygiene, zur Sicherheit oder auch zur Speiserversorgung klinikindividuell mit verschiedenen Aktivitäten und Projekten um.



MEINUNGSMANAGEMENT & PATIENTENBEFRAGUNG UND EINWEISERBEFRAGUNG

Obwohl wir uns stets bemühen, Ihnen und Ihren Wünschen gerecht zu werden, können Situationen entstehen, die zu Unstimmigkeiten führen. Lob und Kritik zu äußern ist nicht nur Ihr gutes Recht sondern auch gewünscht! Um Ihre Meinung zu erfahren, erhalten Sie einen Fragebogen oder eine Meinungskarte bzw. stehen unsere verantwortlichen Mitarbeiter für ein persönliches Gespräch gerne bereit.

Kritik macht uns auf Probleme in der Organisation, im Behandlungsablauf oder in der Kommunikation aufmerksam und hilft uns, Arbeitsabläufe zu verbessern und Schwachstellen zu beheben.

Scheuen Sie sich daher nicht, sich mit unseren Mitarbeitern des **Meinungsmanagements** in Verbindung zu setzen. Ihre Meinung, Ihre Anregung, Ihre Beschwerde oder Ihr Lob helfen uns, den Service für unsere Patienten nachhaltig zu verbessern. Ihre Zufriedenheit ist uns wichtig.

Wir erfüllen die Vorgaben des Patientenrechtegesetzes vom Februar 2013, das Krankenhäuser verpflichtet, ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement durchzuführen. Jede Asklepios Klinik

- verfügt über ein Beschwerdemanagement,
- informiert ihre Patienten über die Beschwerdemöglichkeit,
- bearbeitet die eingehenden Beschwerden zügig und transparent,
- unterrichtet die Beschwerdeführer über das Ergebnis der Prüfung und die aus der Beschwerde ggf. gezogenen Konsequenzen.

Nur wer weiß, was seine Patienten sich wünschen, kann aus Erfahrungen lernen, seine Qualität verbessern und damit die Zufriedenheit steigern. Daher wird das Beschwerdemanagement in den Asklepios Kliniken um **Patientenbefragungen** ergänzt. Die Ergebnisse sind klinikbezogen im Internetportal Qualitätskliniken.de abgebildet.

Seit dem Jahr 2010 werden Patienten freiwillig und anonym, im Auftrag der Asklepios Kliniken, aber durch ein externes Institut, mit einem Standardfragebogen um ihre Einschätzung gebeten. Im Mittelpunkt stehen beispielweise Fragen wie:

- Wie beurteilen Sie die medizinische Betreuung durch die Ärzte/ die fachliche Betreuung durch das Pflegepersonal?
- War jemand erreichbar, wenn Sie Hilfe vom Pflegepersonal brauchten?
- Wie gut war das Aufnahmeverfahren des Krankenhauses organisiert?
- Mussten Sie bei Untersuchungen unangenehm lange warten?
- Wie beurteilen Sie rückblickend den Zeitpunkt Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus?

Auch die einweisenden Ärzte werden um eine Einschätzung gebeten. Hier liegt der Fokus auf Fragen der Zufriedenheit mit dem medizinischen Ergebnis, der Zusammenarbeit, wie zum Beispiel der Erreichbarkeit eines ärztlichen Ansprechpartners in der Klinik, und der Organisation, wie beispielsweise der Wartezeit auf einen Aufnahmetermin oder die Information über die bevorstehende Entlassung des Patienten. Die Ergebnisse der Einweiserbefragung sind ebenfalls über das Internetportal Qualitätskliniken.de einsehbar.



RESPEKT VOR IHREN WERTEN UND EINSTELLUNGEN

Zu uns kommen Patienten aus sehr unterschiedlichen Kulturkreisen. Daraus können Konflikte entstehen, beispielsweise wenn der Kranke von seiner Familie betreut werden möchte oder wenn eigene Speisen mitgebracht werden. Auch die Verständigung ist nicht immer unproblematisch. Verständigungsprobleme entstehen nicht nur durch die unterschiedliche Sprache, sondern auch durch unterschiedliche Vorstellungen zu Krankheit und Gesundheit. Da bedarf es einer Übersetzung, denn eine gute Kommunikation ist Voraussetzung für das Verständnis der Behandlungsmaßnahmen, das Befolgen medizinischer Vorgaben, beispielsweise zur Einnahme von Medikamenten, und für das Vertrauen. Für die Kommunikation

mit internationalen Patienten bieten wir Unterstützung. Das Übersetzen wird von Mitarbeitern der Klinik oder externen Dolmetschern übernommen. Einige Asklepios Kliniken bieten Patienteninformationen in verschiedenen Sprachen an.

Unser Speisenangebot umfasst grundsätzlich vegetarische Gerichte. Wenn keine Möglichkeit besteht, auf die Speisegesetze einzugehen, suchen die Mitarbeiter der Asklepios Kliniken im gemeinsamen Gespräch mit unseren Patienten nach einer Lösung. Sei es, dass entsprechende Speisen angeliefert werden oder die Versorgung von zu Hause aus erfolgt.

„BARRIEREFREI – WIR SIND DABEI!“

In einem bundesweit einmaligen Projekt hat die Patienten-Initiative e. V. die sieben großen Asklepios Kliniken in Hamburg unter dem Aspekt Barrierefreiheit kritisch unter die Lupe genommen. Das gemeinsame Projekt von Asklepios und Patienten-Initiative ist auch auf Anregungen von Spezialisten aus diversen Hamburger Institutionen entstanden. Dazu zählen folgende Einrichtungen und Personen: Barrierefrei leben e. V., Blinden- und Sehbehindertenverein Hamburg e. V., Bund der Schwerhörigen e. V. Hamburg, Hamburg barrierefrei e. V., HAMBURGISCHE BRÜCKE – Gesellschaft für private Sozialarbeit e. V., Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Hamburg e. V., die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz sowie die Senatskordinatorin für die Gleichstellung behinderter Menschen.

Vier ehrenamtliche „Barriere-Scouts“, darunter drei Rollstuhlfahrer, hatten die Hamburger Asklepios Kliniken anhand einer Checkliste intensiv auf Barrierefreiheit geprüft. Die Checkliste simuliert den Weg eines Besuches im Krankenhaus. Von der Anreise, mit öffentlichen Verkehrsmitteln über den Zugang und Empfang oder die ambulante Patientenaufnahme bis ins Patientenzimmer wurden die jeweiligen Kriterien abgeprüft.

UNTERSCHIEDLICHE ANSCHAUUNGEN

Ayse F. kommt für einen kleineren gynäkologischen Eingriff ins Krankenhaus. Sie kommt nicht allein, sondern wird von ihrer Familie, ihren Eltern und Geschwistern, Oma und Tanten, begleitet. Familiärer Beistand ist für sie ein äußerst wichtiger Bestandteil der Behandlung und keineswegs Schikane gegenüber anderen Patienten oder den Krankenhausmitarbeitern. Aus muslimischer Sicht ist ein Krankenbesuch eine heilige Pflicht. Für sie als gläubige Muslimin ist es belastend, sich vor einem fremden Mann zu entkleiden; auch wenn es ein Arzt ist. Deshalb war sie erleichtert, dass die Untersuchung durch eine Ärztin erfolgte.

FÜR JEDEN ERREICHBAR

Bundesweit haben 9,4 % der Menschen eine vom Versorgungsamt festgestellte Schwerbehinderung von 50 % und mehr. Damit leben in Deutschland mehr als 7,7 Millionen Menschen mit einer Behinderung. Ihnen muss der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen ermöglicht werden. Das Ziel: bestehende Barrieren beseitigen, damit sich Blinde und Sehbehinderte in den Einrichtungen orientieren können, Rollstuhlfahrer und Gehbehinderte nicht durch bauliche Hindernisse gestoppt und Gehörlose und Hörgeschädigte in ihrer Kommunikation unterstützt werden.



Und das sind einige der gewonnenen Einschätzungen und Empfehlungen:

- Alle Asklepios Kliniken in Hamburg sind mit öffentlichen Verkehrsmitteln barrierefrei erreichbar. Alle haben mindestens drei Behindertenparkplätze, die mindestens 3,5 m breit sind und keine Bordsteine haben. Einige der zusätzlich als Rollstuhlparkplätze ausgewiesenen Flächen sind nicht breit genug, um mit dem Rollstuhl seitlich an die Autotür zu fahren und ein- und auszusteigen. Hier empfiehlt die Patienten-Initiative die Plätze mit einem Symbol für gehbehinderte Patienten zu beschildern.
- Alle Hamburger Asklepios Kliniken verfügen über einen stufenlosen Zugang. Die Türen lassen sich in der Regel mit geringem eigenen Kraftaufwand öffnen und schließen, überwiegend sind elektrische Türöffner vorhanden.
- Die begangenen Stationen, deren Patientenzimmer und die Badezimmer, sind schwellenlos zu erreichen. In den meisten Räumen ist genug Platz, um einen Rollstuhl, Rollator o. ä. abzustellen und sich damit zu bewegen.
- Positiv ist, dass viele Empfangstresen einen abgesenkten Bereich haben, sodass Kinder und Rollstuhlnutzer die Mitarbeiter hinter dem Tresen sehen und die Tischfläche als Ablage nutzen können. Noch besser wäre es, wenn dieser Bereich mindestens 30 cm unterfahrbar wäre, um gerade an den Tisch heranfahren zu können.

Die Bewertung fiel für Menschen mit Mobilitätsbehinderungen überwiegend positiv aus. Die Patienten-Initiative hat zugleich eine Reihe von Verbesserungsvorschlägen und Handlungsempfehlungen vorgelegt, insbesondere zum Thema Orientierung und Information. Größere und kontrastreiche Beschilderungen sowie taktile Leitsysteme stehen auf der Wunschliste:

- Tastbare Gebäudepläne, tastbare Bedienelemente von Telefonen
- Bodenmarkierungen sowie taktile und akustische Leitsysteme für sicht- und hörbehinderte Menschen zumindest im Eingangsbereich
- Kontrastreichere und größere Beschilderungen
- Leichter lesbare Piktogramme
- Niedrig angebrachte Handtuchhalter und Kleiderhaken in den Zimmern
- Sitzgelegenheiten in unterschiedlichen Höhen mit Rücken- und Armlehnen in den Wartebereichen

In allen Kliniken gibt es aber Unterstützung durch das Personal am Empfang oder die sogenannten Grünen Damen, die denjenigen, die Probleme bei der Orientierung haben, Begleitung anbieten. Bei Bedarf können die meisten Kliniken einen Gebärdendolmetscher anbieten.

Die umfassende Checkliste für die Beurteilung von Barrierefreiheit in Kliniken hat sich im Praxiseinsatz bewährt. Die durch die Barriere Scouts gewonnenen Erkenntnisse werden bei der Gestaltung unserer Einrichtungen einbezogen. Dabei geht es nicht nur um die Bewegungsmöglichkeiten für Rollstuhlfahrer, sondern auch um Fragen der Beschilderung und der Beleuchtung.

» Ein wunderbarer Raum und eine Wohltat in diesem lauten, quirligen Krankenhaus! Die Gedanken fließen und ich komme zur Ruhe. Ohne diesen Raum zum Menschsein wäre ich verzweifelt. «



ZUFLUCHT IM RAUM DER STILLE

Im Krankenhaus sollen Menschen mit Erkrankungen und Verletzungen genesen. Dazu bedarf es einer Vielzahl unterschiedlicher Untersuchungs-, Operations- und Behandlungsräume und Patientenzimmer. Hier herrscht Geschäftigkeit. Aber es braucht auch im Krankenhaus einen Raum zum Innehalten und Auftanken, einen Zufluchtsort, einen Raum der Stille.

Nahezu jede Asklepios Klinik verfügt über einen Raum der Stille. Dieser Raum steht unseren Patienten, ihren Angehörigen und unseren Mitarbeitern zur Verfügung; er ist offen für Menschen unterschiedlichster Religionen und Weltanschauungen. Hier können Sorgen und Ängste, Fragen nach Vergänglichkeit und Tod ebenso bedacht werden wie die Freude und Dankbarkeit über ein positives Ereignis, eine Geburt oder eine gut überstandene Erkrankung.

WIE GEHT ES WEITER?

Nicht immer ist nach einem Krankenhausaufenthalt eine direkte Rückkehr nach Hause möglich. Dann ist es wichtig, dass der Übergang zu der sich anschließenden Versorgung, eine Rehabilitationsmaßnahme oder die ambulante Pflege und Betreuung, lückenlos und gut organisiert verläuft.

Bei Fragen zur Organisation eines Pflegedienstes oder Pflegeplatzes sprechen Sie gerne Ihren behandelnden Arzt auf der Station an. Dieser schaltet unseren Krankenhaus-Sozialdienst ein, der mit Ihnen und Ihren Angehörigen dann ein Beratungsgespräch vereinbart.

Auch wer seine Angehörigen zu Hause pflegt und versorgt, braucht Unterstützung in Form von Information, Beratung oder praktischer Anleitung bei der Pflege und Versorgung. Für diese sog. **Familiale Pflege** bieten Ihnen einige Asklepios Kliniken, wie die Asklepios Kliniken Barmbek und Altona, kostenlos qualifizierte Beratung und Schulung an – auch nach dem Krankenhausaufenthalt. Hier werden Ihnen beispielsweise Pflegetrainings angeboten, zur individuellen Körperpflege, zur Sondenernährung, zum Einsatz von Hilfsmitteln, zur Mobilisation und Positionierung im Bett, zum rückschonenden Arbeiten oder zum Umgang mit Demenz.



AUF EIN WORT...

Asklepios steht für „Innovation, medizinische Qualität und soziale Verantwortung“. Diese Leitgedanken sind mehr als nur ein Motto, alle bei Asklepios haben sich diesen Leitgedanken verschrieben, sie bestimmen unser tägliches Handeln.

Dieser Bericht ist ein Beleg dafür, denn hier legen wir unsere Qualität für jeden verständlich offen. Qualitätserlebnisse sind subjektive Wahrnehmungen, dennoch gibt es auch hohe objektive Maßstäbe, an denen wir uns selbst messen und an denen Sie uns messen können.

Qualität ist auch eine Frage der Perspektive – der eine redet von „Strukturqualität“ und zählt die Fachärzte einer Klinik. Der nächste betont, wie wichtig ihm die „Prozessqualität“ sei und will die Abfolge von Behandlungsabläufen möglichst genau regeln. Wieder andere wollen Qualität mit „erlebter Wahrnehmung“ durch den Patienten und einweisenden Arzt messen und fragen sie nach ihrer Zufriedenheit.

Ihre Meinung und Ihre Zufriedenheit mit uns sind uns wichtig. Dabei sind wir sicher, dass Ihre Zufriedenheit untrennbar verbunden ist mit der Qualität unserer Ergebnisse – also Ihrer erfolgreichen Behandlung. Bei Asklepios setzen wir daher auf diese vierte Dimension der Qualität: die Ergebnisqualität. Dieser Bericht zeigt Ihnen konkrete Ergebnisse auf, anhand derer Sie uns bewerten können.

Geringe Komplikations- und Revisionsraten nach Operationen, also wenig „Korrekturbedarf“, ist unserer Meinung ein Ergebnis, das sich gut messen lässt – und das jeder medizinische Laie

versteht. Genau um diese Ergebnisse geht es in dem vorliegenden Bericht. Die Revisions- und Komplikationsraten sind unsere zentralen Steuerungsgrößen. Wir wissen genau, dass die größte Sorge unserer Patienten die Frage nach dem Behandlungserfolg und möglichen Komplikationen ist. Wir wollen Ihnen offen zeigen, dass sich Komplikationen und Revisionen nicht immer vermeiden, aber durch gute Arbeit auf ein Minimum reduzieren lassen. Damit wollen wir Ihnen auch Ängste nehmen, denn Komplikationen oder Folgeeingriffe sind, wenn man genauer hinschaut, viel seltener als gedacht. Wir tun unser Bestes, dass dies auch so bleibt und wir uns kontinuierlich weiter verbessern.

Wir wollen, dass sich unsere Patienten sicher und bestmöglich behandelt fühlen. Dafür geben unsere Mitarbeiter bei Asklepios jeden Tag ihren vollen Einsatz.



