

UNIVERSITÄTSKLINIKUM GREIFSWALD

GUTACHTEN

VERGLEICH DER JAHRESAUSWERTUNGEN 2004 UND
2005 DER QUANT GMBH, HAMBURG, ZUR EXTERNEN
VERGLEICHENDEN QUALITÄTSSICHERUNG

Stand 20.11.2006

Priv.-Doz. Dr. med. Jürgen Stausberg
Essen
E-Mail: stausberg@ekmed.de

INHALTSVERZEICHNIS

| | | |
|----------|------------------------------------------------------|-----------|
| 1 | ZUSAMMENFASSUNG | 4 |
| 2 | LESEANLEITUNG | 6 |
| 3 | VORGEHEN | 7 |
| 3.1 | ZIELSETZUNG | 7 |
| 3.2 | AUSWERTUNGSEBENE QUALITÄTSINDIKATOR | 8 |
| 3.3 | RATE UND VERTRAUENSBEREICH | 9 |
| 3.4 | VOLLZÄHLIGKEIT DER MELDUNGEN..... | 10 |
| 3.5 | GRENZEN DER METHODIK..... | 10 |
| 4 | QUALITÄTSINDIKATOREN UND REFERENZBEREICH..... | 11 |
| 4.1 | EINFÜHRUNG | 11 |
| 4.2 | ÜBERSICHT NACH DEN QUALITÄTSEBENEN | 12 |
| 4.3 | DETAILANALYSE VON AUFFÄLLIGKEITEN | 12 |
| 4.3.1 | <i>Einführung.....</i> | <i>12</i> |
| 4.3.2 | <i>Cholezystektomie.....</i> | <i>13</i> |
| 4.3.3 | <i>Gynäkologische Operationen.....</i> | <i>13</i> |
| 4.3.4 | <i>Mammachirurgie.....</i> | <i>13</i> |
| 4.3.5 | <i>Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation.....</i> | <i>13</i> |
| 4.4 | ZUSAMMENFASSUNG..... | 14 |
| 5 | POSITION IN MECKLENBURG-VORPOMMERN | 15 |
| 5.1 | EINFÜHRUNG | 15 |
| 5.2 | ÜBERSICHT NACH DEN QUALITÄTSEBENEN | 16 |
| 5.3 | DETAILANALYSE DER SPITZENRÄNGE | 16 |
| 5.3.1 | <i>Einführung.....</i> | <i>16</i> |
| 5.3.2 | <i>Karotis-Rekonstruktion</i> | <i>16</i> |
| 5.3.3 | <i>Knie-Totalendoprothesen-Wechsel</i> | <i>16</i> |
| 5.3.4 | <i>Zusammenfassung</i> | <i>16</i> |
| | ANHANG | 17 |
| | A MATERIALIEN | 17 |
| | B VERZEICHNIS DER ABKÜRZUNGEN..... | 17 |

1 ZUSAMMENFASSUNG

Für 2004 wurden 239 Qualitätsindikatoren, für 2005 170¹ Qualitätsindikatoren aus 8 Fachgruppen und 14 Leistungsbereichen der externen vergleichenden Qualitätssicherung betrachtet. 88 % bzw. 89 % (2004 bzw. 2005) der Ergebnisse lagen für das Universitätsklinikum Greifswald im nationalen Referenzbereich und sind damit unauffällig. Bei 41 % bzw. 45 % (2004 bzw. 2005) der Indikatoren erreichte das Universitätsklinikum Greifswald im Vergleich mit den Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern einen Spitzenrang.

Optimale Ergebnisse bei Vergleich mit nationalen Referenzbereichen wurden 2004 in den Leistungsbereichen Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Karotis-Rekonstruktion, Koronarangiographie und PTCA, Hüftgelenknahe Femurfraktur, Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel sowie Knie-Totalendoprothesen-Wechsel, 2005 in den Leistungsbereichen Cholezystektomie, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Koronarangiographie und PTCA, Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel sowie Knie-Totalendoprothesen-Wechsel erzielt (s. Abbildung 1).