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

ANHANG

INDIKATOR- UND ERGEBNISTABELLEN

- 68 Karotis
- 72 Geburtshilfe
- 76 Neonatologie
- 80 Gynäkologische Operationen
- 84 Behandlung von Brustkrebs
- 88 Gallenblase
- 92 Herzschrittmacher und Defibrillatoren
- 100 Koronarangiographie
- 104 Herzchirurgie
- 108 Endoprothetik
- 122 Dekubitus
- 124 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 während einer Bypassoperation an den Herzkranzgefäßen	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	mit hohem Stenosegrad	Dargestellt wird die Komplikationsrate bei einer Verengung der Halsschlagader von 70 Prozent und mehr.
	mit mittlerem Stenosegrad	Angegeben wird, wie häufig in der Zeit um die Operation herum schwerwiegende Komplikationen oder der Tod des Patienten aufgetreten sind.
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 Thrombendarteriektomie (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	
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 2014: OPERATION AN DER HALSSCHLAGADER

Indikatoren		Bundesrate 2014	Referenz- bereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl offen chirurgische Eingriffe					
Fallzahl kathetergestützte Eingriffe					
Sachgerechte Indikationsstellung – offen-chirurgischer Eingriff	asymptomatische Karotisstenose	97,9	>= 90,00 %	99,2	●
	symptomatische Karotisstenose	99,0	>= 90,00 %	100,0	●
Schlaganfälle oder Tod um den Eingriff herum – bei beschwerdefreien Patienten und offen-chirurgischem Eingriff	ohne Verschluss der Gegenseite (kontralaterale Karotisstenose)	1,1	nicht definiert %	2,5	●
	mit Verschluss oder Verengung der Gegenseite	2,6	nicht definiert %	4,4	●
Schlaganfälle oder Tod um den Eingriff herum – bei beschwerdefreien Patienten und offen-chirurgischem Eingriff	bei gleichzeitiger Bypassoperation	7,1	nicht definiert %	9,1	●
Schlaganfälle oder Tod um den Eingriff herum – bei Patienten mit Beschwerden und offen-chirurgischem Eingriff		2,4	nicht definiert %	3,8	●
Schlaganfälle oder Tod um den Eingriff herum – bei offen-chirurgischem Eingriff	alle Patienten	2,2	nicht definiert %	3,4	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Komplikationsrate (O/E)	0,9	<= 2,88	1,5	●
Schwere Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischem Eingriff	alle Patienten	1,2	nicht definiert %	1,3	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Komplikationsrate (O/E)	0,9	<= 3,23	1,1	●
Sachgerechte Indikationsstellung – kathetergestützter Eingriff	asymptomatische Karotisstenose	95,9	>= 90,00 %	98,1	●
	symptomatische Karotisstenose	98,7	>= 90,00 %	100,0	●
Schlaganfälle oder Tod um den Eingriff herum – bei beschwerdefreien Patienten und kathetergestütztem Eingriff	ohne Verschluss der Gegenseite (kontralaterale Karotisstenose)	1,8	nicht definiert %	1,2	●
	mit Verschluss oder Verengung der Gegenseite	1,4	nicht definiert %	0,0	●
Schlaganfälle oder Tod um den Eingriff herum – bei Patienten mit Beschwerden und mit kathetergestütztem Eingriff		3,5	nicht definiert %	2,1	●
Schlaganfälle oder Tod um den Eingriff herum – bei kathetergestütztem Eingriff	alle Patienten	3,1	nicht definiert %	2,8	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Komplikationsrate (O/E)	0,8	<= 3,46	0,8	●
Schwere Schlaganfälle oder Tod bei kathetergestütztem Eingriff	alle Patienten	1,7	nicht definiert %	1,2	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Komplikationsrate (O/E)	0,7	<= 3,72	0,6	●

● = innerhalb des Referenzbereiches ● = kein Referenzbereich definiert * Einrichtung der MediClin AG

	Bad Wildungen	Birkenwerder	Coswig*	Goslar	Hamburg-Altona	Hamburg-Barmbek	Hamburg-St. Georg	Hamburg-Harburg	Hamburg-Wandsbek	Oschatz	Pasewalk	Plau am See*	Schwedt	Seesen	Teupitz	Weißenfels
	93	46	36	21	105	0	16	134	70	30	39	29	28	109	0	37
	3	7	1	2	43	35	22	12	1	0	8	10	11	17	39	0
	98,3	94,7	100,0	100,0	100,0	-	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	100,0
	2,3	3,0	0,0	0,0	3,5	-	25,0	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,7	-	0,0
	0,0	0,0	-	-	12,5	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	8,3	-	0,0
	-	-	12,5	-	-	-	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-
	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6	-	0,0	0,0	7,5	0,0	0,0	0,0	0,0	4,6	-	0,0
	1,1	2,2	8,3	0,0	3,8	-	6,3	1,5	4,3	0,0	0,0	6,9	0,0	7,3	-	0,0
	0,6	1,2	3,3	0,0	1,8	-	2,3	0,7	1,9	0,0	0,0	1,9	0,0	2,3	-	0,0
	0,0	0,0	2,8	0,0	1,9	-	6,3	0,8	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	-	0,0
	0,0	0,0	2,1	0,0	1,7	-	4,6	0,7	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	-	0,0
	100,0	71,4	-	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-
	100,0	-	100,0	-	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-	100,0	-	-	100,0	100,0	-
	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	0,0	-	0,0	0,0	-
	0,0	-	0,0	-	0,0	0,0	16,7	0,0	-	-	0,0	-	-	0,0	4,8	-
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,6	16,7	0,0	-	0,0	10,0	0,0	0,0	5,1	-
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	7,5	0,0	-	0,0	3,6	0,0	0,0	1,1	-
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	10,0	0,0	0,0	2,6	-
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	7,1	0,0	0,0	0,8	-

GEBURTSHILFE

QUALITÄTSINDIKATOREN GEBURTSHILFE

Indikatoren	Was wird gemessen?	
Angabe eines pH-Wertes aber keine Angabe eines Base-Excess-Wertes	Angegeben wird, ob bei den Kindern, bei denen ein Nabelarterien-pH-Wert ermittelt wurde, ein Base-Excess-Wert angegeben wird.	
Antibiotikagabe	<p>Ermittelt wird hier, wie viele Mütter nach Diagnose eines vorzeitigen Blasensprunges innerhalb von 24 Stunden mit Antibiotika behandelt worden sind.</p> <p>Der Indikator zeigt an, wie viele Frauen, die per Kaiserschnitt entbunden haben, vor dem Kaiserschnitt Antibiotika erhielten.</p>	
Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen	Wie häufig ein Kinderarzt bereits zur Geburt eines Frühgeborenen anwesend war, lässt sich an diesem Indikator ablesen.	
Azidose	Ermittelt wird, wie hoch der Anteil der Neugeborenen bzw. Frühgeborenen mit einem pH-Wert unter 6,99 ist.	
Behandlung der Lungenunreife bei Frühgeborenen	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.	
Dammriss Grad III oder IV	Dargestellt werden die Dammrissraten bei Geburten mit und ohne Dammschnitt.	
E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt	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)	Dammriss Grad III oder IV	Angegeben ist das Verhältnis zwischen der beobachteten zur erwarteten Dammrissrate.
	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	
	an Kaiserschnittgeburten	Ersichtlich ist das Verhältnis zwischen der beobachteten zur erwarteten Rate an Kaiserschnittgeburten.
	an gemeinsamen 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	Der Base-Excess-Wert ist ein diagnostischer Parameter der Blutgasanalyse. Der Base-Excess-Wert ermöglicht es, Aussagen über stoffwechselbedingte Störungen des Säuren-Basen-Haushaltes zu treffen und kann einen Hinweis auf die Sauerstoffversorgung des Kindes unter der Geburt geben.
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 Kreißaal anwesend sein.
Je niedriger, desto besser	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 Lungenreifebehandlung 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 Kreißaal 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 Dammrisse 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, die Hautfarbe, der Muskeltonus und die Reflexe des Absaugens. 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 2014: GEBURTSHILFE

Indikatoren	Bundesrate 2014	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status	Bad Tölz	Crivitz*	Germersheim	Goslar	Hamburg-Altona
Fallzahl					561	395	653	457	2.866
Behandlung der Lungenunreife bei Frühgeborenen	96,4	>= 95,00 %	94,1	●	-	-	-	-	95,8
Antibiotikagabe	91,0	>= 95,00 %	93,2	●	-	-	-	-	100,0
	98,0	>= 90,00 %	97,4	●	90,2	97,4	95,2	98,4	98,9
Kaiserschnittgeburten	32,9	nicht definiert %	36,1	●	34,6	29,0	28,9	28,2	39,4
	1,0	nicht definiert	1,2	●	1,2	0,9	0,9	1,0	1,3
E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt	0,8	= 0 %	0,7	●	0	0	0	0	0
Bestimmung Nabelarterien-pH-Wert	99,2	>= 95,00 %	99,2	●	99,6	99,5	98,7	100,0	99,4
Angabe eines pH-Wertes aber keine Angabe eines Base-Excess-Wertes	12,0	nicht definiert %	22,3	●	0,0	0,3	0,5	2,2	92,5
Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	0,2	nicht definiert %	0,1	●	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1
	1,1	nicht definiert	0,7	●	1,0	0,0	0,0	0,0	0,5
Azidose bei früh geborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	0,7	nicht definiert %	0,7	●	0,0	0,0	0,0	5,3	0,0
	1,0	<= 5,74	1,1	●	0,0	0,0	0,0	6,4	0,0
Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen	95,7	>= 90,00 %	96,0	●	0,0	-	100,0	0,0	98,4
Kritisches Outcome bei Reifgeborenen	0,0	nicht definiert %	0,0	●	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	1,0	<= 2,37	0,9	●	2,3	0,7	0,4	0,3	0,5
Dammriss Grad III oder IV	1,3	nicht definiert %	1,1	●	0,0	0,4	1,5	0,3	0,9
	1,0	<= 2,21 %	0,8	●	0,0	0,3	1,1	0,3	0,6
	1,0	nicht definiert %	0,9	●	0,0	0,7	1,5	0,5	0,9
	2,5	nicht definiert %	1,9	●	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0
Gemeinsame Entlassung von Mutter und Kind	88,1	nicht definiert %	89,5	●	94,7	93,4	91,8	91,8	94,2
Mütterliche Todesfälle	0	= 0 %	0	●	0	0	0	0	0

● = innerhalb des Referenzbereiches ● = nicht definiert ● = außerhalb des Referenzbereiches ● = Sentinel Event * Einrichtung der MediClin AG

Ist kein Ergebnis dargestellt, so trifft der Indikator hier nicht zu.

	Hamburg-Barmbek	Hamburg-Harburg	Hamburg-Nord	Hamburg-Wandsbek	Kandel	Langen	Lich	Lindau	Oschatz	Parchim	Pasewalk	Schwalmstadt	Schwedt	Sebnitz	St. Augustin	Waren*	Weifenfels	Wiesbaden
	2.794	700	1.728	798	237	856	896	401	269	478	553	378	404	235	999	500	461	997
	87,5	-	100,0	100,0	-	-	-	-	-	-	100,0	-	0,0	-	100,0	100,0	100,0	-
	87,5	-	100,0	-	-	-	-	-	-	0,0	75,0	-	-	-	100,0	100,0	66,7	-
	97,7	98,7	99,7	92,2	85,2	99,0	97,6	99,3	100,0	100,0	97,8	97,5	95,7	96,8	100,0	95,7	93,5	94,9
	43,2	31,4	35,7	33,9	37,1	33,4	28,3	34,1	29,0	17,6	24,6	42,3	46,4	27,3	50,5	37,7	37,4	29,4
	1,4	1,1	1,0	1,3	1,3	1,1	1,0	1,1	1,0	0,6	0,9	1,5	1,8	1,0	1,3	1,2	1,2	1,1
	0	0	0	0	0	0	0	0	33	0	0	33	0	0	0	0	0	0
	99,3	100,0	99,9	99,5	94,9	99,5	99,8	99,0	100,0	100,0	99,4	97,1	91,7	99,1	99,8	99,4	99,8	99,2
	1,9	4,2	0,1	3,3	0,0	55,8	2,3	1,0	0,0	0,0	6,7	3,8	99,7	2,2	1,6	1,4	90,3	3,2
	0,1	0,7	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,4	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2
	0,5	4,2	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	2,0	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	1,1
	0,0	0,0	1,4	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0	0,8	2,4	0,0	0,0
	0,0	0,0	3,5	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	37,8	0,0	0,0	1,6	3,3	0,0	0,0
	95,5	0,0	100,0	100,0	-	-	0,0	-	0,0	100,0	85,7	-	100,0	0,0	100,0	84,2	88,9	-
	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
	0,5	3,0	1,5	0,6	1,9	0,2	0,3	2,3	1,6	0,6	0,3	0,8	0,0	2,4	0,5	0,0	0,4	1,2
	2,2	2,5	1,1	0,5	1,7	0,8	0,7	1,3	0,6	2,1	0,5	2,0	0,0	0,0	0,5	0,3	0,4	0,7
	1,5	2,0	0,8	0,4	1,3	0,6	0,5	1,0	0,5	1,6	0,4	1,7	0,0	0,0	0,4	0,3	0,3	0,5
	1,3	2,4	1,0	0,5	1,8	0,5	0,6	1,3	0,0	2,1	0,3	1,4	0,0	0,0	0,3	0,5	0,0	0,8
	6,8	4,2	2,0	0,0	0,0	1,9	1,6	0,0	2,9	1,7	1,0	3,6	0,0	0,0	2,0	0,0	1,0	0,0
	87,2	87,7	92,1	83,6	89,1	88,4	86,9	94,6	97,3	89,4	88,4	92,9	85,4	98,7	75,2	84,5	77,8	94,0
	1,0	1,0	1,0	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,0	1,0	1,1	1,0	1,1	0,9	1,0	0,9	1,1
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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) aufgetreten ist.
Durchführung eines Hörtests	Angegeben ist die Häufigkeit, mit der ein Hörtest durchgeführt wurde.
Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen	Dieser Indikator zeigt an, bei wie vielen der versorgten Frühgeborenen eine Frühgeborenenretinopathie (ROP) aufgetreten ist.
Intra- und periventriculäre 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 (NEC) mit Operation	Ermittelt wird, wie viele Frühgeborene mit einer NEC operiert wurden.
Nosokomiale Infektionen	Kinder mit nosokomialen Infektionen pro 1.000 Behandlungstage
	Anzahl nosokomialer Infektionen pro 1.000 Behandlungstage
Pneumothorax bei beatmeten Kindern	Ermittelt wird, wie viele der Frühgeborenen (bezogen auf 1.000 Behandlungstage) von Infektionen betroffen waren.
Zunahme des Kopfumfanges	Hier ist angegeben, wie häufig es (bezogen auf 1.000 Behandlungstage) zu nosokomialen Infektionen gekommen ist.
Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	Angegeben ist hier, wie häufig es bei beatmeten Frühgeborenen zu einem Pneumothorax gekommen ist.
Sterblichkeit	Dieser Indikator zeigt an, bei wie vielen Kindern der Kopfumfang unterhalb des normalen, zu erwartenden Wachstums liegt.
	Der Qualitätsindex zeigt an, ob bei den versorgten Frühgeborenen mehrere Komplikationen gleichzeitig auftraten.
Temperatur bei Aufnahme	Dargestellt wird, wie viele sehr kleine Frühgeborene verstarben.
	Angegeben ist hier, wie viele der versorgten Frühgeborenen verstarben.
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	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.
	Der Indikator zeigt an, wie viele der in die Frühgeborenen-Station (Neonatologie) aufgenommenen Frühgeborenen eine zu niedrige oder zu hohe Körpertemperatur aufwiesen bzw. die Aufnahmetemperatur nicht angegeben war.
Zystische Periventriculäre Leukomalazie (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen	Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad
	Aufnahmetemperatur über 37,5 Grad
	Aufnahmetemperatur nicht angegeben
	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 Periventriculäre Leukomalazie (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen
	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen
	Bronchopulmonale Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen
	Kinder mit nosokomialen Infektionen pro 1.000 Behandlungstage
Anzahl nosokomialer Infektionen pro 1.000 Behandlungstage	
beatmete Kinder mit Pneumothorax	
sehr kleine Frühgeborene	
Nekrotisierende Enterokolitis (NEC) mit Operation	
Angabe des Verhältnisses von beobachteter zu erwarteter Rate an Komplikationen.	
Dargestellt ist hier, bei wie vielen Frühgeborenen eine Zystische Periventriculäre 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 Lungen-schleimhaut 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 höher, desto besser	Ein Hörtest dient zur Erkennung etwaiger Hörstörungen. 1 bis 2 von 1.000 Kindern sind von einer angeborenen Schwerhörigkeit oder Taubheit betroffen. Je früher eine Hörstörung diagnostiziert wird, desto früher kann mit der Therapie begonnen werden.
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 Folgeerkrankungen verursachen oder enden tödlich.
Je niedriger, desto besser	Die Nekrotisierende Enterokolitis (NEC) ist eine schwerwiegende Darmerkrankung von Frühgeborenen. Die Entstehung einer NEC 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	Nosokomiale Infektionen sind Infektionen, die in einem zeitlichen Zusammenhang mit einer medizinischen Maßnahme stehen. Bei Neugeborenen gelten Infektionen, die während der stationären Behandlung (72 Stunden nach der Geburt) auftreten, als nosokomiale Infektion.
Je niedriger, desto besser	Durch das Eindringen von Luft in den Pleuraspalt, den Raum zwischen Lungenfell und Rippenfell, kann ein Lungenflügel zusammenfallen. Dadurch wird die Ausdehnung eines oder beider Lungenflügel und damit die Atmung behindert. Ein Pneumothorax kann als Komplikation bei der Beatmung entstehen.
Je niedriger, desto besser	Die Zunahme des Kopfumfanges weist auf eine normale Wachstumsentwicklung der Kinder hin.
Je niedriger, desto besser	Für Frühgeborene (24.–32. Schwangerschaftswoche) 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, anderes 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 (Neonatalogie) 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 2014: NEONATOLOGIE

Indikatoren	Bundesrate 2014	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status	
Fallzahl					
Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten	Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten	0,8	nicht definiert %	1,1	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten	0,9	<= 2,25	0,9	●
	Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten ohne zuverlegte Kinder	0,8	nicht definiert %	1,0	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten	0,9	<= 2,63	0,9	●
Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen	Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen	4,1	nicht definiert %	5,0	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) bei sehr kleinen Frühgeborenen	0,9	nicht definiert	1,2	●
Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen	4,3	nicht definiert %	2,1	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen	0,9	nicht definiert	0,5	●
Nekrotisierende Enterokolitis (NEC)	Nekrotisierende Enterokolitis (NEC) mit Operation bei sehr kleinen Frühgeborenen ohne zuverlegte Kinder	1,0	nicht definiert %	0,7	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Nekrotisierenden Enterokolitiden (NEC) bei sehr kleinen Frühgeborenen	0,8	nicht definiert	0,6	●
Zystische Periventriculäre Leukomalazie (PVL)	Zystische Periventriculäre Leukomalazie (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen ohne zuverlegte Kinder	1,6	nicht definiert %	2,2	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Zystischen Periventriculären Leukomalazien (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen	0,8	nicht definiert	1,1	●
Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen ohne zuverlegte Kinder	7,3	nicht definiert %	3,6	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen	0,9	nicht definiert	0,5	●
Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen ohne zuverlegte Kinder	3,3	nicht definiert %	1,55	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Höhergradigen Frühgeborenenretinopathien (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen	1,0	nicht definiert	0,6	●
Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung		0,9	<= 1,81 %	0,6	●
Nosokomiale Infektionen	Kinder mit Nosokomialen Infektionen pro 1.000 Behandlungstage ohne zuverlegte Kinder	1,0	nicht definiert	0,9	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen pro 1.000 Behandlungstage	0,9	<= 2,43	0,8	●
	Anzahl nosokomialer Infektionen pro 1.000 Behandlungstage	1,2	nicht definiert	0,9	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) der Anzahl nosokomialer Infektionen pro 1.000 Behandlungstage	0,9	<= 2,34	0,7	●
Pneumothorax	Pneumothorax bei beatmeten Kindern	4,8	nicht definiert %	4,2	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) bei beatmeten Kindern mit Pneumothorax	1,0	<= 2,28	0,8	●
Zunahme des Kopfumfangs		15,8	nicht definiert %	13,8	●
Durchführung eines Hörtests		96,2	>= 95,00 %	98,5	●
Temperatur bei Aufnahme	Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad	4,7	<= 10,26 %	5,1	●
	Aufnahmetemperatur über 37,5 Grad	7,6	<= 13,76 %	8,1	●
	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	0,3	<= 1,51 %	0,4	●

● = innerhalb des Referenzbereiches ● = kein Referenzbereich definiert * Einrichtung der MediClin AG

	Hamburg-Barmbek	Hamburg-Nord	Parchim	Pasewalk	Schwedt	St. Augustin	Waren*	Weißenfels
	395	223	62	91	115	401	92	108
	1,8	0,9	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0
	1,5	1,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0
	1,6	0,9	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0
	1,4	1,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0
	9,0	2,9	-	-	-	0,0	-	0,0
	2,3	0,7	-	-	-	0,0	-	0,0
	3,0	2,9	-	-	-	0,0	-	0,0
	0,7	0,7	-	-	-	0,0	-	0,0
	1,5	0,0	-	-	-	0,0	-	0,0
	1,3	0,0	-	-	-	0,0	-	0,0
	3,1	3,0	-	-	-	0,0	-	0,0
	1,6	1,4	-	-	-	0,0	-	0,0
	3,0	8,6	-	-	-	0,0	-	0,0
	0,4	1,1	-	-	-	0,0	-	0,0
	1,9	0,0	-	-	0,0	2,4	-	0,0
	1,0	0,0	-	-	0,0	0,9	-	0,0
	1,2	0,7	-	-	0,0	0,1	-	0,0
	1,5	0,2	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	1,8
	1,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	2,3
	1,5	0,2	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	1,8
	1,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	2,0
	4,3	1,3	0,0	12,5	0,0	4,6	9,1	7,7
	0,8	0,3	0,0	2,9	0,0	0,8	2,2	1,8
	11,6	18,2	0,0	0,0	0,0	14,3	16,7	22,2
	98,9	97,7	100,0	95,3	98,0	99,0	100,0	99,0
	5,2	4,1	16,1	9,9	3,5	3,8	2,3	5,6
	9,3	7,7	1,6	1,1	6,1	11,0	4,7	8,4
	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

GYNÄKOLOGISCHE OPERATIONEN

QUALITÄTSINDIKATOREN GYNÄKOLOGISCHE OPERATIONEN

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

Qualitätsziel	Beschreibung des Indikators
Je niedriger, desto besser	Bei Eingriffen an den Eierstöcken gewonnene Gewebeprobe 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 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), 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.

GYNÄKOLOGISCHE OPERATIONEN

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2014: GYNÄKOLOGISCHE OPERATIONEN (1/2)

Indikatoren		Bundesrate 2014	Referenz- bereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Organverletzungen bei Bauchspiegelungen	alle Patientinnen	0,5	nicht definiert %	0,5	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,9	<= 4,22	1,1	●
Eingriffe an den Eierstöcken	Patientinnen ohne Entlassungsdiagnose Karzinom, Endometriose und ohne Voroperation	0,2	= 0 %	0,4	●
	fehlende Histologie nach isoliertem Eingriff am Eierstock mit Gewebentfernung	1,6	<= 5,00 %	1,8	●
	vollständige Entfernung des Eierstocks oder des Eileiters ohne krankhaften Befund	13,4	<= 20,00 %	13,5	●
Organerhaltung bei Eingriffen an den Eierstöcken	vollständige Entfernung des Eierstocks oder des Eileiters ohne krankhaften und ohne spezifischen Befund	33,9	<= 53,38 %	33,7	●
		91,1	>= 78,05 %	90,7	●
Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden		5,9	<= 11,13 %	4,0	●

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2014: GYNÄKOLOGISCHE OPERATIONEN (2/2)

Indikatoren		Bundesrate 2014	Referenz- bereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Organverletzungen bei Bauchspiegelungen	alle Patientinnen	0,5	nicht definiert %	0,5	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,9	<= 4,22	1,1	●
Eingriffe an den Eierstöcken	Patientinnen ohne Entlassungsdiagnose Karzinom, Endometriose und ohne Voroperation	0,2	= 0 %	0,4	●
	fehlende Histologie nach isoliertem Eingriff am Eierstock mit Gewebentfernung	1,6	<= 5,00 %	1,8	●
	vollständige Entfernung des Eierstocks oder des Eileiters ohne krankhaften Befund	13,4	<= 20,00 %	13,5	●
Organerhaltung bei Eingriffen an den Eierstöcken	vollständige Entfernung des Eierstocks oder des Eileiters ohne krankhaften und ohne spezifischen Befund	33,9	<= 53,38 %	33,7	●
		91,1	>= 78,05 %	90,7	●
Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden		5,9	<= 11,13 %	4,0	●

● = innerhalb des Referenzbereiches ● = Sentinel Event ● = kein Referenzbereich definiert * Einrichtung der MediClin AG

	Bad Tölz	Burg-lengenfeld	Crivitz*	Germersheim	Goslar	Hamburg-Altona	Hamburg-Barmbek	Hamburg-Harburg	Hamburg-Nord	Hamburg-Wandsbek	Kandel	Langen	Lich	Lindau	Melsungen	Oschatz
	48	41	70	120	122	216	269	360	119	99	146	204	189	92	41	89
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	1,9	0,0	0,0	1,3	1,3	2,2	1,7	1,3	0,0	0,0
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	4,0	0,0	0,0	3,1	3,0	5,4	3,5	2,6	0,0	0,0
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	1,2	0,0	0,0	0,0
	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0	1,3	2,3	0,0	2,0	0,0	3,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,0	0,0	4,8	16,7	14,3	18,9	10,8	16,7	10,5	7,1	23,5	23,8	23,5	0,0	0,0	12,5
	33,3	0,0	47,6	50,0	42,9	27,0	15,4	29,2	36,8	21,4	41,2	47,6	70,6	33,3	50,0	18,8
	75,0	92,9	93,3	100,0	100,0	87,5	90,0	91,8	69,6	100,0	88,2	88,5	87,5	94,4	100,0	86,7
	0,0	3,1	1,7	1,2	3,5	7,6	3,4	7,0	5,4	10,4	3,0	8,3	0,0	2,6	4,2	1,8

	Parchim	Pasewalk	Schwalmstadt	Schwedt	Sebnitz	Seißenstadt	Waren*	Weißenfels	Wiesbaden
	64	177	170	146	99	40	145	82	332
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	2,6	2,3	0,0	0,0	0,0	-	1,6	3,6	10,0
	0,0	33,3	27,3	8,3	14,3	-	5,1	12,5	25,0
	12,5	41,7	45,5	75,0	28,6	-	30,8	50,0	39,3
	93,3	98,0	93,3	83,3	95,5	100,0	80,8	86,4	87,0
	1,9	0,0	0,9	4,6	3,5	0,0	2,9	4,0	3,6

BEHANDLUNG VON BRUSTKREBS

QUALITÄTSINDIKATOREN BEHANDLUNG VON BRUSTKREBS

Indikatoren	Was wird gemessen?
HER2/neu-Positivrate	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.
Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	Ermittelt wird, bei wie vielen Patientinnen eine Biopsie der Sentinel-Lymphknoten durchgeführt wurde.
Intraoperatives Präparatröntgen oder intraoperativer Ultraschall bei mammographischer 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	bei tastbarer bösartiger Verhärtung Angegeben ist, bei wie vielen Patientinnen mit einer tastbaren Verhärtung in der Brust vor der Operation eine feingewebliche Untersuchung durchgeführt wurde.
	bei nicht tastbarer bösartiger Verhärtung Ermittelt wird, bei wie vielen Patientinnen, bei denen keine Verhärtung getastet werden konnte, vor der Operation eine feingewebliche Untersuchung erfolgte.
Primäre Axilladissektion bei DCIS	Angezeigt ist die Rate von Lymphknotenentfernungen im Vorstadium des Brustkrebses.
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei pT1 ohne Lymphknotenbefall	Ermittelt wird, bei wie vielen Patientinnen eine Biopsie des Sentinel-Lymphknotens durchgeführt wurde.
Zeitlicher Abstand	von unter 7 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.
	von über 21 Tagen zwischen Diagnose und Operation

Qualitätsziel	Beschreibung des Indikators
Angemessene Rate	15 bis 20 Prozent 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 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 niedriger, desto besser	
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 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. In einem frühen Stadium der Brustkrebs-erkrankung kann auf die Entfernung aller Lymphknoten aus der Achselhöhle verzichtet werden, vorausgesetzt, es wird ein sogenannter Wächterlymphknoten aus der Achselhöhle entnommen und dieser ist nicht von Tumorzellen befallen.
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.

BEHANDLUNG VON BRUSTKREBS

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2014: BEHANDLUNG VON BRUSTKREBS

Indikatoren	Bundesrate 2014	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl				
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	96,3	>= 90,00 %	95,1	●
HER2/neu-Positivitätsrate	Patienten mit HER2/neu-positiven Befunden	nicht definiert %	14,4	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2/neu-positiven Befunden	nicht definiert	1,0	●
Intraoperatives Präparatröntgen oder intraoperative Präparatsonografie	bei mammografischer Drahtmarkierung	>= 95,00 %	97,5	●
	bei sonografischer Drahtmarkierung	>=17,96 %	92,6	●
Primäre Axilladissektion bei DCIS	0,3	<= 5,00 %	0,0	●
Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	14,1	<= 29,00 %	14,6	●
Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	94,4	>= 80,00 %	94,0	●
Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum	unter 7 Tagen	<= 32,36 %	10,3	●
	über 21 Tage	<= 54,92 %	36,1	●

● = innerhalb des Referenzbereiches ● = kein Referenzbereich definiert * Einrichtung der MediClin AG

	Bad Tölz	Germersheim	Goslar	Hamburg-Barmbek	Hamburg-Harburg	Hamburg-Nord	Kandel	Langen	Lich	Oschatz	Parchim	Pasewalk	Schwedt	Sebnitz	Waren*	Weißenfels	Wiesbaden
	21	47	266	189	112	55	88	247	147	69	49	48	60	207	105	296	284
	82,4	57,9	96,0	97,1	83,3	100,0	93,9	98,5	97,2	98,4	90,6	88,9	95,2	95,7	90,2	98,8	96,6
	0,0	25,0	13,2	13,8	20,0	18,0	22,0	9,5	14,5	3,9	12,9	12,5	2,8	14,2	20,4	18,9	13,5
	0,0	1,5	0,9	1,1	1,4	1,1	1,4	0,6	1,0	0,3	0,8	0,8	0,3	0,8	1,3	1,4	0,9
	-	-	100,0	93,3	100,0	100,0	83,3	100,0	96,4	100,0	-	80,0	100,0	100,0	100,0	100,0	95,0
	-	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	87,5	92,4	90,2	100,0	-	0,0	100,0	100,0	80,0	95,2	100,0
	-	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	-	-	0,0	0,0	-	-	16,7	0,0	0,0	66,7	-	100,0	0,0	30,0	0,0	10,0	36,4
	87,5	100,0	96,9	93,6	79,0	77,3	91,9	100,0	100,0	100,0	91,7	100,0	93,3	98,7	61,3	97,7	96,5
	84,6	20,0	2,2	8,1	23,8	9,1	15,0	0,0	15,2	1,7	25,9	6,3	12,0	30,5	22,0	1,3	1,5
	7,7	50,0	49,6	14,9	21,4	21,2	5,0	55,8	25,0	3,4	0,0	18,8	56,0	12,5	16,0	32,5	82,4

GALLENBLASE

QUALITÄTSINDIKATOREN ENTFERNUNG DER GALLENBLASE

Indikatoren		Was wird gemessen?	
Allgemeine postoperative Komplikationen	alle Patienten	Angegeben wird die Häufigkeit, mit der allgemeine Komplikationen aufgetreten sind.	
	nach als Bauchspiegelung begonnener Operation	Dieser Indikator zeigt an, wie häufig nach einer Entfernung der Gallenblase mittels Bauchspiegelung allgemeine Komplikationen aufgetreten sind.	
	nach offen-chirurgischer Operation	Geprüft wird, bei wie vielen Patienten, denen die Gallenblase in einer offen-chirurgischen Operation entfernt wurde, allgemeine Komplikationen aufgetreten sind.	
Behandlungsbedürftige Komplikationen	Verschluss oder Durchtrennung des Gallenganges (DHC)	Ermittelt wird, wie häufig es bei der Entfernung der Gallenblase zu eingriffsspezifischen Komplikationen, wie einem Verschluss oder einer Durchtrennung des Gallenganges, gekommen ist.	
	nach als Bauchspiegelung begonnener Operation	Dargestellt ist die Häufigkeit, mit der nach einer laparoskopischen Entfernung der Gallenblase eingriffsspezifische Komplikationen aufgetreten sind.	
Re-Intervention aufgrund von Komplikationen	alle Patienten	Dargestellt ist die Häufigkeit, mit der ein Zweiteingriff aufgrund von Komplikationen durchgeführt werden musste.	
	aufgrund von Komplikationen nach Bauchspiegelung	Angegeben ist hier, wie häufig Komplikationen nach einer Bauchspiegelung einen Zweiteingriff erforderlich gemacht haben.	
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	Dieser Indikator zeigt an, wie viele Patienten nach einer Gallenblasen-entfernung verstorben sind.	
	bei geringem Sterberisiko	Angegeben ist hier, wie viele Patienten, bei denen eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit bestand, verstorben sind.	
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	Verschluss oder Durchtrennung des Gallenganges (DHC)	Dargestellt ist das Verhältnis der beobachteten Rate an Komplikationen zur erwarteten Rate (O/E).	
	Re-Intervention aufgrund von Komplikationen		
	an Todesfällen		

Qualitätsziel	Beschreibung des Indikators
Je niedriger, desto besser	Nach einer Gallenblasen-Operation können Komplikationen des Herz-Kreislauf-Systems, Lungenentzündungen, Harnwegsinfektionen oder auch Entzündungen der Wunde auftreten. Die Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen sollte so gering wie möglich ausfallen.
Je niedriger, desto besser	Während der Operation an der Gallenblase kann es zu Komplikationen, wie beispielsweise unbeabsichtigten Verletzungen oder einem Verschluss des Gallenganges (Okklusion) kommen.
Je niedriger, desto besser	Wenn Komplikationen auftreten, ist unter Umständen ein Zweiteingriff, eine Re-Intervention, erforderlich. Gründe für eine Re-Intervention sind beispielsweise belassene Gallengangsteine, Gallengangsverletzungen, Blutungen und Entzündungen. Die Rate an Zweiteingriffen (Re-Interventionen) ist eine Kennzahl für schwerwiegende Komplikationen. Sie sollte möglichst gering ausfallen.
Je niedriger, desto besser	
Je niedriger, desto besser	Risiken einer Operation lassen sich nie ganz ausschließen. Die Sterblichkeitsrate nach einer Gallenblasenentfernung sollte sehr gering sein.
Je niedriger, desto besser	
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.

GALLENBLASE

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2014: ENTFERNUNG DER GALLENBLASE (1/2)

Indikatoren		Bundesrate 2014	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Verschluss oder Durchtrennung des DHC	Verschluss oder Durchtrennung des DHC	0,1	= 0 %	0,2	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,9	nicht definiert	1,3	●
Behandlungsbedürftige Komplikationen	nach als Bauchspiegelung begonnener Operation	2,4	<= 5,62 %	2,5	●
Allgemeine postoperative Komplikationen	bei allen Patienten	2,8	<= 6,58 %	2,5	●
	nach als Bauchspiegelung begonnener Operation	2,0	<= 5,26 %	1,9	●
	nach offen-chirurgischer Operation	16,3	<= 35,27 %	14,5	●
Re-Intervention aufgrund von Komplikationen	an allen Patienten	2,6	nicht definiert %	2,3	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,1	<= 2,35	1,0	●
	aufgrund von Komplikationen nach Bauchspiegelung	1,3	nicht definiert %	1,1	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	0,9	nicht definiert %	1,0	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 3,24	1,2	●
	bei geringem Sterblichkeitsrisiko	0,1	= 0 %	0,2	●

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2014: ENTFERNUNG DER GALLENBLASE (2/2)

Indikatoren		Bundesrate 2014	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Verschluss oder Durchtrennung des DHC	Verschluss oder Durchtrennung des DHC	0,1	= 0 %	0,2	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,9	nicht definiert	1,3	●
Behandlungsbedürftige Komplikationen	nach als Bauchspiegelung begonnener Operation	2,4	<= 5,62 %	2,5	●
Allgemeine postoperative Komplikationen	bei allen Patienten	2,8	<= 6,58 %	2,5	●
	nach als Bauchspiegelung begonnener Operation	2,0	<= 5,26 %	1,9	●
	nach offen-chirurgischer Operation	16,3	<= 35,27 %	14,5	●
Re-Intervention aufgrund von Komplikationen	an allen Patienten	2,6	nicht definiert %	2,3	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,1	<= 2,35	1,0	●
	aufgrund von Komplikationen nach Bauchspiegelung	1,3	nicht definiert %	1,1	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	0,9	nicht definiert %	1,0	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 3,24	1,2	●
	bei geringem Sterblichkeitsrisiko	0,1	= 0 %	0,2	●

● = innerhalb des Referenzbereiches ● = Sentinel Event ● = kein Referenzbereich definiert * Einrichtung der MediClin AG

	Bad Oldesloe	Bad Töiz	Bad Wildungen	Burg-lengenfeld	Crivitz*	Germersheim	Goslar	Hamburg-Altona	Hamburg-Barmbek	Hamburg-St. Georg	Hamburg-Harburg	Hamburg-Nord	Hamburg-Wandsbek	Hamburg-Westklinikum	Kandel	Langen	Lich
	132	150	106	118	81	150	221	269	263	86	199	168	230	86	114	162	189
	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	7,4	0,0	0,0	0,0	15,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	3,8	0,7	4,9	1,0	2,5	0,0	0,5	0,8	1,7	3,8	2,2	6,3	0,9	2,4	3,5	0,0	3,0
	1,5	0,7	8,5	8,5	1,2	2,7	2,7	1,9	0,8	1,2	4,0	3,0	1,3	1,2	1,8	0,6	5,8
	1,5	0,7	6,8	5,8	1,2	2,7	1,9	2,0	0,0	1,3	2,8	2,5	0,9	1,2	1,8	0,0	3,0
	-	0,0	66,7	28,6	-	-	28,6	0,0	4,8	0,0	16,7	14,3	6,7	0,0	-	16,7	30,0
	3,8	1,3	3,8	2,5	1,2	0,0	2,7	2,6	0,4	2,3	2,0	4,8	0,4	1,2	3,5	1,2	4,2
	1,9	0,5	1,4	0,8	0,9	0,0	1,2	1,0	0,2	1,0	0,7	2,0	0,2	0,4	1,5	0,7	1,7
	4,3	1,5	3,3	0,0	0,0	0,0	0,9	1,4	0,0	0,0	1,1	1,3	0,0	3,5	3,1	0,0	1,0
	0,0	0,7	3,8	5,1	0,0	0,0	1,4	0,4	1,1	1,2	3,0	1,2	2,6	1,2	0,0	0,6	0,5
	0,0	0,3	4,3	2,7	0,0	0,0	2,0	0,7	2,4	0,9	2,0	1,9	1,5	0,5	0,0	3,6	0,4
	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	Lindau	Meisungen	Oschatz	Parchim	Pasewalk	Plau am See*	Radeberg	Schwalmsstadt	Schwedt	Sebnitz	Seesen	Seligenstadt	Waren *	Weißfels	Westerland/Sylt	Wiesbaden
	60	77	133	108	150	36	87	73	159	88	49	156	127	211	38	188
	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	0,0	0,0	6,7	7,1	0,0	0,0	8,4	12,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	1,7	0,0	6,4	2,9	4,7	0,0	8,9	1,5	7,2	4,8	2,1	1,3	1,6	2,9	0,0	0,6
	0,0	1,3	3,8	4,6	6,7	0,0	0,0	4,1	2,5	3,4	2,0	1,3	0,0	1,9	2,6	0,0
	0,0	0,0	2,4	4,8	6,1	0,0	0,0	1,5	2,0	3,6	2,1	0,7	0,0	1,5	0,0	0,0
	0,0	50,0	25,0	0,0	50,0	0,0	0,0	33,3	16,7	0,0	0,0	25,0	0,0	16,7	-	0,0
	1,7	0,0	3,0	5,6	4,0	0,0	6,9	2,7	1,9	2,3	2,0	1,9	0,8	3,3	2,6	0,0
	0,8	0,0	1,2	2,5	1,7	0,0	2,7	1,1	1,0	0,8	0,9	1,0	0,4	1,6	0,8	0,0
	2,8	0,0	1,3	0,0	2,9	0,0	3,9	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	1,6	2,4	0,0	0,0
	0,0	1,3	0,0	0,9	1,3	0,0	0,0	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	2,6	0,0
	0,0	1,1	0,0	1,6	1,9	0,0	0,0	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	3,5	0,0
	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