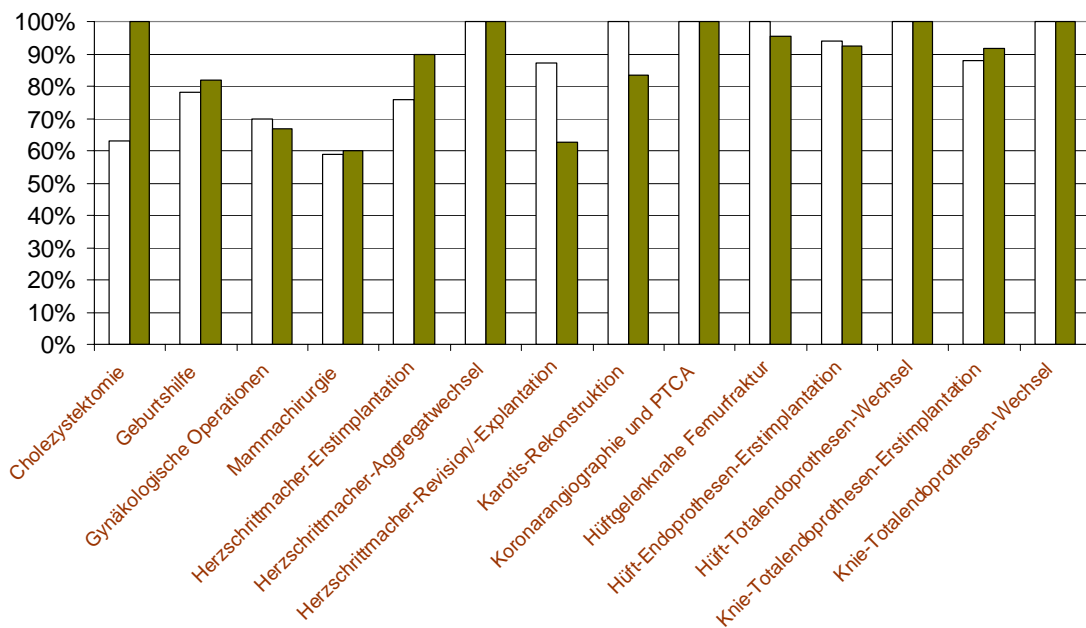


Abbildung 1. Relative Häufigkeit unauffälliger Qualitätsindikatoren je Leistungsbereich (2004: linke Säule, weiß; 2005: rechte Säule, grün).

Bei 25 (12 %) bzw. 17 (11 %) Indikatoren (2004 bzw. 2005) lag die ermittelte Rate außerhalb des nationalen Referenzbereiches. Bei 8 (3,8 %) bzw. 5 (3,4 %) Qualitätsindikatoren blieb das Ergebnis auch bei Berücksichtigung von Dokumentationsfehlern auffällig. Damit stellt sich die Situation des Universitätsklinikums Greifswald gemessen an den nationalen Referenzbereichen der externen vergleichenden Qualitätssicherung in 2004 und 2005 vergleichbar dar.

¹ Ohne den in 2005 neu aufgenommenen Leistungsbereich Ambulant erworbene Pneumonie.

„Spitze“ erwies sich das Universitätsklinikum Greifswald 2004 in den Leistungsbereichen Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/-Explantation, Karotis-Rekonstruktion, Hüftgelenknahe Femurfraktur, Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel sowie Knie-Totalendoprothesen-Wechsel, 2005 in den Leistungsbereichen Cholezystektomie, Karotis-Rekonstruktion, Hüftgelenknahe Femurfraktur, Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel sowie Knie-Totalendoprothesen-Wechsel (s. Abbildung 2). In beiden Jahren sind die Ergebnisse in den Leistungsbereichen Karotis-Rekonstruktion und Knie-Totalendoprothesen-Wechsel herausragend. Die Anzahl der Spitzenränge an allen eingeschlossenen Qualitätsindikatoren hat sich von 41 % auf 45 % leicht gesteigert.

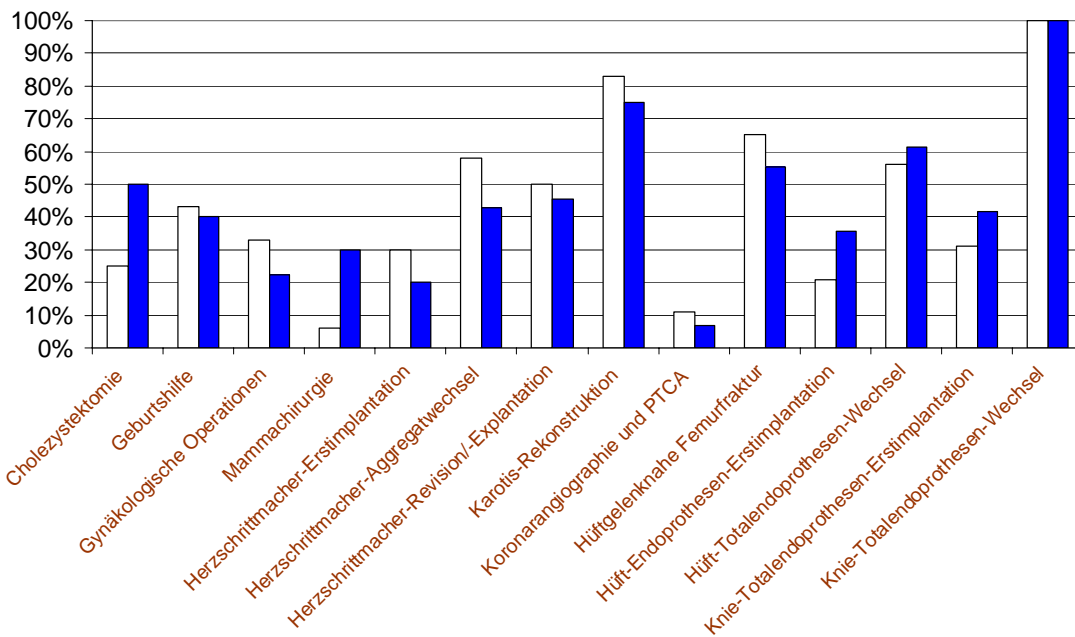


Abbildung 2. Anteil der Spitzenränge je Leistungsbereich (2004: linke Säule, weiß; 2005: rechte Säule, blau).

2 LEESEANLEITUNG

Der Vergleich der Jahresauswertungen 2004 und 2005 wurde so formuliert, dass er auch ohne Kenntnis der Gutachten zu den einzelnen Jahren aussagefähig bleibt. Daher finden sich in den Erläuterungen einige Wiederholungen, die der vorinformierte Leser überspringen mag. Die Gliederung entspricht derjenigen der Einzelgutachten, um so die Wiedererkennung und das direkte Nachschlagen zu unterstützen.

Gliederung und Gestaltung des Gutachtens unterstützen einen schnellen Zugriff auf unterschiedlichen Ebenen.

Kurze Zusammenfassungen der Aussagen des Gutachtens sind im Text in einem gerahmten Block mit kursiver Schrift hervorgehoben. Für den eiligen Leser besteht hierüber die Möglichkeit, sich in einzelnen Bereichen einen Überblick zu verschaffen, um dann ggf. die Details nachzuschlagen. Für den an Details interessierten Leser enthalten diese Textblöcke ergänzende Aussagen.

Inhaltlich folgen die Ergebniskapitel einer zunehmenden Verfeinerung, beginnen also mit einer aggregierten Zusammenfassung und zerlegen diese bis zu Aussagen über einzelne Qualitätsindikatoren. Hiermit soll dem Leser eine einfache Navigation ermöglicht und die Entscheidung zu einem bedarfsorientierten Nachschlagen überlassen werden.

Der Lesbarkeit dienen zudem methodische Hinweise in den Ergebnisteilen, die zumeist in Form von Fußnoten gehalten sind. Allgemeine Gesichtspunkte zum Vorgehen des Gutachters und zu den verwendeten Materialien finden sich in Kapitel 3.

3 VORGEHEN

3.1 ZIELSETZUNG

Die Aussagen der Gutachten über die externe vergleichende Qualitätssicherung der Jahre 2004 und 2005 sollen in diesem Vergleich gegenüber gestellt werden. Ebenso wie die einzelnen Gutachten richtet sich der Vergleich an die Klinikumsleitung, um so Grundlage und Hilfestellung für Entscheidungen im Rahmen einer umfassenden Qualitätspolitik zu bieten. Hierbei wird nicht angestrebt, eine Veränderung der Qualität der Leistungserbringung von 2004 zu 2005 zu erkennen. Ziel ist es hingegen, Veränderungen der Darstellung des Universitätsklinikums Greifswald in den Jahresauswertungen der quant gmbh zu beschreiben. Tabelle 1 zeigt die in den Einzelgutachten eingeschlossenen Fachgruppen und Leistungsbereiche.

Tabelle 1. Eingeschlossene Fachgruppen und Leistungsbereiche der externen vergleichenden Qualitätssicherung. Zahlen zu Qualitätsindikatoren (QI) und Qualitätskennzahlen (QK) aus dem BQS-Qualitätsreport 2004 und dem BQS-Qualitätsreport 2005.

| Modul | Leistungsbereich | 2004 | | 2005 | |
|-------|------------------------------------------|------|-----|------|-----|
| | | QI | QK | QI | QK |
| | Viszeralchirurgie | | | | |
| 12/1 | Cholezystektomie | 8 | 12 | 8 | 12 |
| | Perinatalmedizin | | | | |
| 16/1 | Geburtshilfe | 9 | 15 | 11 | 17 |
| | Gynäkologie | | | | |
| 15/1 | Gynäkologische Operationen | 12 | 19 | 9 | 13 |
| | Mammachirurgie | | | | |
| 18/1 | Mammachirurgie | 18 | 21 | 11 | 13 |
| | Herzschrittmacher | | | | |
| 09/1 | Herzschrittmacher-Erstimplantation | 16 | 30 | 7 | 12 |
| 09/2 | Herzschrittmacher-Aggregatwechsel | 8 | 15 | 5 | 11 |
| 09/3 | Herzschrittmacher-Revision/-Explantation | 11 | 19 | 8 | 13 |
| | Gefäßchirurgie | | | | |
| 10/2 | Karotis-Rekonstruktion | 9 | 9 | 8 | 11 |
| | Kardiologie | | | | |
| 21/3 | Koronarangiographie und PTCA | 23 | 28 | 8 | 16 |
| | Orthopädie und Unfallchirurgie | | | | |
| 17/1 | Hüftgelenknahe Femurfraktur | 17 | 45 | 14 | 34 |
| 17/2 | Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation | 19 | 20 | 14 | 14 |
| 17/3 | Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel | 16 | 17 | 13 | 13 |
| 17/5 | Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation | 16 | 17 | 12 | 12 |
| 17/7 | Knie-Totalendoprothesen-Wechsel | 14 | 15 | 11 | 11 |
| | Pneumonie | | | | |
| PNEU | Ambulant erworbene Pneumonie | | | 11 | 21 |
| | Insgesamt | 196 | 282 | 150 | 223 |

In den Einzelgutachten wurde eine Verdichtung und Bewertung der Jahresauswertungen mit zwei unterschiedlichen Zielrichtungen vorgenommen. Zum einen wurden diejenigen Bereiche identifiziert, in denen sich Hinweise auf Qualitätsprobleme und damit die Notwendigkeit weitergehender Analysen sowie ggf. daran anschließender Maßnahmen ergeben. Hierzu wurden die Ergebnisse des Universitätsklinikums Greifswald mit nationalen Referenzbereichen in Beziehung gesetzt (Kapitel 4). Zum anderen wurden Bereiche identifiziert, in denen das Universitätsklinikum Spitzenwerte erreicht, um so eigene Stärken in Bezug auf die externe vergleichende Qualitätssicherung herauszuarbeiten. Hierzu wurden die Ergebnisse des Universitätsklinikums Greifswald mit denjenigen der anderen Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern verglichen (Kapitel 5). Diese Aufteilung wurde auch beim Vergleich der Jahre 2004 und 2005 beibehalten. In beiden Kapiteln werden die Ergebnisse in einem ersten Abschnitt im Überblick je Leistungsbereich, in einem zweiten Abschnitt differenziert nach den Ebenen Indikation, Prozess und Ergebnis und in einem dritten Abschnitt bezogen auf einzelne Schwerpunkte dargestellt.