HERZSCHRITTMACHER UND DEFIBRILLATOREN

QUALITÄTSINDIKATOREN HERZSCHRITTMACHER UND DEFIBRILLATOREN

Indikatoren	Was wird gemessen?	
Durchleuchtungszeit	Ermittelt wird der Anteil von Patienten, bei denen die durchschnittliche Durchleuchtungszeit eingehalten wird.	
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	Ermittelt wird hier, wie häufig das Vorgehen bei der Implantation zu Sonden- oder Taschenproblemen geführt hat.
	Infektion oder Aggregatperforation	Angegeben ist hier, wie häufig ein Folgeeingriff aufgrund von Infektionen erforderlich war.
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 zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	Dieser Indikator misst, wie oft die erforderlichen Messungen zur Überprüfung der einwandfreien Funktion eines Herzschrittmachers oder Defibrillators erfolgt sind. In diesem Indikator wird die Durchführung verschiedener Messungen zusammengefasst dargestellt.	
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	Während des Eingriffs wird durch eine Röntgenuntersuchung kontrolliert, ob die Sonde richtig sitzt. Die Durchleuchtungszeit kann je nach eingesetztem Schrittmacher- bzw. Defibrillator-System und Schwierigkeit des Eingriffs variieren. Sie sollte möglichst kurz sein. Je kürzer die Durchleuchtungszeit ist, desto geringer ist die Strahlenbelastung für den Patienten.
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 Einsetzen 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 Aggregat Tasche, 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.
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 2014: EINSETZEN EINES HERZSCHRITTMACHERS (1/2)

Indikatoren		Bundesrate 2014	Referenz- bereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Leitlinienkonforme Indikationsstellung	bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	96,8	>= 90,00 %	97,4	●
Leitlinienkonforme Systemwahl	bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	97,6	>= 90,00 %	97,5	●
Eingriffsdauer		86,4	>= 60,00 %	85,4	●
Durchleuchtungszeit	bis 9 Minuten bei Einsatz eines Einkammersystems (VI)	95,2	nicht definiert %	95,8	●
	bis 18 Minuten bei Einsatz eines Zweikammersystems (DDD)	98,4	nicht definiert %	99,3	●
Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen		95,2	>= 90,00 %	95,7	●
Chirurgische Komplikationen		0,9	<= 2,00 %	0,6	●
Sondendislokation oder -dysfunktion		1,7	<= 3,00 %	1,1	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	1,4	nicht definiert %	1,6	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen (O/E)	0,9	<= 3,94	1,2	●

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2014: EINSETZEN EINES HERZSCHRITTMACHERS (2/2)

Indikatoren		Bundesrate 2014	Referenz- bereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Leitlinienkonforme Indikationsstellung	bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	96,8	>= 90,00 %	97,4	●
Leitlinienkonforme Systemwahl	bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	97,6	>= 90,00 %	97,5	●
Eingriffsdauer		86,4	<= 60,00 %	85,4	●
Durchleuchtungszeit	bis 9 Minuten bei Einsatz eines Einkammersystems (VI)	95,2	nicht definiert %	95,8	●
	bis 18 Minuten bei Einsatz eines Zweikammersystems (DDD)	98,4	nicht definiert %	99,3	●
Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen		95,2	>= 90,00 %	95,7	●
Chirurgische Komplikationen		0,9	<= 2,00 %	0,6	●
Sondendislokation oder -dysfunktion		1,7	<= 3,00 %	1,1	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	1,4	nicht definiert %	1,6	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen (O/E)	0,9	<= 3,94	1,2	●

● = innerhalb des Referenzbereiches ● = kein Referenzbereich definiert * Einrichtung der MediClin AG

	Bad Oldesloe	Bad Töiz	Bad Wildungen	Burg-lengenfeld	Coswig*	Goslar	Hamburg-Altona	Hamburg-Barmbek	Hamburg-St. Georg	Hamburg-Harburg	Hamburg-Nord	Hamburg-Wandsbek	Hamburg-Westklinikum	Kandel
	36	53	32	29	139	106	217	125	165	194	106	113	61	36
	100,0	98,1	100,0	100,0	92,1	98,1	99,1	99,2	98,7	98,9	99,0	98,2	96,6	100,0
	100,0	94,3	100,0	93,1	96,4	97,1	99,5	96,8	96,8	98,9	99,0	98,2	100,0	97,1
	75,0	75,5	87,5	41,4	92,8	97,2	91,2	86,4	70,7	97,9	99,1	88,5	93,4	58,3
	100,0	100,0	100,0	83,3	100,0	100,0	100,0	97,8	88,5	100,0	100,0	100,0	40,0	100,0
	100,0	95,1	100,0	100,0	100,0	100,0	99,4	100,0	99,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	91,7	93,9	98,4	95,7	95,0	99,2	98,9	83,7	95,3	97,7	98,5	99,1	97,9	98,5
	2,8	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,5	0,0	0,6	0,5	0,0	1,8	3,3	0,0
	0,0	1,9	6,3	0,0	0,7	0,0	2,8	1,6	0,6	1,6	0,0	0,9	1,6	0,0
	2,8	0,0	0,0	3,5	2,2	0,9	0,5	4,0	1,8	3,1	4,7	0,0	3,3	0,0
	1,8	0,0	0,0	2,7	1,1	0,6	0,3	2,3	1,6	3,5	4,4	0,0	2,7	0,0

	Lahr/Baden*	Langen	Melsungen	Parchim	Pasewalk	Radeberg	Schwalmsstadt	Schwedt	Sebnitz	Seesen	Waren*	Weißenfels
	145	81	40	97	54	72	67	100	45	46	52	79
	93,7	97,5	95,0	97,9	100,0	100,0	100,0	96,0	100,0	97,8	84,3	94,9
	94,3	98,7	77,5	100,0	96,1	100,0	100,0	97,9	100,0	100,0	94,1	100,0
	70,1	86,4	80,0	97,9	75,9	97,2	97,0	85,0	93,3	73,9	50,0	96,2
	94,1	94,4	100,0	100,0	85,7	100,0	93,3	94,7	88,9	100,0	95,8	90,9
	100,0	96,7	100,0	100,0	95,5	100,0	100,0	97,4	100,0	97,1	100,0	100,0
	89,7	99,3	89,3	97,7	93,6	99,3	98,0	92,7	93,8	99,4	98,2	98,3
	0,7	0,0	0,0	1,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0
	3,5	0,0	0,0	1,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0
	0,0	2,5	5,0	0,0	0,0	0,0	1,5	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,0	1,8	1,5	0,0	0,0	0,0	0,9	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0

HERZSCHRITTMACHER UND DEFIBRILLATOREN

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2014: WECHSELN DES HERZSCHRITTMACHER-AGGREGATS

Indikatoren		Bundesrate 2014	Referenz- bereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats	Einkammersysteme (AAI oder VVI): unter 4 Jahre	0,6	= 0 %	0	●
	Einkammersysteme (AAI oder VVI): über 6 Jahre	93,7	>= 75,00 %	93,4	●
	Zweikammersysteme (VDD oder DDD): unter 4 Jahre	0,4	= 0 %	0	●
	Zweikammersysteme (VDD oder DDD): über 6 Jahre	90,1	>= 50,00 %	89,5	●
	Dokumentation der Laufzeit	96,6	>= 90,00 %	97,4	●
Eingriffsdauer bis 45 Minuten		94,4	>= 60,00 %	92,6	●
Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden		96,3	>= 95,00 %	92,3	●
Chirurgische Komplikationen		0,1	<= 1,00 %	0,0	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	0,2	= 0 %	0	●

● = innerhalb des Referenzbereiches ● = außerhalb des Referenzbereiches ● = Sentinel Event * Einrichtung der MediClin AG

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2014: HERZSCHRITTMACHER-REVISION

Indikatoren		Bundesrate 2014	Referenz- bereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Indikation zum Folgeeingriff	Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde)	0,5	<= 2,33 %	0,3	●
	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem)	3,2	<= 6,00 %	2,8	●
	Infektion oder Aggregatperforation	0,3	<= 1,00 %	0,3	●
Chirurgische Komplikationen		0,9	<= 2,00 %	0,5	●
Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden		1,0	<= 3,00 %	0,4	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	1,3	nicht definiert %	1,1	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,1	<= 5,99	1,1	●

● = innerhalb des Referenzbereiches ● = kein Referenzbereich definiert * Einrichtung der MediClin AG

	Burg- lengenfeld	Coswig*	Goslar	Hamburg- Altona	Hamburg- St. Georg	Lahr/Baden*	Langen	Parchim	Schwedt	Waren*
	28	21	38	54	23	52	22	31	28	34
	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	83,3	-	84,6
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	100,0	100,0	93,6	89,5	72,7	92,7	88,2	76,0	88,2	95,2
	100,0	100,0	94,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	75,0	100,0
	92,9	100,0	100,0	98,2	78,3	92,3	100,0	100,0	71,4	100,0
	97,7	94,4	100,0	100,0	100,0	69,8	100,0	97,5	88,1	72,5
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0

	Coswig*	Hamburg- St. Georg	Hamburg- Harburg	Lahr/Baden*
	40	28	32	51
	0,6	0,0	0,0	1,0
	3,8	0,5	4,0	7,6
	0,0	0,5	0,5	1,0
	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,0	0,0	0,0	2,7
	0,0	7,1	0,0	0,0
	0,0	11,0	0,0	0,0

HERZSCHRITTMACHER UND DEFIBRILLATOREN

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2014: EINSETZEN EINES DEFIBRILLATORS

Indikatoren	Bundesrate 2014	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status	
Fallzahl					
Leitlinienkonforme Indikation	93,9	>= 90,00 %	94,1	●	
Leitlinienkonforme Systemwahl	95,1	>= 90,00 %	95,3	●	
Eingriffsdauer	87,4	>= 60,00 %	86,9	●	
Durchleuchtungszeit	bis 9 Min. bei Einsatz eines Einkammersystems (VVI)	94,3	nicht definiert %	92,8	●
	bis 18 Min. bei Einsatz eines Zweikammersystems (VDD, DDD)	95,7	nicht definiert %	95,2	●
	bis 60 Min. bei Einsatz eines CRT Systems	97,6	nicht definiert %	98,3	●
Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	95,0	>= 90,00 %	95,2	●	
Chirurgische Komplikationen	0,9	<= 2,00 %	0,5	●	
Sondendislokation oder -dysfunktion	0,9	<= 3,00 %	0,3	●	
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	0,6	nicht definiert %	0,6	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	0,9	<= 5,11	0,9	●

● = innerhalb des Referenzbereiches ● = kein Referenzbereich definiert * Einrichtung der MediClin AG

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2014: WECHSELN DES DEFIBRILLATOR-AGGREGATS

Indikatoren	Bundesrate 2014	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status	
Fallzahl					
Laufzeit des alten Defibrillator-Aggregats unter 3 Jahren	Einkammersystem (VVI) unter 3 Jahren	1,1	nicht definiert %	0,0	●
	Zweikammersystem (VDD, DDD) unter 3 Jahren	0,7	nicht definiert %	0,0	●
	CRT System unter 3 Jahren	1,8	nicht definiert %	1,7	●
Eingriffsdauer bis 60 Min.	92,9	>= 60,00 %	92,3	●	
Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	97,0	>= 95,00 %	95,2	●	
Chirurgische Komplikationen	0,4	<= 1,00 %	0,0	●	
Sterblichkeit im Krankenhaus	0,1	= 0 %	0	●	

● = innerhalb des Referenzbereiches ● = Sentinel Event ● = kein Referenzbereich definiert * Einrichtung der MediClin AG

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2014: DEFIBRILLATOR-REVISION

Indikatoren	Bundesrate 2014	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status	
Fallzahl					
Indikation zum Folgeeingriff (Revision)	Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde)	3,3	<= 8,61 %	2,9	●
	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem)	4,8	<= 6,00 %	4,5	●
	Infektion	1,1	<= 3,78 %	1,7	●
Chirurgische Komplikationen	1,3	<= 2,00 %	1,5	●	
Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	0,7	<= 3,00 %	0,0	●	
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	1,6	nicht definiert %	1,9	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	1,0	<= 3,71	1,2	●

● = innerhalb des Referenzbereiches ● = kein Referenzbereich 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	Schwalmsstadt	Schwedt	Weißenfels
	100	58	48	43	105	86	49	37	25	45	33	33	69	24
	96,0	100,0	100,0	97,7	96,2	94,2	93,9	94,6	96,0	86,7	93,9	90,9	94,2	91,7
	97,0	96,6	97,9	97,7	93,2	95,4	98,0	94,6	100,0	97,8	97,0	100,0	97,1	95,8
	86,9	89,7	83,3	88,4	88,4	93,0	98,0	91,9	100,0	68,9	75,8	100,0	89,7	91,7
	100,0	100,0	100,0	87,5	100,0	91,7	100,0	100,0	100,0	90,0	84,6	93,3	80,0	100,0
	100,0	94,7	100,0	100,0	100,0	90,9	100,0	89,5	100,0	100,0	83,3	100,0	84,6	100,0
	100,0	95,5	100,0	100,0	100,0	94,9	100,0	100,0	100,0	94,7	100,0	100,0	100,0	100,0
	96,0	99,5	99,4	89,7	96,7	97,3	95,9	97,4	100,0	89,6	99,1	94,6	93,8	89,7
	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0
	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	7,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

	Hamburg- Altona	Hamburg- St. Georg	Lahr/Baden*	Parchim
	28	61	28	21
	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,0	4,8	0,0	0,0
	96,4	90,2	92,9	95,2
	94,7	98,9	98,9	97,5
	0,0	0,0	0,0	0,0
	0	0	0	0

	Coswig*	Hamburg- St. Georg	Hamburg- Harburg	Lahr/Baden*
	43	56	32	25
	5,3	4,8	3,8	6,9
	3,5	5,4	2,9	5,5
	1,8	3,6	1,9	1,4
	2,3	1,8	6,3	0,0
	0,0	0,0	0,0	0,0
	2,3	0,0	6,3	0,0
	1,2	0,0	5,7	0,0

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
	Der Indikator zeigt an, bei wie vielen behandelten Patienten das Ziel des Eingriffs erreicht wird.
Flächendosisprodukt	Wiederherstellung der Durchblutung der Herzkranzgefäße bei Patienten ohne Herzinfarkt
	Dargestellt ist hier, wie häufig bei der Darstellung der Herzkranzgefäße das Flächendosisprodukt von 3.500 cGy*cm ² überschritten wird.
	Darstellung der Herzkranzgefäße mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²
	Ermittelt wird, wie häufig bei der Aufdehnung der Herzkranzgefäße das Flächendosisprodukt von 6.000 cGy*cm ² überschritten wird.
Indikation zur isolierten Darstellung der Herzkranzgefäße	Aufdehnung der Herzkranzgefäße mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ²
	Der Indikator zeigt an, wie häufig bei der Darstellung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße das Flächendosisprodukt von 8.000 cGy*cm ² überschritten wird.
	Darstellung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (Einzeitig-PCI) mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²
Indikation zur Darstellung der Herzkranzgefäße (Koronarangiographie)	Fehlende Dokumentation
	Ermittelt wird, wie häufig das Flächendosisprodukt nicht bestimmt wird.
Kontrastmittelmenge	Darstellung der Herzkranzgefäße trotz fehlender klinischer, nichtinvasiver Durchblutungsstörungen
	Mit diesem Indikator wird ermittelt, wie oft eine Darstellung der Herzkranzgefäße erfolgte, ohne dass die entsprechenden Voraussetzungen hierfür vorlagen.
	Durchblutungsstörungen (Ischämiezeichen)
MACCE	Mit diesem Indikator wird geprüft, ob die Entscheidung für die Herzkatheteruntersuchung durch entsprechende Befunde, wie z. B. Anzeichen für Durchblutungsstörungen in den Herzkranzgefäßen, gestützt wird.
	Isolierte Koronarangiographie mit einer Kontrastmittelmenge > 150 ml
	Der Indikator gibt an, wie viel Kontrastmittel bei der Darstellung der Herzkranzgefäße verabreicht wird.
Sterblichkeit im Krankenhaus	Isolierte PCI mit einer Kontrastmittelmenge > 200 ml
	Dargestellt wird hier, wie häufig es bei der Darstellung der Herzkranzgefäße zu schwerwiegenden Komplikationen (MACCE) gekommen ist.
	Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge > 250 ml
Therapieempfehlung	Schwerwiegende Komplikationen bei der Darstellung der Herzkranzgefäße
	Dieser Indikator zeigt an, wie häufig es bei der Aufdehnung der Herzkranzgefäße zu schwerwiegenden Komplikationen (MACCE) gekommen ist.
	Schwerwiegende Komplikationen bei der Aufdehnung der Herzkranzgefäße
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	Schwerwiegende Komplikationen bei der Aufdehnung der Herzkranzgefäße bei Patienten mit Herzinfarkt
	Ermittelt wird, wie häufig es bei der Aufdehnung und Darstellung der Herzkranzgefäße innerhalb eines Eingriffs zu schwerwiegenden Komplikationen (MACCE) gekommen ist.
	bei der Darstellung der Herzkranzgefäße (Koronarangiographie)
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	bei der Aufdehnung der Herzkranzgefäße (PCI)
	Angegeben ist hier, wie viele der behandelten Patienten während oder nach der Darstellung der Herzkranzgefäße verstorben sind.
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	unvollständige Dokumentation von Risikofaktoren
	Geprüft wird, wie viele der behandelten Patienten während oder nach der Aufdehnung der Herzkranzgefäße verstorben sind.
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	Dargestellt wird hier, bei wie vielen Patienten die Risikofaktoren nicht bekannt sind bzw. nicht dokumentiert wurden.
	Dieser Indikator gibt an, wie hoch der Anteil an Herzkatheteruntersuchungen ist, bei denen ein Nachweis einer Verengung der Herzkranzgefäße fehlt.
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	Angegeben ist das Verhältnis von beobachteter zu erwarteter Rate (O/E) an Todesfällen nach einer Darstellung 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	
	Je niedriger, desto besser	Um die mit dem Herzkathetereingriff verbundene Strahlenbelastung einschätzen zu können, wird die Menge an Strahlung (gray units – Gy), die von der bestrahlten Körperfläche (cm ²) aufgenommen wurde, ermittelt (Flächendosisprodukt). Das Flächendosisprodukt sollte möglichst gering ausfallen.
	Je niedriger, desto besser	
	Je niedriger, desto besser	Die Dokumentation des Flächendosisproduktes ist Voraussetzung für die Einschätzung der Strahlenbelastung.
	Je niedriger, desto besser	Eine Darstellung der Herzkranzgefäße sollte nur dann durchgeführt werden, wenn es deutliche Anzeichen für eine Verengung der Herzkranzgefäße gibt.
	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	Die Darstellung und/oder die Aufdehnung der Herzkranzgefäße wird an einem sogenannten Herzkathetermessplatz durchgeführt. Über einen Herzkatheter, der von der Arterie in der Leiste oder von einem Pulsgefäß am Unterarm aus bis in das Herz herangeschoben wird, werden die Herzkranzgefäße während der Untersuchung mit einem Kontrastmittel gefüllt. Kontrastmittel können gelegentlich Nebenwirkungen auslösen und beispielsweise zu einer Verschlechterung der Nierenfunktion führen. Die Menge des verabreichten Kontrastmittels sollte daher möglichst gering sein.
	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	Die Sterblichkeitsrate infolge einer Darstellung der Herzkranzgefäße (Koronarangiographie) oder der Aufdehnung bzw. des Einsatzes einer Gefäßprothese (PCI) sollte so gering wie möglich ausfallen.
	Je niedriger, desto besser	Vor der Durchführung eines Eingriffs sollte bekannt sein, ob bei den zu behandelnden Patienten Risikofaktoren, wie eine Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) oder eine Erkrankung der Nieren (Niereninsuffizienz) vorliegen.
	Je niedriger, desto besser	Von dem Befund der Herzkatheteruntersuchung hängt das weitere Vorgehen, die individuell zugeschnittene Therapie ab. Wird bei der Darstellung der Herzkranzgefäße am Linksherzkathetermessplatz eine Verengung der Herzkranzgefäße festgestellt, kann die Verengung durch den Einsatz eines Ballonkatheters beseitigt werden. Es erfolgt eine Aufdehnung von Herzkranzgefäßen.
	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 2014: DARSTELLUNG UND AUFDEHNUNG DER HERZKIRKZGEFÄSSE (1/2)