Der erstmalig in 2005 aufgenommene Leistungsbereich Ambulant erworbene Pneumonie wurde für den Vergleich ausgeschlossen. Hierdurch unterschieden sich die im Vergleich angeführten Zahlen für 2005 von denjenigen im entsprechenden Einzelgutachten.

Kapitel 4 identifiziert Qualitätsprobleme über einen Vergleich mit nationalen Referenzbereichen, Kapitel 5 Stärken über einen Vergleich mit den Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern. Damit konzentriert sich das Gutachten auf herausragende Gesichtspunkte; Aspekte der Leistungserbringung auf mittlerem Qualitätsniveau - gemessen an der externen vergleichenden Qualitätssicherung - werden nur gestreift.

3.2 AUSWERTUNGSEBENE QUALITÄTSINDIKATOR

Als zentrales Element zur Beurteilung der Qualität wurde der Qualitätsindikator ausgewählt. „Ein Indikator ist ein quantitatives Maß, welches zum Monitoring und zur Bewertung der Qualität wichtiger Leitungs-, Management-, klinischer und unterstützender Funktionen genutzt werden kann, die sich auf das Behandlungsergebnis beim Patienten auswirken. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Er ist mehr ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung benutzt werden kann, das Aufmerksamkeit auf potentielle Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen könnten“ (GMDS-AG Qualitätsmanagement in der Medizin 2003).

Die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) weicht von dieser Definition ab, in dem unterhalb eines Qualitätsindikators eine oder mehrere Kennzahlen eingeführt werden, die über eine Identifikationsnummer verfügen und das eigentliche quantitative Maß darstellen. Der Qualitätsindikator fungiert dann nur noch als Überschrift.

Die mit einer Identifikationsnummer versehenen Kennzahlen werden jedoch in der Jahresauswertung der quant gmbh nicht wiedergegeben. Im Einzelfall finden sich Widersprüche zwischen dem BQS-Qualitätsreport und der Jahresauswertung der quant gmbH. Beim Vergleich der Jahresauswertungen 2004 und 2005 sind zusätzliche Verwerfungen zu beachten. So wurden 2004 im Leistungsbereich Herzschrittmacher-Revision/-Explantation 4 mit „Indikation“ bezeichnete Indikatoren der Ebene Ergebnisqualität zugeordnet, 2005 jedoch der Ebene Indikationsqualität.

Falls in der Jahresauswertung der quant GmbH mehrere Raten für einen Qualitätsindikator angegeben sind, wurde - dort wo sachgerecht möglich - eine zur Aufnahme in die Analyse ausgewählt, anderenfalls wurde der Indikator geteilt. Bei Auswahl der Rate wurden folgende Kriterien herangezogen.

- Ein Referenzbereich ist angegeben.
- Die Häufigkeit national ist angegeben.
- Das Patientengut ist unselektiert.

Im Gegensatz zu den Auswertungen der BQS bleibt somit durchgehend eine Aussage zu Qualitätsindikatoren möglich. Ein methodischer Bruch findet nicht statt. Dennoch mussten in beiden Jahren die ausgewiesenen Qualitätsindikatoren ergänzt werden, so dass deren Gesamtzahl im Gutachten über die Jahresauswertung 2004 bei 239 und 2005 bei 170² bei lag.

Brüche in der Systematik in den Dokumenten der externen vergleichenden Qualitätssicherung erschweren die Zusammenfassung der dort angegebenen Details für die Leitung eines Krankenhauses. Durch die vom jeweiligen Betrachter vorzunehmenden Entscheidungen - zum Beispiel über die Zusammenfassung von Qualitätskennzahlen - ist damit kein zuverlässiger Vergleich auf aggregierter Ebene möglich. Die Gutachten verwenden durchgängig den Begriff des Qualitätsindikators.

3.3 RATE UND VERTRAUENSBEREICH

In der Jahresauswertung der quant GmbH ist für jede Rate ein Vertrauensbereich angegeben. Bei der Ermittlung von Raten über Stichproben aus einer Grundgesamtheit wird der berechnete Wert nie der „wahren“ Rate entsprechen. Bei einem 95 %-Vertrauensbereich überdeckt der Vertrauensbereich in 95 % der Stichproben den wahren Wert³. Da es sich bei den Daten der externen vergleichenden Qualitätssicherung um Vollerhebungen in den jeweiligen Modulen handelt, entspricht der gemessene Wert der „wahren“ Rate. Der Vertrauensbereich wird von der BQS dann auch als Ausgleich von Dokumentationsfehlern begründet.

Bei einem Vergleich zwischen 2004 und 2005 können die einzelnen Jahre jedoch als Stichprobe einer gedachten Grundgesamtheit mit unveränderter Leistungserbringung gewertet werden. Bei Gegenüberstellung der berechneten Werte können Unterschiede dann durch zufällige Effekte verursacht sein. Zur Vergleichbarkeit mit den jeweiligen

² Ohne den in 2005 neu aufgenommenen Leistungsbereich Ambulant erworbene Pneumonie.

³ Definition der BQS: Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem der prozentuale Anteil mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse liegt.