Indikatoren	
Fallzahl Darstellung der Herzkranzgefäße	
Fallzahl Aufdehnung der Herzkranzgefäße	
Indikation zur geplanten, isolierten Darstellung der Herzkranzgefäße (Koronarangiographie)	objektive, nicht invasive Durchblutungsstörungen Anteil ohne krankhaften Befund
Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI	Wiederherstellung der Durchblutung bei Patienten mit Herzinfarkt Wiederherstellung der Durchblutung bei allen Patienten ohne Herzinfarkt
MACCE	Schwerwiegende Komplikationen bei der Darstellung der Herzkranzgefäße Schwerwiegende Komplikationen bei der Aufdehnung der Herzkranzgefäße Schwerwiegende Komplikationen bei der Aufdehnung der Herzkranzgefäße bei Patienten mit Herzinfarkt
Sterblichkeit im Krankenhaus	bei der isolierten Darstellung der Herzkranzgefäße Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei der Darstellung der Herzkranzgefäße bei der Aufdehnung der Herzkranzgefäße Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei der Aufdehnung der Herzkranzgefäße unvollständige Dokumentation von Risikofaktoren
Flächendosisprodukt	Darstellung der Herzkranzgefäße mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ² Aufdehnung der Herzkranzgefäße mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ² Darstellung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (Einzeitig PCI) mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ² Fehlende Dokumentation
Kontrastmittelmenge	bei der Darstellung der Herzkranzgefäße über 150 ml bei der Aufdehnung der Herzkranzgefäße über 200 ml bei der Darstellung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (Einzeitig PCI) über 250 ml

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2014: DARSTELLUNG UND AUFDEHNUNG DER HERZKIRKZGEFÄSSE (2/2)

Indikatoren	
Fallzahl Darstellung der Herzkranzgefäße	
Fallzahl Aufdehnung der Herzkranzgefäße	
Indikation zur geplanten, isolierten Darstellung der Herzkranzgefäße (Koronarangiographie)	objektive, nicht invasive Durchblutungsstörungen Anteil ohne krankhaften Befund
Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI	Wiederherstellung der Durchblutung bei Patienten mit Herzinfarkt Wiederherstellung der Durchblutung bei allen Patienten ohne Herzinfarkt
MACCE	Schwerwiegende Komplikationen bei der Darstellung der Herzkranzgefäße Schwerwiegende Komplikationen bei der Aufdehnung der Herzkranzgefäße Schwerwiegende Komplikationen bei der Aufdehnung der Herzkranzgefäße bei Patienten mit Herzinfarkt
Sterblichkeit im Krankenhaus	bei der isolierten Darstellung der Herzkranzgefäße Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei der Darstellung der Herzkranzgefäße bei der Aufdehnung der Herzkranzgefäße Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei der Aufdehnung der Herzkranzgefäße unvollständige Dokumentation von Risikofaktoren
Flächendosisprodukt	Darstellung der Herzkranzgefäße mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ² Aufdehnung der Herzkranzgefäße mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ² Darstellung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (Einzeitig PCI) mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ² Fehlende Dokumentation
Kontrastmittelmenge	bei der Darstellung der Herzkranzgefäße über 150 ml bei der Aufdehnung der Herzkranzgefäße über 200 ml bei der Darstellung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (Einzeitig PCI) über 250 ml

● = innerhalb des Referenzbereiches ● = kein Referenzbereich definiert * Einrichtung der MediClin AG

	Bundesrate 2014	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamttrate	Status	Bad Oldesloe	Bad Tölz	Bad Wildungen	Burg-lengenfeld	Coswig*	Crivitz*	Gemmersheim	Goslar	Hamburg-Altona	Hamburg-Bambek	Hamburg-St. Georg	Hamburg-Harburg	Hamburg-Nord
					249	236	95	181	1.526	31	39	691	966	539	1.151	551	700
					188	133	19	73	871	6	25	343	1.043	524	1.009	554	565
	51,0	>= 20,87%	57,7	●	64,8	85,1	85,5	92,9	44,7	34,8	86,4	-	71,2	62,1	41,0	51,2	74,0
	32,3	nicht definiert %	35,1	●	31,2	32,8	36,6	9,2	41,0	68,2	38,9	-	27,6	29,5	55,7	27,0	40,4
	89,9	>= 78,26%	89,7	●	79,5	80,0	100,0	-	94,2	-	100,0	92,3	89,1	96,8	91,2	86,5	86,9
	94,6	>= 89,09%	95,3	●	92,0	98,9	100,0	91,5	94,8	100,0	100,0	100,0	98,1	97,5	96,6	94,7	97,9
	1,4	nicht definiert %	1,7	●	1,7	1,4	1,1	0,6	0,9	0,0	0,0	2,3	2,3	1,0	3,1	3,6	2,2
	3,7	nicht definiert %	4,7	●	2,9	2,4	0,0	1,4	4,2	0,0	0,0	5,1	5,0	5,2	4,5	7,3	5,3
	9,4	nicht definiert %	13,7	●	5,0	13,3	0,0	-	6,9	-	0,0	20,0	17,0	15,3	16,2	14,3	13,0
	1,3	nicht definiert %	1,4	●	1,7	1,4	1,1	0,0	0,4	0,0	0,0	1,2	2,1	1,0	3,1	3,2	2,2
	1,0	<= 2,56	0,9	●	1,1	0,9	0,6	0,0	0,3	0,0	0,0	1,4	1,3	0,5	1,4	2,7	1,5
	2,9	nicht definiert %	4,0	●	1,7	1,6	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	5,1	4,8	4,8	4,2	6,9	5,3
	1,0	<= 2,36	1,1	●	0,6	0,3	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	2,0	1,3	1,3	1,4	1,5	1,3
	1,9	<= 4,21%	0,5	●	0,2	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	1,6	0,0	0,8	0,5	0,2	0,4	0,7
	21,3	<= 43,92%	14,0	●	7,6	14,0	4,2	5,0	11,2	6,5	5,1	0,0	9,8	1,9	39,1	8,9	2,7
	26,4	<= 54,02%	27,1	●	-	33,3	0,0	0,0	19,9	-	0,0	0,0	3,1	0,0	51,6	14,3	38,4
	20,0	<= 43,65%	12,5	●	9,6	19,2	0,0	2,4	7,7	0,0	0,0	0,0	6,4	0,2	34,4	5,4	5,9
	0,6	<= 1,70%	0,6	●	0,0	0,0	0,9	0,8	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,6	0,0	0,0
	7,4	<= 18,12%	4,7	●	17,3	1,7	2,1	7,7	4,7	3,2	2,6	0,0	2,9	0,9	9,7	2,0	0,0
	20,4	<= 45,50%	21,2	●	-	66,7	0,0	6,3	16,7	-	0,0	0,0	25,0	0,0	29,0	8,6	0,0
	15,3	<= 34,22%	8,8	●	30,3	6,9	0,0	4,9	5,2	0,0	4,2	0,0	13,5	4,2	12,7	4,6	0,2

	Bundesrate 2014	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamttrate	Status	Hamburg-Wandsbek	Hamburg-Westklinikum	Kandel	Lahr/Baden*	Langen	Melsungen	Parchim	Radeberg	Schwaistadt	Schweidt	Seligenstadt	Weißfels	Westerland/Sylt
					586	389	237	1.147	492	54	33	82	390	872	31	550	40
					594	383	113	461	437	42	34	49	395	480	0	208	16
	51,0	>= 20,87%	57,7	●	11,8	62,2	84,6	54,3	75,7	31,7	95,0	65,1	41,0	64,9	60,0	67,5	66,7
	32,3	nicht definiert %	35,1	●	25,0	41,1	29,0	44,7	34,8	34,6	46,2	13,8	23,2	20,9	40,0	3,8	8,3
	89,9	>= 78,26%	89,7	●	88,0	90,0	80,8	80,8	95,4	90,0	100,0	81,8	90,1	93,2	-	90,3	100,0
	94,6	>= 89,09%	95,3	●	95,5	97,6	93,5	88,3	93,6	96,0	100,0	100,0	96,5	90,6	-	92,9	100,0
	1,4	nicht definiert %	1,7	●	1,1	1,7	2,2	0,6	2,4	0,0	3,0	0,0	1,3	1,4	0,0	1,0	0,0
	3,7	nicht definiert %	4,7	●	5,4	2,8	9,8	3,3	4,4	7,1	2,9	4,1	5,1	4,8	-	3,9	6,7
	9,4	nicht definiert %	13,7	●	15,1	14,6	21,4	6,7	8,6	18,2	100,0	18,2	13,2	13,8	-	16,7	0,0
	1,3	nicht definiert %	1,4	●	1,1	1,7	1,7	0,1	2,4	0,0	3,0	0,0	1,0	1,1	0,0	1,0	0,0
	1,0	<= 2,56	0,9	●	0,5	0,9	2,5	0,1	0,9	0,0	1,7	0,0	1,1	0,7	0,0	0,5	0,0
	2,9	nicht definiert %	4,0	●	4,8	1,9	9,8	0,9	3,5	7,1	2,9	4,1	4,8	3,8	-	3,9	6,7
	1,0	<= 2,36	1,1	●	0,9	0,7	2,2	0,6	0,7	2,8	0,6	1,1	1,8	1,0	-	0,6	0,7
	1,9	<= 4,21%	0,5	●	0,1	0,0	0,9	0,3	0,1	2,1	0,0	0,0	2,9	0,5	0,0	1,2	0,0
	21,3	<= 43,92%	14,0	●	8,7	7,7	10,6	11,1	11,4	3,7	21,2	3,7	9,0	29,9	0,0	33,3	20,0
	26,4	<= 54,02%	27,1	●	0,0	50,0	50,0	4,4	13,5	-	-	0,0	0,0	49,7	-	39,6	-
	20,0	<= 43,65%	12,5	●	9,3	25,4	1,0	5,5	10,7	7,1	41,2	4,4	15,0	26,0	-	24,5	18,8
	0,6	<= 1,70%	0,6	●	0,0	0,1	0,0	4,9	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
	7,4	<= 18,12%	4,7	●	0,5	2,6	4,2	7,6	2,9	1,9	6,1	3,7	3,9	9,2	0,0	3,1	7,5
	20,4	<= 45,50%	21,2	●	0,0	6,3	60,0	44,8	7,7	-	-	0,0	0,0	34,5	-	15,1	-
	15,3	<= 34,22%	8,8	●	1,2	3,0	4,9	31,5	6,0	11,9	2,9	4,4	14,7	8,7	-	7,7	25,0

HERZCHIRURGIE

QUALITÄTSINDIKATOREN HERZCHIRURGIE

Indikatoren		Was wird gemessen?
Indikation	zum kathetergestützten Aortenklappenersatz	Geprüft wird, ob eine sachgerechte Indikationsstellung erfolgt.
Gefäßkomplikationen	bei kathetergestütztem Aortenklappenersatz	Angegeben ist die Häufigkeit, mit der es während eines kathetergestützten Eingriffs an der Aortenklappe zu Gefäßkomplikationen gekommen ist.
Komplikationen während der Operation	bei offen-chirurgischem oder kathetergestütztem Eingriff an der Aortenklappe	Ermittelt wird, wie häufig während des Eingriffs Komplikationen auftraten.
Neurologische Komplikationen		Dargestellt ist die Häufigkeit, mit der es zu neurologischen Störungen gekommen ist.
Postoperative Mittelfellentzündung	Patienten nach geplanter oder dringlicher Operation Patienten mit geringen Risikofaktoren	Betrachtet wird, wie häufig bei Patienten, bei denen vor der Operation keine Mittelfellentzündung bestand, nach einem Eingriff am Herzen eine Mittelfellentzündung auftrat.
Sterblichkeit im Krankenhaus	bei allen Patienten	Der Indikator zeigt an, wie häufig Patienten nach einer Operation am Herzen verstarben.
	bei Patienten mit geplanter/dringlicher Operation	
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allen Patienten	Angegeben ist das Verhältnis von beobachteter zur erwarteter Rate an Todesfällen.
Verwendung körpereigener Gefäße		Mit diesem Indikator wird geprüft, wie häufig die innere Brustwandarterie als Bypass für die Herzkranzgefäße verwendet wurde.

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	
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	
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.

HERZCHIRURGIE

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2014: OPERATIONEN AN DEN HERZKLANZGEFÄSSEN

Indikatoren	Bundesrate 2014	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status	Coswig*	Hamburg-Cardioclinc	Hamburg-St. Georg	Lahr/Baden*
Fallzahl					514	94	374	520
Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	94,4	>= 90,00 %	94,0	●	90,8	98,9	94,3	95,6
Postoperative Mediastinitis	nach geplanter/dringlicher Operation	0,3	nicht definiert %	●	0,8	0,0	4,8	0,2
	bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	0,3	<= 1,10 %	●	0,7	0,0	0,8	0,5
Neurologische Komplikationen	bei geplanter/dringlicher Operation	0,9	<= 2,03 %	●	0,9	1,2	1,7	1,0
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	2,8	nicht definiert %	●	6,4	0,0	3,5	0,8
	nach geplanter/dringlicher Operation	1,7	nicht definiert %	●	3,9	0,0	1,6	0,7
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	1,0	<= 1,65	●	1,4	0,0	0,9	0,2

● = innerhalb des Referenzbereiches ● = kein Referenzbereich definiert * Einrichtung der MediClin AG

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2014: KATHETERGESTÜTZTE OPERATIONEN AN DER AORTENKLAPPE

Indikatoren	Bundesrate 2014	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status	Coswig*	Hamburg-Cardioclinc	Hamburg-St. Georg	Lahr/Baden*
Fallzahl					68	101	266	53
Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz	nach logistischem euroSCORE I	77,2	>= 85,00 %	●	97,1	90,8	55,6	41,5
	nach logistischem Aortenklappenscore 2.0	68,6	nicht definiert %	●	97,1	86,1	28,8	13,5
Neurologische Komplikationen	bei geplanter/dringlicher Operation	1,4	<= 3,71 %	●	0,0	1,1	2,6	2,1
Intraprozedurale Komplikationen		3,9	<= 9,44 %	●	1,5	3,0	1,1	3,8
Gefäßkomplikationen		6,5	<= 16,21	●	0,0	2,0	4,9	9,4
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	4,2	nicht definiert %	●	7,4	1,0	5,3	1,9
	nach geplanter/dringlicher Operation	3,9	nicht definiert %	●	7,4	1,0	3,8	2,0
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	0,7	<= 1,99	●	1,6	0,2	0,9	0,3

● = innerhalb des Referenzbereiches ● = nicht definiert ● = außerhalb des Referenzbereiches * Einrichtung der MediClin AG

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2014: KONVENTIONELL-CHIRURGISCHE OPERATIONEN AN DER AORTENKLAPPE

Indikatoren		Bundesrate 2014	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status	Coswig*	Hamburg-St. Georg	Lahr/Baden*
Fallzahl						103	91	146
Postoperative Mediastinitis	nach geplanter/dringlicher Operation	0,1	nicht definiert %	0,6	●	0,0	1,1	0,7
	bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	0,1	<= 1,04 %	0,4	●	0,0	0,0	0,8
Neurologische Komplikationen	bei geplanter/dringlicher Operation	1,1	<= 3,64 %	0,6	●	0,0	0,0	1,4
Intraprozedurale Komplikationen		0,8	<= 2,86 %	1,4	●	1,0	2,2	1,4
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	2,7	nicht definiert %	2,2	●	3,9	2,2	0,7
	nach geplanter/dringlicher Operation	2,1	nicht definiert %	1,4	●	2,0	2,3	0,0
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	0,9	<= 1,88	0,8	●	1,6	1,1	0,2

● = innerhalb des Referenzbereiches ● = nicht definiert * Einrichtung der MediClin AG

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2014: KOMBINIERTE EINGRIFFE AN DER AORTENKLAPPE UND DEN HERZKIRANZGEFÄSSEN