Einzelgutachten wird dennoch auf einen Ausweis der Vertrauensbereiche in den Übersichten verzichtet. Dort ablesbare Veränderungen von 2004 zu 2005 sind daher immer nur als Aufforderung zur Überprüfung und nicht als Beleg eines Effektes zu verstehen.

In den Einzelgutachten zu den Jahren 2004 und 2005 war ein Vergleich der „rohen“ Rate eines Qualitätsindikators mit Referenzbereichen zulässig, da die Ergebnisse in Form einer Vollerhebung ermittelt wurden. Bei der Gegenüberstellung der Jahre sind hierüber ermittelte Unterschiede jedoch immer nur als Ausgangspunkt für weitere Überlegungen zu verstehen.

3.4 VOLLZÄHLIGKEIT DER MELDUNGEN

Für die externe vergleichende Qualitätssicherung werden Angaben zur Vollzähligkeit (fälschlich von der BQS als Vollständigkeit bezeichnet) über einen Vergleich der tatsächlich übermittelten Meldungen mit einer Sollzahl ermittelt, die sich aus der Krankenhaus internen Dokumentation ergibt. Im Idealfall liegt dieser Wert bei 100 %.

Während im Verfahrensjahr 2004 die Vollzähligkeit in den Leistungsbereichen Herzschrittmacher-Revision/-Explantation (86,21 %) und Karotis-Rekonstruktion (96,88 %) noch unter 100 % lag, wurde in 2005 für alle Leistungsbereiche Vollzähligkeit erreicht.

Das Universitätsklinikum Greifswald hat im Verfahrensjahr 2005 alle Leistungsbereiche vollzählig an die externe vergleichende Qualitätssicherung übermittelt.

3.5 GRENZEN DER METHODIK

Die Einzelgutachten setzen auf den Berichten der externen vergleichenden Qualitätssicherung auf. Es hat nicht das Ziel, die externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 Sozialgesetzbuch V zu bewerten. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass

- die den Jahresauswertungen zu Grunde liegenden Daten der Krankenhäuser vollzählig, vollständig, zuverlässig und valide sind,
- die Verfahren bei den beteiligten Institutionen (BQS, quant gmbh) korrekt durchgeführt werden und
- die Qualitätsindikatoren internationalen Anforderungen entsprechen.

Die Aggregation von Qualitätsindikatoren setzt zudem deren Gleichwertigkeit voraus.

Nur bei Auffälligkeiten wurden diese Annahmen geprüft und diskutiert. Sollten diese Annahmen in relevantem Umfang unzutreffend sein, muss mit Verzerrungen bei den Aussagen des Gutachtens gerechnet werden.

Vom Verfahrensjahr 2004 zum Verfahrensjahr 2005 wurden in relevanter Zahl Änderungen an den Qualitätsindikatoren vorgenommen. So ist nicht auszuschließen, dass sich bei Zusammenfassungen die Gewichte der Leistungsbereiche sowie die Gewichte der Qualitätsebenen verschieben.

4 QUALITÄTSINDIKATOREN UND REFERENZBEREICH

4.1 EINFÜHRUNG

Ein Qualitätsindikator wurde als unauffällig betrachtet, falls seine Rate im nationalen Referenzbereich liegt. Der Schwellenwert stellt die von der BQS angegebene Grenze zum Referenzbereich dar. Bei der Definition der Referenzbereiche sind vier Varianten zu unterscheiden:

- Als Schwellenwert wird von der BQS derjenige Wert verwendet, der die 5 % (bzw. einen anderen Anteil) schlechtesten Krankenhäuser von den anderen trennt. Der Referenzbereich umfasst dann die 95 % besseren Krankenhäuser.
- Der Referenzbereich wird unabhängig von den Ergebnissen festgelegt („normativ-analytisch“) und z. B. aus Leitlinien übernommen.
- Ein Qualitätsindikator wird als „Sentinel Event“ bezeichnet. Dann handelt es sich um Indikatoren, bei denen jedes einzelne Ergebnis einer detaillierten Schwachstellenanalyse unterzogen werden sollte.
- Ein Referenzbereich ist nicht festgelegt.

Ausgeschlossen wurden Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich sowie Qualitätsindikatoren die im Universitätsklinikum Greifswald nicht anwendbar sind.

Im Jahre 2004 waren von 212 eingeschlossenen Indikatoren 187 unauffällig und lagen somit im nationalen Referenzbereich (88 %), im Jahre 2005 von 148 eingeschlossenen Indikatoren 131 (89 %). Abbildung 3 zeigt die relative Häufigkeit unauffälliger Qualitätsindikatoren je Leistungsbereich in der Übersicht.