Indikatoren		Bundesrate 2014	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status	Coswig*	Hamburg-St. Georg	Lahr/Baden*
Fallzahl						65	46	76
Postoperative Mediastinitis	nach geplanter/dringlicher Operation	0,4	nicht definiert %	1,1	●	0,0	0,0	2,7
	bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	0,3	<= 2,55 %	1,5	●	0,0	0,0	2,9
Neurologische Komplikationen	bei geplanter/dringlicher Operation	2,0	<= 5,26 %	0,0	●	0,0	0,0	0,0
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	4,5	nicht definiert %	6,6	●	10,8	11,0	0,0
	nach geplanter/dringlicher Operation	3,8	nicht definiert %	4,8	●	8,2	8,0	0,0
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	1,1	<= 2,09	1,1	●	2,8	1,0	0,0

● = innerhalb des Referenzbereiches ● = nicht definiert * Einrichtung der MediClin AG

ENDOPROTHETIK

QUALITÄTSINDIKATOREN ENDOPROTHETIK

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.	
Endoprothesenluxation	Dieser Indikator zeigt an, wie häufig bei Patienten mit einer endoprothetischen Versorgung ein Ausrenken des Gelenkes, eine Luxation, aufgetreten ist.	
Endoprothetische Versorgung bei medialer Schenkelhalsfraktur	Ermittelt wird hier, wie häufig das Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenkes erfolgt.	
Fraktur	Angezeigt ist hier, wie häufig während oder nach dem Einsetzen oder Wechseln eines künstlichen Knie- oder Hüftgelenkes ein Bruch aufgetreten ist.	
Gefäßläsion/Nervenschaden	Mit diesem Indikator wird geprüft, bei wie vielen der behandelten Patienten Gefäßläsionen oder Nervenschäden aufgetreten sind.	
Implantatfehlage, Implantat-Dislokation oder Fraktur	Geprüft wird, wie häufig die entsprechenden Komplikationen aufgetreten sind.	
Indikation	Mit diesem Indikator wird geprüft, ob die für eine Entscheidung zur Operation erforderlichen Voraussetzungen, wie Schmerzen oder radiologische Kriterien, erfüllt sind.	
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	Der Indikator gibt Auskunft darüber, ob die Leitlinien eingehalten werden und eine Antibiotikagabe erfolgte.	
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.
Postoperative Wundinfektion	Dieser Indikator zeigt an, wie häufig nach der Operation Wundinfektionen aufgetreten sind.	
Präoperative Verweildauer	Dieser Indikator misst, bei wie vielen Patienten die Operation erst nach mehr als 48 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	Patienten mit osteosynthetischer oder endoprothetischer Versorgung	Möglichst wenige Patienten mit einem hüftgelenksnahen Oberschenkelhalsbruch sollten versterben.
	Patienten mit Risikofaktor ASA 1–2 oder mit ASA 3	Betrachtet wird die Sterblichkeit bei Patienten mit leichten Allgemeinerkrankungen (ASA 1–2) sowie bei Patienten mit schweren Allgemeinerkrankungen (ASA 3).
	Alle Patienten	Angegeben ist hier, wie viele Patienten nach dem Einsetzen oder dem Wechseln eines künstlichen Hüft- oder Kniegelenkes verstorben sind.
Wundhämatome/Nachblutungen	Ermittelt wird, wie häufig Wundhämatome oder Nachblutungen aufgetreten sind.	
Verhältnis von beobachteter zu erwarteter Rate (O/E)	Allgemeine postoperative Komplikationen	Angegeben ist das Verhältnis von beobachteter zu erwarteter Rate an Komplikationen.
	Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung	
	Endoprothesenluxation	
	Fraktur	
	Gefäßläsion/Nervenschaden	
	Implantatfehlage, Implantat-Dislokation oder Fraktur	
	Postoperative Wundinfektion	
	Re-Operation aufgrund von Komplikationen	
	Sterblichkeit im Krankenhaus	
Wundhämatome/Nachblutungen		

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	Bei Patienten, die ein künstliches Hüftgelenk erhalten haben oder bei denen Teile des Hüftgelenkes ersetzt wurden, kann eine Fehlstellung der gelenkbildenden Knochen (Ausrenkung des Kopfes aus der Hüftpfanne) zueinander auftreten (Luxation). Eine Luxation kann durch unkontrollierte, extreme Bewegungen oder Stürze ausgelöst werden und lässt sich selbst bei optimaler Durchführung der Erstimplantation nicht immer verhindern.
Je höher, desto besser	Bei Patienten, die älter als 80 Jahre sind und bei denen die Schenkelhalsfraktur einen hohen Schweregrad aufweist (Garden III oder IV), sollte ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt werden. So soll eine möglichst schnelle Wiederherstellung der Mobilität und Belastbarkeit erreicht werden.
Je niedriger, desto besser	Ein unerwünschter Bruch des Knochens (Fraktur) sollte sowohl während als auch nach der Operation nicht auftreten.
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	Ein künstliches Hüft- oder 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	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 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.
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 48 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 hüftgelenknahen Oberschenkelhalsbruch haben häufig ein höheres Lebensalter und bereits mehrere Neben-erkrankungen. 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	Um Patienten eines Krankenhauses miteinander vergleichen zu können, wird die sog. ASA-Klassifikation verwendet. Hierbei werden Patienten entsprechend ihres körperlichen Zustandes in verschiedene Gruppen eingeteilt.
Je niedriger, desto besser	Aufgrund der Diagnose „Gelenkverschleiß“ werden vorwiegend Patienten über 60 Jahre operiert. Diese haben durch ihre Begleiterkrankungen ein höheres Sterberisiko. Für diese Patienten stellt die Operation ein derart hohes Risiko dar, dass sie in seltenen Fällen auch daran sterben können. Die Rate der verstorbenen Patienten sollte trotzdem möglichst gering sein.
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 2014: HÜFTGELENKSNÄHER OBERSCHENKELBRUCH (1/2)

Indikatoren		Bundesrate 2014	Referenz- bereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Präoperative Verweildauer	Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme oder sturzbedingter Fraktur im Krankenhaus	12,3	<= 15,00%	10,8	●
Endoprothetische Versorgung bei medialer Schenkelhalsfraktur	Endoprothetische Versorgung bei Patienten über 80 Jahren mit medialer Schenkelhalsfraktur	98,8	>= 90,00%	99,1	●
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei endoprothetischer Versorgung	99,7	>= 95,00%	99,6	●
	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei osteosynthetischer Versorgung	99,2	>= 96,67%	99,7	●
Gehunfähigkeit	bei allen Patienten	4,7	nicht definiert %	4,0	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 2,92	0,9	●
Gefäßläsion/Nervenschaden	bei allen Patienten	0,1	nicht definiert %	0,1	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 18,81	0,6	●
Implantatfehl- lage, Implantat- Dislokation oder Fraktur	bei allen Patienten	1,0	nicht definiert %	0,9	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 1,90	0,9	●
Endoprothesenluxation	bei allen Patienten	0,7	nicht definiert %	0,6	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 6,96	0,8	●
Postoperative Wundinfektion	bei allen Patienten	1,0	nicht definiert %	1,1	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 2,86	1,1	●
Wundhämatome/Nachblutungen	bei allen Patienten	1,5	nicht definiert %	1,1	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 3,92	0,7	●
Allgemeine postoperative Komplikationen	bei allen Patienten	3,1	nicht definiert %	3,5	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 2,51	1,1	●
Re-Operationen aufgrund von Komplikationen	bei allen Patienten	2,8	nicht definiert %	2,3	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 4,24	0,8	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	bei Patienten mit ASA 1–2	0,7	= 0,0 %	0,9	●
	bei Patienten mit ASA 3	5,0	nicht definiert %	4,6	●
	Patienten mit osteosynthetischer Versorgung	4,7	<= 10,44 %	4,8	●
	Patienten mit endoprothetischer Versorgung	5,9	<= 13,85 %	5,8	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	nicht definiert	1,1	●

● = innerhalb des Referenzbereiches ● = Sentinel Event ● = kein Referenzbereich definiert * Einrichtung der MediClin AG

	Bad Dübren*	Bad Oldesloe	Bad Tölz	Bad Wildungen	Burg-lengenfeld	Crivitz*	Germersheim	Goslar	Hamburg-Altona	Hamburg-Barmbek	Hamburg-St. Georg	Hamburg-Harburg	Hamburg-Nord	Hamburg-Wandsbek	Hamburg-Westklinikum	Kandel	Langen
	28	85	89	40	34	29	52	164	259	207	96	121	268	183	170	67	167
	7,1	18,8	13,5	2,5	0,0	13,8	1,9	9,8	6,6	11,1	10,4	5,0	14,2	14,2	11,2	17,9	9,6
	100,0	100,0	100,0	80,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	98,2	97,4	100,0	100,0	97,6
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	98,2	98,9	100,0	100,0	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,4	100,0	100,0	100,0	98,8
	3,6	2,6	1,2	2,8	0,0	0,0	2,1	0,7	6,2	2,5	2,2	0,9	14,6	8,5	3,1	4,8	1,9
	0,9	0,6	0,3	0,6	0,0	0,0	0,4	0,2	1,3	0,5	0,5	0,2	3,2	1,8	0,7	1,1	0,5
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,7	0,0	0,0	0,0
	0,0	0,0	2,3	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,5	0,0	0,8	0,8	0,0	1,2	1,5	1,2
	0,0	0,0	2,2	4,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,5	0,0	0,8	0,8	0,0	1,1	1,4	1,1
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,8	0,0	0,0	1,8	0,9	1,1	1,3	0,0	0,0
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	1,1	0,0	0,0	2,5	1,3	1,5	1,7	0,0	0,0
	0,0	1,2	2,3	0,0	2,9	0,0	0,0	1,8	0,8	1,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,6	1,5	1,2
	0,0	1,1	2,5	0,0	3,2	0,0	0,0	1,8	0,8	0,9	0,0	0,0	0,4	0,0	0,6	1,5	1,4
	3,6	0,0	1,1	2,5	0,0	0,0	1,9	3,7	0,0	1,0	1,1	0,8	0,0	0,0	0,0	3,0	0,6
	2,6	0,0	0,7	1,6	0,0	0,0	1,3	2,7	0,0	0,6	0,7	0,6	0,0	0,0	0,0	2,0	0,5
	3,6	9,4	7,9	2,5	0,0	3,5	7,7	0,6	2,0	1,0	2,1	5,8	7,8	0,6	1,8	3,0	0,6
	1,7	2,7	2,7	0,8	0,0	1,0	1,9	0,2	0,6	0,3	0,8	1,8	2,4	0,2	0,6	1,1	0,2
	3,6	1,2	4,5	5,0	2,9	0,0	1,9	4,9	0,8	2,4	1,0	1,7	1,1	1,1	1,8	4,5	1,8
	1,4	0,4	1,7	1,7	1,1	0,0	0,7	1,8	0,3	0,9	0,4	0,6	0,4	0,4	0,6	1,6	0,7
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,8	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,0	1,9	4,4	8,7	0,0	0,0	0,0	6,1	3,9	0,7	5,4	7,2	3,2	3,0	1,0	8,3	13,2
	0,0	4,8	4,4	7,4	4,6	5,0	0,0	7,9	1,6	3,2	4,7	3,1	5,7	4,6	2,3	0,0	6,0
	0,0	11,6	9,3	15,4	8,3	0,0	19,1	8,0	7,1	2,8	0,0	8,9	4,6	2,2	5,0	11,1	7,8
	0,0	1,3	1,4	2,0	1,2	0,6	1,1	1,8	0,8	0,5	0,7	1,2	1,0	0,7	0,7	1,6	2,3

ENDOPROTHETIK

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2014: HÜFTGELENKSNÄHER OBERSCHENKELBRUCH (2/2)

Indikatoren		Bundesrate 2014	Referenz- bereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Präoperative Verweildauer	Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme oder sturzbedingter Fraktur im Krankenhaus	12,3	<= 15,00 %	10,8	●
Endoprothetische Versorgung bei medialer Schenkelhalsfraktur	Endoprothetische Versorgung bei Patienten über 80 Jahren mit medialer Schenkelhalsfraktur	98,8	>= 90,00 %	99,1	●
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei endoprothetischer Versorgung	99,7	>= 95,00 %	99,6	●
	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei osteosynthetischer Versorgung	99,2	>= 96,67 %	99,7	●
Gehunfähigkeit	bei allen Patienten	4,7	nicht definiert %	4,0	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 2,92	0,9	●
Gefäßläsion/Nervenschaden	bei allen Patienten	0,1	nicht definiert %	0,1	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 18,81	0,6	●
Implantatfehl- lage, Implantat- Dislokation oder Fraktur	bei allen Patienten	1,0	nicht definiert %	0,9	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 1,90	0,9	●
Endoprothesenluxation	bei allen Patienten	0,7	nicht definiert %	0,6	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 6,96	0,8	●
Postoperative Wundinfektion	bei allen Patienten	1,0	nicht definiert %	1,1	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 2,86	1,1	●
Wundhämatome/Nachblutungen	bei allen Patienten	1,5	nicht definiert %	1,1	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 3,92	0,7	●
Allgemeine postoperative Komplikationen	bei allen Patienten	3,1	nicht definiert %	3,5	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 2,51	1,1	●
Re-Operationen aufgrund von Komplikationen	bei allen Patienten	2,8	nicht definiert %	2,3	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 4,24	0,8	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	bei Patienten mit ASA 1-2	0,7	= 0,0 %	0,9	●
	bei Patienten mit ASA 3	5,0	nicht definiert %	4,6	●
	Patienten mit osteosynthetischer Versorgung	4,7	<= 10,44 %	4,8	●
	Patienten mit endoprothetischer Versorgung	5,9	<= 13,85 %	5,8	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	nicht definiert	1,1	●

● = innerhalb des Referenzbereiches ● = Sentinel Event ● = kein Referenzbereich definiert * Einrichtung der MediClin AG

	Lich	Lindau	Melsungen	Oschatz	Parchim	Pasewalk	Plau am See*	Radeberg	Schwalmsstadt	Schwedt	Sebnitz	Seesen	Seligenstadt	Waren*	Weifenfels	Westerland/ Sylt	Wiesbaden
	95	56	56	63	54	66	52	75	77	85	57	67	93	43	104	36	100
	5,3	1,8	10,7	15,9	14,8	10,6	5,8	6,7	9,1	16,5	5,3	11,9	16,1	37,2	8,7	19,4	9,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	93,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	96,4	88,9	100,0	100,0	100,0
	100,0	100,0	100,0	96,0	95,7	95,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	100,0	100,0	96,6	100,0	96,7	100,0	95,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	1,2	0,0	0,0	3,3	6,5	17,5	0,0	0,0	0,0	2,5	0,0	7,8	1,1	4,8	3,4	0,0	0,0
	0,2	0,0	0,0	0,7	1,3	3,4	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	1,5	0,2	1,1	0,7	0,0	0,0
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,1	0,0	0,0
	0,0	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	1,3	1,2	1,8	1,5	0,0	0,0	3,9	2,8	0,0
	0,0	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	1,3	1,1	1,8	1,4	0,0	0,0	3,9	2,3	0,0
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,3	0,0	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	0,0	0,0
	1,1	0,0	0,0	3,2	5,6	1,5	0,0	0,0	0,0	3,5	3,5	0,0	0,0	4,7	6,7	0,0	0,0
	0,9	0,0	0,0	3,2	4,8	1,3	0,0	0,0	0,0	3,7	3,4	0,0	0,0	4,7	6,6	0,0	0,0
	1,1	0,0	0,0	4,8	0,0	3,0	0,0	1,3	0,0	0,0	7,0	0,0	0,0	7,0	3,9	0,0	0,0
	0,7	0,0	0,0	3,3	0,0	2,0	0,0	0,8	0,0	0,0	4,8	0,0	0,0	5,0	2,4	0,0	0,0
	10,5	0,0	3,6	9,5	7,4	1,5	5,8	4,0	0,0	3,5	0,0	1,5	1,1	9,3	6,7	2,8	1,0
	3,0	0,0	1,1	3,4	2,3	0,5	2,1	1,1	0,0	1,3	0,0	0,4	0,3	2,8	2,2	0,9	0,3
	2,1	3,6	0,0	6,4	0,0	1,5	0,0	4,0	1,3	3,5	5,3	1,5	0,0	4,7	9,6	2,8	0,0
	0,7	1,3	0,0	2,2	0,0	0,5	0,0	1,5	0,4	1,3	1,9	0,5	0,0	1,7	3,3	1,1	0,0
	3,7	0,0	0,0	0,0	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	8,9	4,9	6,8	5,1	15,6	3,6	7,1	0,0	0,0	9,8	0,0	0,0	1,6	0,0	17,7	6,7	2,0
	12,7	4,4	3,5	2,8	16,7	7,1	0,0	0,0	5,1	4,7	2,6	2,9	0,0	3,5	12,9	0,0	10,0
	5,1	3,0	11,1	4,0	13,0	0,0	6,9	8,0	0,0	7,3	0,0	6,3	2,0	0,0	18,2	5,3	1,7
	1,8	0,7	1,3	0,8	3,3	0,9	1,0	0,5	0,5	1,5	0,3	0,7	0,2	0,5	3,3	0,5	1,0

ENDOPROTHETIK

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2014: EINSETZEN EINES KÜNSTLICHEN HÜFTGELENKES (1/2)

Indikatoren		Bundesrate 2014	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Indikation	Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenkes bei erfüllten Indikationskriterien	95,8	>= 90,00 %	97,2	●
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	99,7	>= 95,00 %	99,8	●
Postoperative Beweglichkeit	Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach der Neutral-Null-Methode	97,5	>= 95,00 %	98,9	●
	Beweglichkeit bei Entlassung	99,3	>= 95,00 %	99,7	●
Gehunfähigkeit	bei allen Patienten	0,3	nicht definiert %	0,3	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,8	<= 5,63	0,7	●
Gefäßläsion oder Nervenschaden	bei allen Patienten	0,3	nicht definiert %	0,3	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,9	<= 6,76	1,1	●
Implantatfehl- lage, Implantat- Dislokation oder Fraktur	bei allen Patienten	1,0	nicht definiert %	1,2	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 4,07	1,3	●
Endoprothesenluxation	bei allen Patienten	0,3	nicht definiert %	0,2	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 10,63	0,7	●
Postoperative Wundinfektion	bei allen Patienten	0,4	nicht definiert %	0,4	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,9	<= 6,37	0,8	●
Wundhämatome/Nachblutungen	bei allen Patienten	0,9	nicht definiert %	0,8	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 9,20	0,9	●
Allgemeine postoperative Komplikationen	bei allen Patienten	1,0	nicht definiert %	0,7	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,9	<= 3,20	0,7	●
Re-Operationen aufgrund von Komplikationen	bei allen Patienten	1,4	nicht definiert %	1,4	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 6,01	1,0	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	0,2	= 0 %	0,2	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	nicht definiert	0,8	●

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2014: EINSETZEN EINES KÜNSTLICHEN HÜFTGELENKES (2/2)