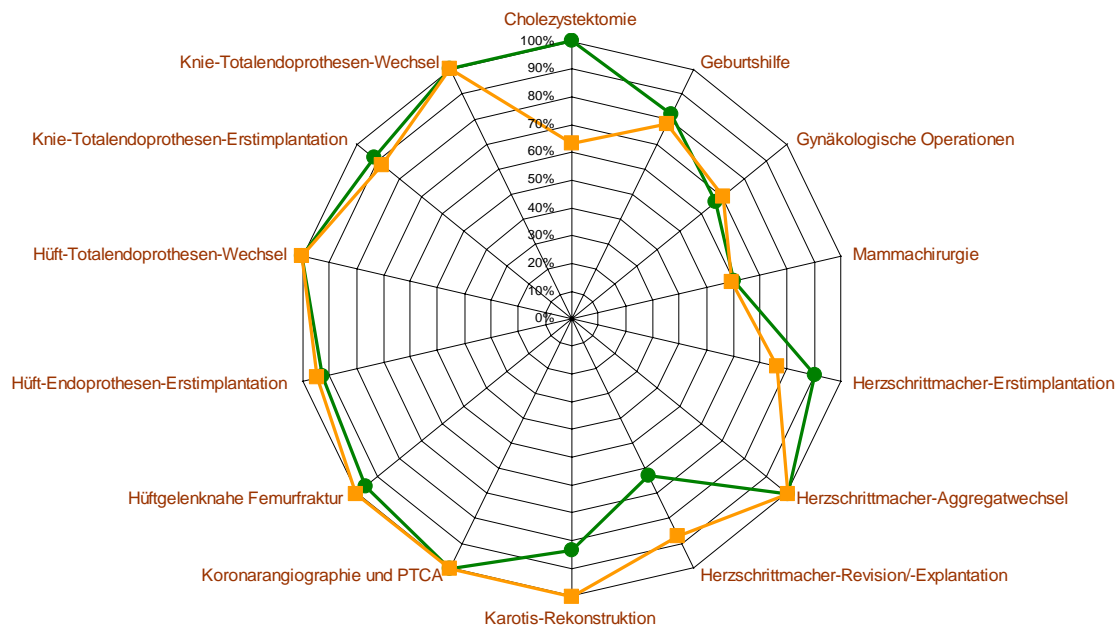


Abbildung 3. Relative Häufigkeit unauffälliger Qualitätsindikatoren je Leistungsbereich (2004: orange, eckige Datenpunkte; 2005: grün, runde Datenpunkte). Erreicht die Kurve in einem Leistungsbereich den Wert von 50 %, bedeutet dies, dass bei der Hälfte der eingeschlossenen Indikatoren das Ergebnis für das Universitätsklinikum Greifswald im Referenzbereich lag.

Der Anteil unauffälliger Ergebnisse unter den eingeschlossenen Qualitätsindikatoren war 2004 und 2005 mit 88 % bzw. 89 % vergleichbar hoch. Im Leistungsbereich Cholezystektomie hat dieser Anteil von 63 % auf 100 % deutlich zugenommen, in den Leistungsbereichen Herzschrittmacher-Revision/-Explantation (87 % versus 63 %) und Karotis-Rekonstruktion (100 % versus 83 %) merklich abgenommen. Auf Grund der Verwendung „roher“ Raten in den Einzelgutachten können die Unterschiede auf zufälligen Effekten beruhen.

4.2 ÜBERSICHT NACH DEN QUALITÄTSEBENEN

Die eingeschlossenen Qualitätsindikatoren werden in Tabelle 2 nach den Ebenen Indikation, Prozess und Ergebnis zusammengefasst.

Tabelle 2. Auffällige Qualitätsindikatoren nach den Ebenen der Qualität.

| Ebene | 2004 | | | 2005 | | |
|------------|-----------|--------------|--------|-----------|--------------|--------|
| | QI gesamt | QI auffällig | Anteil | QI gesamt | QI auffällig | Anteil |
| Indikation | 39 | 4 | 10 % | 21 | 5 | 24 % |
| Prozess | 62 | 13 | 21 % | 41 | 7 | 17 % |
| Ergebnis | 111 | 8 | 7 % | 86 | 5 | 6 % |
| Insgesamt | 212 | 25 | 12 % | 148 | 17 | 11 % |

Indikatoren der Ergebnisqualität sind in 2004 und 2005 mit 7 % bzw. 6 % nur selten auffällig. Der Anteil auffälliger Indikatoren der Indikationsqualität hat sich 2005 deutlich erhöht, der Anteil auffälliger Indikatoren der Prozessqualität leicht verringert.

4.3 DETAILANALYSE VON AUFFÄLLIGKEITEN

4.3.1 Einführung

Aus der Detailanalyse der Qualitätsindikatoren ergeben sich bei Betrachtung von Rate, Schwellenwert und Vertrauensbereich folgende vier Kategorien von Auffälligkeit bei den Qualitätsindikatoren:

- Rate auffällig - [nein], Schwellenwert in Vertrauensbereich - [nein]: Rate und Vertrauensbereich (soweit angegeben) sind unauffällig. Es besteht kein Hinweis auf ein Qualitätsproblem.
- Rate auffällig - [ja], Schwellenwert in Vertrauensbereich - [nein]: Rate und Vertrauensbereich (soweit angegeben) sind auffällig. Dieser Qualitätsindikator bedarf einer weiteren Analyse.
- Rate auffällig - [ja], Schwellenwert in Vertrauensbereich - [ja]: Die wahre Rate für den Qualitätsindikator kann sowohl auffällig als auch unauffällig sein⁴.
- Rate auffällig - [nein], Schwellenwert in Vertrauensbereich - [ja]: Die wahre Rate für den Qualitätsindikator kann sowohl auffällig als auch unauffällig sein⁵.

Tabelle 3 zeigt die Zuordnung der Ergebnisse des Universitätsklinikums Greifswald in diese Kategorien.

⁴ Nach Angaben der Jahresauswertung z. B. abhängig von Dokumentationsfehlern.

⁵ Nach Angaben der Jahresauswertung z. B. abhängig von Dokumentationsfehlern.