Indikatoren		Bundesrate 2014	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Indikation	Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenkes bei erfüllten Indikationskriterien	95,8	>= 90,00 %	97,2	●
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	99,7	>= 95,00 %	99,8	●
Postoperative Beweglichkeit	Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach der Neutral-Null-Methode	97,5	>= 95,00 %	98,9	●
	Beweglichkeit bei Entlassung	99,3	>= 95,00 %	99,7	●
Gehunfähigkeit	bei allen Patienten	0,3	nicht definiert %	0,3	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,8	<= 5,63	0,7	●
Gefäßläsion oder Nervenschaden	bei allen Patienten	0,3	nicht definiert %	0,3	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,9	<= 6,76	1,1	●
Implantatfehl- lage, Implantat- Dislokation oder Fraktur	bei allen Patienten	1,0	nicht definiert %	1,2	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 4,07	1,3	●
Endoprothesenluxation	bei allen Patienten	0,3	nicht definiert %	0,2	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 10,63	0,7	●
Postoperative Wundinfektion	bei allen Patienten	0,4	nicht definiert %	0,4	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,9	<= 6,37	0,8	●
Wundhämatome/Nachblutungen	bei allen Patienten	0,9	nicht definiert %	0,8	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 9,20	0,9	●
Allgemeine postoperative Komplikationen	bei allen Patienten	1,0	nicht definiert %	0,7	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,9	<= 3,20	0,7	●
Re-Operationen aufgrund von Komplikationen	bei allen Patienten	1,4	nicht definiert %	1,4	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 6,01	1,0	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle Patienten	0,2	= 0 %	0,2	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	nicht definiert	0,8	●

● = innerhalb des Referenzbereiches ● = Sentinel Event ● = kein Referenzbereich definiert * Einrichtung der MediClin AG

	Bad Abbach	Bad Dübren*	Bad Harzburg	Bad Tölz	Bad Wildungen	Birkenwerder	Crivitz*	Germersheim	Hamburg-Altona	Hamburg-Barmbek	Hamburg-St. Georg	Hamburg-Harburg	Hamburg-Nord	Hamburg-Wandsbek	Hamburg-Westklinikum	Hohwald	Kandel
	571	445	504	64	178	272	135	96	24	21	25	40	48	32	292	686	53
	97,9	95,7	99,8	85,9	99,4	96,0	99,3	97,9	83,3	85,7	96,0	97,5	95,8	100,0	98,6	96,9	100,0
	100,0	99,6	100,0	100,0	99,4	99,6	100,0	99,0	95,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	99,8	97,5	100,0	100,0	98,9	99,6	100,0	97,9	75,0	100,0	100,0	97,5	100,0	100,0	99,3	98,4	100,0
	99,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	94,4	100,0	100,0	100,0	97,9	100,0	99,7	99,4	98,1
	0,4	0,5	0,0	0,0	0,6	1,1	0,0	0,0	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	1,1	1,2	0,0	0,0	1,7	3,3	0,0	0,0	18,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,4	0,7	0,4	0,0	0,0	0,4	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,2	0,0
	1,2	2,3	1,4	0,0	0,0	1,2	0,0	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	0,5	0,0
	0,9	2,5	0,6	0,0	0,6	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	4,0	5,0	0,0	0,0	1,7	1,0	3,8
	0,9	2,9	0,7	0,0	0,7	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	3,4	4,7	0,0	0,0	1,7	1,1	3,8
	0,4	0,2	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	4,2	0,0	0,3	0,0	0,0
	1,2	1,0	0,0	0,0	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,8	15,6	0,0	1,2	0,0	0,0
	0,0	0,0	0,0	1,6	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
	0,0	0,0	0,0	3,5	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,2	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0
	0,7	0,5	0,0	0,0	0,6	0,0	0,7	1,0	0,0	0,0	0,0	2,5	0,0	3,2	0,7	1,5	0,0
	0,9	0,6	0,0	0,0	0,9	0,0	0,8	1,4	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0	3,0	0,8	1,7	0,0
	0,4	0,0	0,0	1,6	1,1	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	2,5	0,0	0,0	0,0	0,4	1,9
	0,4	0,0	0,0	1,4	1,7	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	1,9	0,0	0,0	0,0	0,4	2,0
	0,9	2,5	1,4	0,0	1,7	0,0	0,7	1,0	0,0	0,0	4,0	10,0	2,1	3,1	0,0	1,3	1,9
	0,6	1,9	1,0	0,0	1,5	0,0	0,5	0,8	0,0	0,0	2,0	5,6	1,4	1,5	0,0	0,9	1,3
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

	Langen	Lich	Lindau	Lindenlohe	Melsungen	Oschatz	Parchim	Pasewalk	Plau am See*	Radeberg	Schwalmstadt	Schweidt	Seesen	Seligenstadt	Weißenfels	Westerland/Sytt	Wiesbaden
	104	201	134	257	41	311	69	145	96	56	93	91	32	37	62	22	181
	99,1	93,5	98,5	100,0	97,6	97,8	94,2	88,3	97,9	96,4	98,9	96,7	96,9	97,3	98,4	100,0	99,5
	100,0	99,5	100,0	100,0	97,6	100,0	100,0	100,0	100,0	98,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	99,1	96,0	100,0	100,0	92,7	99,4	92,8	100,0	100,0	100,0	100,0	98,9	96,9	100,0	98,4	100,0	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,4	100,0	100,0	99,0	100,0	100,0	97,8	100,0	100,0	100,0	100,0	99,5
	1,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	2,6	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	3,8	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0	0,0	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	1,9	1,5	0,8	0,4	0,0	3,5	0,0	0,7	0,0	0,0	2,2	2,2	0,0	0,0	6,5	4,6	0,0
	2,1	1,4	0,8	0,4	0,0	3,8	0,0	0,7	0,0	0,0	2,3	2,4	0,0	0,0	6,9	4,1	0,0
	1,0	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	3,8	0,0	0,0	0,0	9,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,0	1,0	0,8	0,0	0,0	1,0	5,8	0,7	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	2,7	1,6	0,0	0,0
	0,0	2,0	1,5	0,0	0,0	2,2	9,6	1,4	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	6,6	3,1	0,0	0,0
	2,9	1,5	1,5	0,0	0,0	0,3	4,4	0,0	0,0	3,6	0,0	0,0	3,1	0,0	1,6	4,6	0,0
	3,4	1,6	1,7	0,0	0,0	0,4	3,8	0,0	0,0	4,2	0,0	0,0	3,4	0,0	1,6	5,1	0,0
	2,9	1,0	1,5	0,4	0,0	2,3	1,5	0,7	1,0	1,8	1,1	1,1	3,1	0,0	1,6	4,6	0,0
	2,9	0,8	1,4	0,4	0,0	2,3	1,0	0,6	1,0	1,8	1,1	1,3	2,7	0,0	1,3	4,0	0,0
	1,0	2,0	2,2	0,4	0,0	2,3	1,5	0,7	0,0	1,8	0,0	1,1	3,1	2,7	3,2	9,1	0,0
	0,7	1,2	1,5	0,3	0,0	1,6	0,8	0,4	0,0	1,3	0,0	0,9	2,0	2,0	2,1	5,7	0,0
	1,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	3,1	0,0	1,6	0,0	0,0
	7,5	0,0	4,5	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0	6,0	0,0	0,0	0,0	14,9	0,0	8,2	0,0	0,0

ENDOPROTHETIK

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2014: WECHSELN EINES KÜNSTLICHEN HÜFTGELENKES

Indikatoren		Bundesrate 2014	Referenz- bereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Indikation	Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien	93,1	>= 86,00 %	94,0	●
Perioperative Antibiotikaprophylaxe		99,7	>= 95,00 %	100,0	●
Gehunfähigkeit	bei allen Patienten	2,3	nicht definiert %	1,3	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 4,87	0,6	●
Gefäßläsion oder Nervenschaden	bei allen Patienten	0,7	nicht definiert %	0,3	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,2	<= 3,28	0,6	●
Implantatfehl- lage, Implantat- Dislokation oder Fraktur	bei allen Patienten	2,2	nicht definiert %	1,9	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,2	<= 4,15	1,0	●
Endoprothesenluxation	bei allen Patienten	1,9	nicht definiert %	1,6	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 5,19	0,8	●
Postoperative Wundinfektion		1,3	= 0,00 %	0,7	●
Wundhämatome/ Nachblutungen	bei allen Patienten	3,0	nicht definiert %	2,5	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 4,17	0,8	●
Allgemeine postoperative Komplikationen	bei allen Patienten	3,4	nicht definiert %	2,6	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 3,75	0,7	●
Re-Operationen aufgrund von Komplikationen	bei allen Patienten	7,5	nicht definiert %	7,0	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 2,23	1,0	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	bei allen Patienten	1,8	= 0 %	2,0	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,1	nicht definiert	1,1	●

● = innerhalb des Referenzbereiches ● = Sentinel Event ● = kein Referenzbereich definiert * Einrichtung der MediClin AG

	Bad Abbach	Bad Dübren*	Bad Harzburg	Bad Tölz	Birkenwerder	Hamburg- Altona	Hamburg- Barmbek	Hamburg- Nord	Hamburg- Wandsbek	Hamburg- Westklinikum	Hohwald	Lich	Lindau	Lindenlohe	Oschatz	Plau am See*	Wiesbaden
	82	98	42	26	31	29	21	28	23	64	50	21	29	76	45	28	24
	93,9	97,2	95,2	100,0	96,8	82,1	100,0	85,7	100,0	90,6	94,0	95,2	93,1	98,7	87,2	85,7	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	0,0	1,0	0,0	0,0	6,5	3,6	0,0	3,9	4,6	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	4,6	0,0	0,0
	0,0	0,8	0,0	0,0	5,0	1,1	0,0	1,1	1,4	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0
	0,0	1,0	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0
	0,0	1,6	0,0	0,0	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0
	1,2	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,7	6,0	0,0	0,0	2,6	4,3	0,0	0,0
	0,7	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	3,5	0,0	0,0	1,5	2,1	0,0	0,0
	2,4	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,7	1,6	0,0	4,8	6,9	1,3	0,0	0,0	0,0
	1,4	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	0,6	0,0	3,5	3,9	0,5	0,0	0,0	0,0
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	2,4	1,0	2,4	0,0	0,0	3,6	4,8	0,0	8,7	0,0	0,0	0,0	10,3	1,3	2,1	3,6	0,0
	0,8	0,3	0,8	0,0	0,0	0,9	1,3	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0	3,9	0,5	0,5	1,2	0,0
	0,0	1,0	0,0	11,5	6,5	3,6	4,8	14,3	0,0	0,0	2,0	4,8	3,5	4,0	2,2	0,0	0,0
	0,0	0,5	0,0	2,8	3,1	0,8	0,6	2,3	0,0	0,0	0,7	1,0	1,1	1,2	0,5	0,0	0,0
	4,9	5,1	4,8	7,1	6,5	3,5	4,8	14,3	21,7	3,1	0,0	9,5	10,3	4,0	4,3	7,1	0,0
	0,7	0,8	0,7	0,9	1,0	0,4	0,5	1,6	2,9	0,4	0,0	1,6	2,0	0,7	0,4	1,0	0,0
	0,0	0,0	0,0	11,5	0,0	0,0	14,3	7,1	4,4	1,6	0,0	4,8	0,0	0,0	2,2	0,0	0,0
	0,0	0,0	0,0	4,4	0,0	0,0	2,2	1,2	2,2	0,4	0,0	1,8	0,0	1,3	0,0	0,0	

ENDOPROTHETIK

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2014: EINSETZEN EINES KÜNSTLICHEN KNIEGELENKES (1/2)

Indikatoren		Bundesrate 2014	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Indikation	Einsetzen eines künstlichen Kniegelenkes bei erfüllten Indikationskriterien	96,9	≥ 90,00 %	98,5	●
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	99,7	≥ 95,00 %	99,9	●
Postoperative Beweglichkeit	Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach der Neutral-Null-Methode	98,7	≥ 90,00 %	99,3	●
	Beweglichkeit bei Entlassung (von mindestens 90 Grad nach Neutral-Null-Methode)	92,0	≥ 80,00 %	95,8	●
Gehunfähigkeit	bei allen Patienten	0,2	nicht definiert %	0,1	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,9	≤ 6,34	0,6	●
Gefäßläsion oder Nervenschaden	bei allen Patienten	0,1	nicht definiert %	0,1	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,7	≤ 11,68	0,8	●
Fraktur	bei allen Patienten	0,2	nicht definiert %	0,3	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	≤ 13,15	1,6	●
Postoperative Wundinfektion	bei allen Patienten	0,3	nicht definiert %	0,1	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,8	≤ 6,44	0,4	●
Wundhämatome/Nachblutungen	bei allen Patienten	0,9	nicht definiert %	0,5	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	≤ 9,07	0,6	●
Allgemeine postoperative Komplikationen	bei allen Patienten	1,3	nicht definiert %	0,9	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	≤ 3,69	0,7	●
Re-Operationen aufgrund von Komplikationen	bei allen Patienten	1,2	nicht definiert %	0,7	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,9	≤ 4,79	0,6	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	bei allen Patienten	0,1	= 0 %	0,1	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	nicht definiert	0,7	●

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2014: EINSETZEN EINES KÜNSTLICHEN KNIEGELENKES (2/2)

Indikatoren		Bundesrate 2014	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Indikation	Einsetzen eines künstlichen Kniegelenkes bei erfüllten Indikationskriterien	96,9	≥ 90,00 %	98,5	●
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	99,7	≥ 95,00 %	99,9	●
Postoperative Beweglichkeit	Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach der Neutral-Null-Methode	98,7	≥ 90,00 %	99,3	●
	Beweglichkeit bei Entlassung (von mindestens 90 Grad nach Neutral-Null-Methode)	92,0	≥ 80,00 %	95,8	●
Gehunfähigkeit	bei allen Patienten	0,2	nicht definiert %	0,1	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,9	≤ 6,34	0,6	●
Gefäßläsion oder Nervenschaden	bei allen Patienten	0,1	nicht definiert %	0,1	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,7	≤ 11,68	0,8	●
Fraktur	bei allen Patienten	0,2	nicht definiert %	0,3	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	≤ 13,15	1,6	●
Postoperative Wundinfektion	bei allen Patienten	0,3	nicht definiert %	0,1	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,8	≤ 6,44	0,4	●
Wundhämatome/Nachblutungen	bei allen Patienten	0,9	nicht definiert %	0,5	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	≤ 9,07	0,6	●
Allgemeine postoperative Komplikationen	bei allen Patienten	1,3	nicht definiert %	0,9	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	≤ 3,69	0,7	●
Re-Operationen aufgrund von Komplikationen	bei allen Patienten	1,2	nicht definiert %	0,7	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,9	≤ 4,79	0,6	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	bei allen Patienten	0,1	= 0 %	0,1	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	nicht definiert	0,7	●

● = innerhalb des Referenzbereiches ● = Sentinel Event ● = kein Referenzbereich definiert * Einrichtung der MediClin AG

	Bad Abbach	Bad Dübren*	Bad Harzburg	Bad Töiz	Bad Wildungen	Birkenwerder	Crivitz*	Germersheim	Hamburg-Harburg	Hamburg-Nord	Hamburg-Westklinikum	Hohwald	Kandel	Langen	Lich
	425	377	577	70	169	210	131	86	28	28	129	607	59	109	192
	100,0	97,4	100,0	100,0	100,0	97,6	99,2	100,0	100,0	96,6	98,5	97,0	98,3	100,0	94,3
	100,0	99,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,2	100,0	100,0	100,0	100,0
	100,0	97,4	100,0	100,0	98,2	100,0	99,2	100,0	100,0	93,1	98,5	99,2	98,3	100,0	97,9
	98,6	95,6	96,4	85,7	99,4	100,0	91,5	100,0	100,0	88,9	93,7	86,4	100,0	100,0	99,5
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	0,0	0,2	0,0	0,0	0,5
	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,2	0,0	0,7	0,0	0,0	1,8
	0,2	0,0	0,2	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,9	0,0
	1,4	0,0	1,0	8,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	5,2	0,0
	0,9	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	0,2	0,0	0,0	0,5
	6,3	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,8	1,1	0,0	0,0	3,4
	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3
	0,5	0,3	0,2	1,4	0,0	0,0	0,0	3,5	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,9	3,1
	0,5	0,3	0,2	1,5	0,0	0,0	0,0	4,1	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	1,1	3,5
	1,4	1,1	0,9	2,9	0,6	1,0	0,0	1,2	0,0	7,1	0,8	0,8	0,0	1,8	1,6
	1,1	1,0	0,8	2,3	0,6	0,8	0,0	0,9	0,0	5,4	0,6	0,7	0,0	1,7	1,0
	1,2	0,5	0,4	2,9	0,0	0,0	0,0	3,5	0,0	0,0	0,8	0,5	1,7	0,0	4,2
	1,0	0,4	0,3	2,2	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0	0,7	0,4	1,5	0,0	3,3
	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,0	0,0	0,0	12,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,6	0,0	0,0	0,0	0,0

	Lindau	Lindenlohe	Meisungen	Oschatz	Parchim	Pasewalk	Plau am See*	Radeberg	Schwalmsstadt	Schwedt	Sebnitz	Seigenstadt	Weißenfels	Wiesbaden
	107	354	104	293	71	87	56	62	76	61	25	25	67	175
	100,0	100,0	99,0	99,3	97,2	89,7	100,0	96,8	98,7	96,7	100,0	100,0	100,0	98,9
	100,0	100,0	100,0	99,0	100,0	100,0	98,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	100,0	100,0	99,0	99,7	100,0	100,0	93,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	100,0	100,0	100,0	92,8	97,2	100,0	94,2	100,0	100,0	82,0	100,0	100,0	89,6	100,0
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1	6,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5
	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,0	0,0	0,0	4,6	0,0	0,0	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
	0,0	0,0	0,0	0,0	4,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8
	0,0	0,0	0,0	0,3	1,4	1,2	0,0	1,6	0,0	3,3	0,0	0,0	1,5	0,0
	0,0	0,0	0,0	0,4	1,7	1,3	0,0	1,8	0,0	3,7	0,0	0,0	1,6	0,0
	0,0	0,3	0,0	1,0	2,8	3,5	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,0	0,2	0,0	0,8	1,9	2,6	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,2	1,8	1,6	0,0	1,6	0,0	0,0	1,5	0,0
	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,9	1,5	1,3	0,0	1,3	0,0	0,0	1,2	0,0
	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,0	0,0	0,0	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

ENDOPROTHETIK

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2014: WECHSELN EINES KÜNSTLICHEN KNIEGELENKES

Indikatoren		Bundesrate 2014	Referenz- bereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Indikation	Knie-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien	92,3	>= 86,00 %	95,2	●
Perioperative Antibiotikaprophylaxe		99,7	>= 95,00 %	99,8	●
Gehunfähigkeit	bei allen Patienten	0,7	nicht definiert %	1,0	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,1	<= 5,80	1,6	●
Gefäßläsion oder Nervenschaden	bei allen Patienten	0,2	<= 2,00 %	0,2	●
Fraktur	bei allen Patienten	0,4	nicht definiert %	0,7	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	0,8	<= 8,61	1,5	●
Postoperative Wundinfektion		0,5	= 0 %	0,0	●
Wundhämatome/Nachblutungen	bei allen Patienten	2,2	nicht definiert %	0,9	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 6,88	0,4	●
Allgemeine postoperative Komplikationen	bei allen Patienten	1,9	nicht definiert %	2,1	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,1	<= 4,17	1,2	●
Re-Operationen aufgrund von Komplikationen	bei allen Patienten	3,7	nicht definiert %	3,1	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	<= 3,19	0,9	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	bei allen Patienten	0,4	= 0 %	0	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	1,0	nicht definiert	0,0	●

● = innerhalb des Referenzbereiches ● = Sentinel Event ● = kein Referenzbereich definiert * Einrichtung der MediClin AG

	Bad Abbach	Bad Dübren*	Bad Harzburg	Birkenwerder	Hohwald	Lindenlohe	Oschatz
	59	53	52	30	38	110	31
	84,8	90,6	96,2	100,0	92,1	99,1	96,9
	100,0	100,0	100,0	100,0	97,4	100,0	100,0
	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,9	3,2
	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	1,9	4,7
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	1,7	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1
	3,5	4,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,0	1,9	0,0	3,3	0,0	0,0	0,0
	0,0	1,0	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0
	3,4	1,9	1,9	0,0	5,3	1,8	3,2
	2,0	1,4	1,3	0,0	2,6	1,1	1,6
	6,8	9,4	0,0	3,3	0,0	2,7	3,1
	1,6	2,1	0,0	1,3	0,0	1,0	0,6
	0	0	0	0	0	0	0
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

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 2014: BEHANDLUNG VON DRUCKGESCHWÜREN (1/2)

Indikatoren		Bundesrate 2014	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status	Bad Abbach	Bad Dübren*	Bad König	Bad Oldesloe
Fallzahl						48	25	94	140
Alle Patienten mit mindestens einem im Krankenhaus erworbenen Druckgeschwür (ohne Dekubitus Grad 1)	Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Druckgeschwür	0,4	nicht definiert %	0,3	●	0,4	0,3	11,3	0,1
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an stationär erworbenen Druckgeschwüren	1,0	<= 2,22	0,8	●	1,9	1,2	1,0	0,1
Alle Patienten mit einem im Krankenhaus erworbenen Druckgeschwür Grad 2		0,3	nicht definiert %	0,3	●	0,4	0,3	9,9	0,0
Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Druckgeschwür Grad 3 oder nicht näher bezeichnet		0,1	nicht definiert %	0,1	●	0,0	0,1	0,8	0,0
Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Druckgeschwür Grad 4		0,0	= 0 %	0,0	●	0,0	0,0	0,5	0,0

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2014: BEHANDLUNG VON DRUCKGESCHWÜREN (2/2)

Indikatoren		Bundesrate 2014	Referenzbereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status	Hamburg-Westklinikum	Kandel	Langen	Lich
Fallzahl						232	128	224	183
Alle Patienten mit mindestens einem im Krankenhaus erworbenen Druckgeschwür (ohne Dekubitus Grad 1)	Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Druckgeschwür	0,4	nicht definiert %	0,4	●	0,1	0,3	0,3	0,2
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an stationär erworbenen Druckgeschwüren	1,0	<= 2,22	0,9	●	0,4	0,6	0,9	0,7
Alle Patienten mit einem im Krankenhaus erworbenen Druckgeschwür Grad 2		0,3	nicht definiert %	0,3	●	0,1	0,2	0,3	0,2
Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Druckgeschwür Grad 3 oder nicht näher bezeichnet		0,1	nicht definiert %	0,1	●	0,0	0,0	0,0	0,1
Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Druckgeschwür Grad 4		0,0	= 0 %	0,0	●	0,0	0,0	0,0	0,0

● = innerhalb des Referenzbereiches ● = Sentinel Event ● = kein Referenzbereich 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 und des Gewebes vorliegt (Grad 4), sollte bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen werden, 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 Salzhäusen	Bad Tölz	Bad Wildungen	Birkenwerder	Brandenburg	Burglengenfeld	Clausthal-Zellerfeld	Coswig*	Crivitz*	Falkenstein	München-Gauting	Germersheim	Goslar	Hamburg-Altona	Hamburg-Barmbek	Hamburg-St. Georg	Hamburg-Harburg	Hamburg-Nord	Hamburg-Wandsbek
	114	287	156	577	35	91	24	38	22	44	97	127	211	335	409	185	412	482	449
	1,9	1,4	0,3	0,1	0,1	0,3	0,5	0,7	0,3	2,6	0,4	0,3	0,1	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3
	0,8	3,6	0,6	0,4	0,2	0,8	0,9	0,8	0,9	4,2	0,9	0,7	0,3	0,7	0,7	0,3	0,7	0,6	0,5
	1,8	1,2	0,2	0,0	0,1	0,3	0,2	0,7	0,2	2,6	0,4	0,2	0,1	0,2	0,3	0,1	0,3	0,2	0,2
	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

	Lindau	Lübben	Melsungen	Oschatz	Parchim	Pasewalk	Plau am See*	Radeberg	Schwalmstadt	Schwedt	Sebnitz	Seesen	Seligenstadt	Stadtroda	Teupitz	Waren*	Weißenfels	Westerland/Sylt	Wiesbaden
	75	38	78	221	133	264	84	68	90	280	86	92	290	39	64	45	286	35	389
	0,4	0,4	0,3	1,1	0,8	0,5	0,4	0,1	0,1	0,6	0,2	0,3	0,3	0,3	0,5	0,0	0,6	0,3	0,6
	1,2	1,3	0,6	2,7	2,0	1,2	0,9	0,2	0,1	1,7	0,5	0,6	0,6	1,1	0,9	0,1	1,4	0,9	1,7
	0,4	0,3	0,2	0,9	0,7	0,3	0,2	0,1	0,0	0,5	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,0	0,4	0,2	0,5
	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

PNEUMONIE

QUALITÄTSINDIKATOREN AMBULANT ERWORBENE LUNGENENTZÜNDUNG

Indikatoren	Was wird gemessen?	
Antimikrobielle Therapie	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 während der Aufnahme die Atemfrequenz nicht 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	Angegeben ist die Anzahl der Patienten, bei denen der Sauerstoffgehalt im Blut binnen der ersten 8 Stunden nach Aufnahme ermittelt wurde.	
Frühmobilisation	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 insgesamt verstorben sind. Dabei wird nach der ASA-Klassifikation von 1 (normaler, ansonsten gesunder Patienten) bis ASA 3 (Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung) differenziert.	
Überprüfung Diagnostik/Therapie	Dieser Indikator zeigt an, bei wie vielen Patienten mit Risikoklasse 2 (nach CRB Score) eine Überprüfung der Diagnostik/Therapie durchgeführt wurde.	
Keine Überprüfung von Diagnostik/Therapie	Ermittelt wird, bei wie vielen Patienten mit Risikoklasse 3 keine Überprüfung der Diagnostik/Therapie erfolgte.	
Verlaufskontrolle des CRP oder PCT	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 niedriger, 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, 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 sollte jeweils so gering wie möglich ausfallen. Betrachtet wird der Anteil von Patienten, die während des stationären Aufenthaltes im Krankenhaus versterben.
	Je höher, desto besser	Sinken die Entzündungsparameter CRP (C-reaktives Protein) oder PCT (Procalcitonin) im Behandlungsverlauf nicht, so kann dies ein Hinweis auf ein Versagen der Antibiotika-Therapie oder auf Komplikationen sein. Dann sind weitere diagnostische Schritte erforderlich und ggf. muss die Therapie angepasst werden, zum Beispiel durch Anordnung eines anderen Antibiotikums.
	Je niedriger, desto besser	
	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 2014: AMBULANT ERWORBENE LUNGENENTZÜNDUNG (1/2)

Indikatoren		Bundesrate 2014	Referenz- bereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	alle Patienten	97,8	>= 95,00 %	98,6	●
	Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	97,9	nicht definiert %	98,6	●
Antimikrobielle Therapie	Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	95,5	nicht definiert %	97,9	●
		95,3	>= 90,00 %	96,4	●
Frühmobilisation	Patienten der Risikoklasse 1	96,8	>= 95,00 %	97,2	●
	Patienten der Risikoklasse 2	92,5	>= 90,00 %	93,5	●
Verlaufskontrolle des CRP oder PCT		98,5	>= 95,00 %	98,4	●
Mit Überprüfung Diagnostik/Therapie	Patienten der Risikoklasse 2	97,8	>= 95,00 %	99,6	●
Ohne Überprüfung Diagnostik/Therapie	Patienten der Risikoklasse 3	1,26	= 0 %	0,0	●
Vollständige Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien bei Entlassung		94,7	>= 95,00 %	97,0	●
Erfüllung der klinischen Stabilitätskriterien bei Entlassung		97,8	>= 95,00 %	98,6	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle verstorbenen Patienten	13,0	nicht definiert %	13,1	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen (O/E)	1,0	nicht definiert	0,9	●
	verstorbenen Patienten der Risikoklasse 1	1,4	<= 4,16 %	1,9	●
	verstorbenen Patienten der Risikoklasse 2	7,2	<= 13,10 %	6,5	●
	verstorbenen Patienten der Risikoklasse 3	21,0	<= 38,00 %	19,6	●
Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme		94,8	>= 98,00 %	97,1	●

ERGEBNISSE DER ASKLEPIOS-GRUPPE 2014: AMBULANT ERWORBENE LUNGENENTZÜNDUNG (2/2)

Indikatoren		Bundesrate 2014	Referenz- bereich/ Einheit	Asklepios Gesamtrate	Status
Fallzahl					
Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	alle Patienten	97,8	>= 95,00 %	98,6	●
	Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	97,9	nicht definiert %	98,6	●
Antimikrobielle Therapie	Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	95,5	nicht definiert %	97,9	●
		95,3	>= 90,00 %	96,4	●
Frühmobilisation	Patienten der Risikoklasse 1	96,8	>= 95,00 %	97,2	●
	Patienten der Risikoklasse 2	92,5	>= 90,00 %	93,5	●
Verlaufskontrolle des CRP oder PCT		98,5	>= 95,00 %	98,4	●
Mit Überprüfung Diagnostik/Therapie	Patienten der Risikoklasse 2	97,8	>= 95,00 %	99,6	●
Ohne Überprüfung Diagnostik/Therapie	Patienten der Risikoklasse 3	1,26	= 0 %	0,0	●
Vollständige Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien bei Entlassung		94,7	>= 95,00 %	97,0	●
Erfüllung der klinischen Stabilitätskriterien bei Entlassung		97,8	>= 95,00 %	98,6	●
Sterblichkeit im Krankenhaus	alle verstorbenen Patienten	13,0	nicht definiert %	13,1	●
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen (O/E)	1,0	nicht definiert	0,9	●
	verstorbenen Patienten der Risikoklasse 1	1,4	<= 4,16 %	1,9	●
	verstorbenen Patienten der Risikoklasse 2	7,2	<= 13,10 %	6,5	●
	verstorbenen Patienten der Risikoklasse 3	21,0	<= 38,00 %	19,6	●
Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme		94,8	>= 98,00 %	97,1	●

● = innerhalb des Referenzbereiches ● = nicht definiert ● = außerhalb des Referenzbereiches ● = Sentinel Event * Einrichtung der MediClin AG

Ist kein Ergebnis dargestellt, so trifft der Indikator hier nicht zu.

	Bad Oldesloe	Bad Tölz	Bad Wildungen	Burg-lengenfeld	Crivitz*	München-Gauting	Germersheim	Goslar	Hamburg-Altona	Hamburg-Barmbek	Hamburg-St. Georg	Hamburg-Harburg	Hamburg-Nord	Hamburg-Wandsbek	Hamburg-Westklinikum	Kandel	Langen	Lich
	307	122	64	158	52	63	134	302	634	688	252	328	519	593	280	185	337	113
	99,4	100,0	96,9	100,0	98,1	100,0	94,8	99,3	98,6	98,4	95,2	99,7	99,6	98,8	99,3	91,4	100,0	100,0
	99,3	100,0	97,8	100,0	98,1	100,0	94,7	99,3	98,6	98,4	95,9	99,7	99,6	99,1	99,6	91,7	100,0	100,0
	100,0	100,0	94,7	100,0	–	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	71,4	100,0	100,0	95,0	90,0	80,0	100,0	100,0
	98,0	91,8	100,0	100,0	98,0	90,0	96,7	97,4	98,8	96,0	96,6	96,6	96,8	96,2	98,8	93,9	96,7	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	92,9	97,2	97,9	97,7	96,1	100,0	97,1	96,4	100,0	87,9	95,8	100,0
	96,7	98,4	100,0	100,0	100,0	100,0	80,5	91,2	92,2	90,8	95,0	94,3	93,8	79,2	99,3	86,5	94,7	100,0
	99,0	98,9	100,0	97,0	100,0	100,0	97,6	99,2	98,4	99,1	98,8	99,6	97,4	98,1	99,1	97,2	98,1	99,1
	100,0	100,0	100,0	93,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	87,5	100,0	100,0
	–	0,0	–	–	0,0	–	–	0,0	0,0	0,0	0,0	–	–	0,0	–	–	0,0	–
	98,0	100,0	84,6	99,0	96,4	100,0	89,1	91,2	97,5	97,1	93,4	98,1	98,9	99,4	94,7	90,0	98,7	100,0
	97,9	100,0	95,5	99,0	100,0	100,0	96,5	99,2	97,4	99,8	98,1	100,0	99,6	99,4	98,2	99,1	99,1	98,9
	11,7	17,2	18,8	15,2	9,6	1,6	17,2	22,9	11,2	12,6	11,1	9,5	19,5	11,8	13,2	15,1	9,8	4,4
	0,7	1,1	1,0	1,1	0,9	0,3	0,9	1,4	0,9	0,9	1,4	0,7	1,3	0,8	1,1	1,0	0,8	0,5
	0,0	0,0	0,0	3,3	10,0	0,0	0,0	4,7	0,8	1,9	0,0	2,2	3,5	3,1	0,0	2,4	0,0	4,4
	9,4	2,5	8,2	19,0	2,8	0,0	5,6	18,1	8,4	3,4	5,1	2,9	11,1	7,1	8,2	3,8	6,5	4,7
	15,8	0,0	0,0	14,3	33,3	0,0	14,3	60,0	25,8	26,9	50,0	8,3	27,3	17,1	0,0	16,7	4,0	0,0
	97,0	100,0	87,5	96,8	98,1	100,0	89,3	100,0	99,2	98,8	96,7	99,1	98,2	99,8	96,8	88,0	99,4	100,0

	Lindau	Melsungen	Ober-viechtach	Oschatz	Parchim	Pasewalk	Plau am See*	Radeberg	Schwalmsstadt	Schwedt	Sebnitz	Seesen	Seligenstadt	Waren*	Weifenfels	Westerland/Sylt	Wiesbaden
	108	189	53	118	122	169	200	148	196	195	130	214	216	86	231	73	306
	99,1	98,9	100,0	100,0	100,0	91,1	99,5	100,0	98,5	94,9	99,2	98,6	99,5	100,0	99,6	100,0	99,0
	99,1	98,9	100,0	100,0	100,0	91,0	99,5	100,0	98,4	94,9	99,2	98,5	99,5	100,0	99,6	100,0	99,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	–	100,0	100,0	100,0	100,0	–	100,0	100,0	100,0	100,0	–	100,0	100,0
	100,0	93,8	100,0	91,9	90,5	89,8	97,9	91,9	98,1	92,7	94,4	94,2	93,8	83,8	99,0	98,5	100,0
	100,0	94,7	100,0	100,0	100,0	95,5	100,0	94,1	100,0	95,5	69,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	100,0	91,8	93,1	97,4	100,0	100,0	98,4	88,2	97,1	87,6	88,4	99,0	92,2	100,0	97,0	100,0	97,0
	100,0	97,5	100,0	97,5	97,0	97,2	99,4	98,2	98,6	98,2	81,6	100,0	99,5	97,5	100,0	98,2	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	–	–	–	0,0	–	–	0,0	0,0	–	–	0,0	0,0	–	0,0	0,0	–	0,0
	98,3	97,0	100,0	100,0	98,8	96,2	100,0	92,9	99,0	91,2	92,9	98,8	98,6	93,0	100,0	100,0	99,6
	100,0	94,9	97,0	100,0	98,8	93,6	100,0	98,9	98,1	91,9	96,2	100,0	100,0	100,0	99,3	100,0	100,0
	7,4	11,1	5,7	11,0	15,6	11,2	10,0	9,5	10,7	11,8	12,3	17,8	9,7	7,0	19,9	5,5	17,3
	0,7	0,8	0,4	0,8	1,3	1,0	0,8	0,6	0,7	1,2	1,0	1,4	0,8	0,7	0,8	0,7	1,0
	0,0	4,6	12,5	0,0	0,0	0,0	3,3	0,0	0,0	5,9	0,0	0,0	3,0	13,3	0,0	0,0	0,0
	0,0	5,7	2,6	1,8	6,8	9,2	8,4	3,4	6,1	7,0	6,7	4,2	2,6	3,1	2,2	0,0	1,1
	0,0	14,3	0,0	14,3	0,0	0,0	30,0	12,5	0,0	0,0	22,2	15,4	28,6	33,3	26,9	0,0	4,2
	99,1	95,7	94,3	100,0	97,5	93,4	99,5	99,3	93,2	88,7	67,7	97,6	99,1	90,4	100,0	100,0	100,0

STANDORTE DER ASKLEPIOS-GRUPPE IN DEUTSCHLAND



Asklepios trägt Verantwortung für über 140 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, 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 des Konzernbereichs Qualität
Asklepios Kliniken Hamburg
Rübenkamp 226
22307 Hamburg

Autoren

Heike Witt, Jörg Krey, Dr. Hans Peter Moecke

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:

Marina Leunig, Konzernbereich Unternehmenskommunikation & Marketing
Elke Zukunft, Konzernbereich Qualität
Doris Holding, Konzernbereich Qualität
Dr. med. Susanne Hugett, Ärztliche Leiterin Medilys Krankenhaushygiene

Peter Niebuhr, Dr. Adrian Schmidt, Richard Domke, Jamie Lee Pampusch und Ina Oetzmann

Wir danken den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Asklepios Klinik Nord.

www.asklepios.com

Dürfen. Kann ich mit
Familie & Freunde
mich besuchen
Ist meine
komme
Werde ich jederzeit
schnell
Gibt es ein
offenes Or