Tabelle 3. Zuordnung der Qualitätsindikatoren in die durch Rate, Vertrauensbereich und Schwellenwert definierten Kategorien.

| Kategorie | 2004 | | 2005 | |
|------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|
| | Anzahl | Anteil | Anzahl | Anteil |
| Rate auffällig, Vertrauensbereich auffällig | 8 | 3,8 % | 5 | 3,4 % |
| Rate auffällig, Schwellenwert im Vertrauensbereich | 17 | 8,0 % | 12 | 8,1 % |
| Rate unauffällig, Schwellenwert im Vertrauensbereich | 105 | 49,5 % | 76 | 51,4 % |
| Rate unauffällig, Vertrauensbereich unauffällig | 82 | 38,7 % | 55 | 37,2 % |
| Insgesamt | 212 | 100 % | 148 | 100 % |

Im folgenden werden die Qualitätsindikatoren betrachtet, bei denen Rate und Vertrauensbereich auffällig sind.

4.3.2 Cholezystektomie

Im Gutachten über 2004 waren 2 Qualitätsindikatoren analysiert worden, „Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase“ und „Erhebung eines histologischen Befundes“. In beiden Indikatoren wird 2005 ein optimales Ergebnis erreicht.

4.3.3 Gynäkologische Operationen

Im Gutachten über 2004 war der Qualitätsindikator „Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie [Patientinnen mit gültiger Altersangabe ≥ 40 Jahre]“ analysiert worden. Hier ist in 2005 eine Verbesserung festzustellen (99,4 % versus 97,0 %). Zwei Indikatoren wurden im Gutachten über 2005 analysiert. Der Indikator „Indikation bei Ovarieingriffen [mit vollständiger Entfernung des Ovars oder Adnexe, Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund]“ war in dieser Form nicht Bestandteil des Gutachtens von 2004. Beim Indikator „Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie“ zeigt sich eine Verschlechterung zu 2004 (34,2 % versus 39,2 %).

4.3.4 Mammachirurgie

Im Gutachten über 2004 waren 4 Qualitätsindikatoren analysiert worden, „Hormonrezeptoranalyse“, „Angabe pT, pN, pM oder M“, „Angabe Sicherheitsabstand“ und „Anzahl Lymphknoten“. Bei deutlicher Zunahme der Rate von 89,4 % auf 97,7 % hat der Indikator „Hormonrezeptoranalyse“ in 2005 den Referenzbereich erreicht. Der Bericht zum Indikator „Angabe pT, pN, pM oder M“ wurde 2005 ausgesetzt. Der Indikator „Angabe Sicherheitsabstand“ wurde im Gutachten über 2005 in 2 Indikatoren aufgeteilt, „Angabe Sicherheitsabstand [mit brusterhaltender Therapie]“ und „Angabe Sicherheitsabstand [mit Mastektomie]“. Diese sind weiterhin in Rate und Vertrauensbereich auffällig. Das Ergebnis beim Indikator „Anzahl Lymphknoten“ hat sich von 2004 nach 2005 von 87,7 % auf 94,6 % verbessert. Damit erreicht die gemessene Rate zwar noch nicht den Referenzbereich, der im Vertrauensbereich liegende Schwellenwert lässt aber keine eindeutige Bewertung der „wahren“ Rate zu.

4.3.5 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

In 2004 und 2005 finden sich gleichermaßen Ereignisse beim Sentinel Event-Indikator „Letalität“.

4.4 ZUSAMMENFASSUNG

Bei 8 in 2004 analysierten Indikatoren zeigt sich bei 5 in 2005 ein Erreichen des nationalen Referenzbereiches zumindest mit dem Vertrauensbereich. 2 weitere Indikatoren sind weiterhin auffällig, wobei der Indikator „Angabe Sicherheitsabstand“ im Leistungsbereich „Mammachirurgie“ in 2005 geteilt wurde. Für einen Indikator aus 2004 wurde in 2005 die Jahresauswertung ausgesetzt. 2 Indikatoren werden in 2005 neu auffällig, wobei einer nicht eindeutig in 2004 zu identifizieren ist.

5 POSITION IN MECKLENBURG-VORPOMMERN

5.1 EINFÜHRUNG

Zur Bewertung der Ergebnisse im Vergleich mit anderen Krankenhäusern wurde ein Spitzenrang definiert. Dieser wird erreicht, falls das Ergebnis des Universitätsklinikums Greifswald für einen Qualitätsindikator unter den besten 20 % der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern liegt (besten 20 % der Ränge) und/oder das beste Ergebnis erreicht wird (Rang 1). Die in der Auswertung der quant gmbh vorgenommene Unterteilung in eine Gruppe mit höherer Fallzahl und eine weitere mit geringerer Fallzahl wurde berücksichtigt, d. h. der Vergleich nur innerhalb der eigenen Gruppe gebildet. Ausgeschlossen wurden Qualitätsindikatoren die im Universitätsklinikum Greifswald nicht anwendbar sind.

Im Jahre 2004 wird bei 230 eingeschlossenen Indikatoren 95-mal ein Spitzenrang erreicht (41 %), im Jahre 2005 bei 167 eingeschlossenen Indikatoren 75-mal (45 %). Abbildung 4 zeigt die relative Häufigkeit der Spitzenränge je Leistungsbereich in der Übersicht.

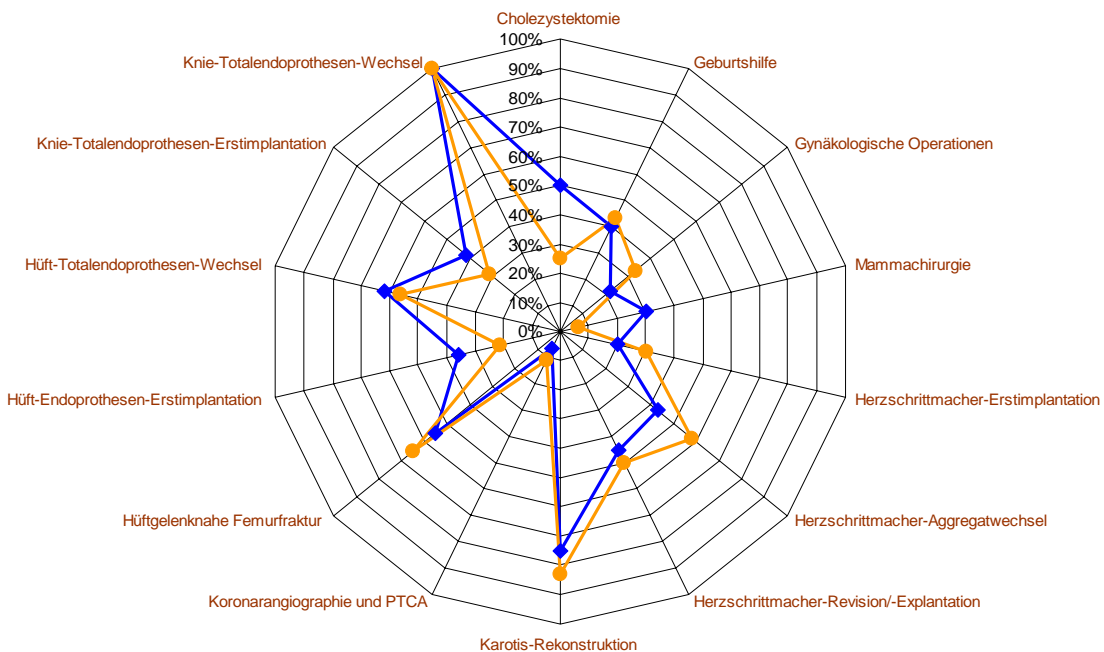


Abbildung 4. Anteil Spitzenränge (2004: orange, runde Datenpunkte; 2005: blau, eckige Datenpunkte) an den Qualitätsindikatoren eines Leistungsbereiches. Erreicht die Kurve in einem Leistungsbereich den Wert von 50 %, bedeutet dies, dass das Universitätsklinikum Greifswald bei der Hälfte der eingeschlossenen Indikatoren einen Spitzenrang erreicht.

Der Anteil der Spitzenränge hat in 2005 zugenommen. Diese Zunahme findet sich vor allem in den Leistungsbereichen Cholezystektomie (50 % versus 25 %), Mammachirurgie (30 % versus 6 %) und Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (36 % versus 21 %). Eine merkliche Abnahme verzeichnet der Leistungsbereich Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (43 % versus 58 %).

5.2 ÜBERSICHT NACH DEN QUALITÄTSEBENEN

Die eingeschlossenen Qualitätsindikatoren werden in Tabelle 4 nach den Ebenen Indikation, Prozess und Ergebnis zusammengefasst.

Tabelle 4. Spitzenränge nach den Ebenen der Qualität.

| Ebene | 2004 | | | 2005 | | |
|------------|-----------|-------------|--------|-----------|-------------|--------|
| | QI gesamt | Spitzenrang | Anteil | QI gesamt | Spitzenrang | Anteil |
| Indikation | 42 | 12 | 29 % | 24 | 8 | 33 % |
| Prozess | 61 | 23 | 38 % | 44 | 16 | 36 % |
| Ergebnis | 127 | 60 | 47 % | 99 | 51 | 52 % |
| Insgesamt | 230 | 95 | 41 % | 167 | 75 | 45 % |

Der Anteil von Spitzenrängen hat sich bei Indikatoren der Indikations- und der Ergebnisqualität erhöht, bei Indikatoren der Prozessqualität verringert.

5.3 DETAILANALYSE DER SPITZENRÄNGE

5.3.1 Einführung

Im folgenden werden die Leistungsbereiche mit herausragenden Ergebnissen betrachtet, es sind dies die Karotis-Rekonstruktion und der Knie-Totalendoprothesen-Wechsel.

5.3.2 Karotis-Rekonstruktion

Dieser Leistungsbereich erreicht sowohl in 2004 (Anteil Spitzenränge 83 %) als auch in 2005 (Anteil Spitzenränge 75 %) ein hervorragendes Ergebnis.

Das Universitätsklinikum Greifswald erreicht 2004 und 2005 im Leistungsbereich Karotis-Rekonstruktion - wie andere Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern auch - ein herausragendes Ergebnis.

5.3.3 Knie-Totalendoprothesen-Wechsel

Bei allen eingeschlossenen Qualitätsindikatoren wird in beiden Jahren ein Spitzenrang und damit ein optimales Ergebnis erzielt.

5.3.4 Zusammenfassung

Die Leistungsbereiche Karotis-Rekonstruktion und Knie-Totalendoprothesen-Wechsel erzielen in 2004 und 2005 ein optimales Ergebnis.

ANHANG

A MATERIALIEN

GMDS-Arbeitsgruppe "Qualitätsmanagement in der Medizin". Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements. Informatik, Biometrie und Epidemiologie in Medizin und Biologie 2003; 34: 1-61.

Mohr VD, Bauer J, Döbler K, Eckert O, Fischer B, Woldenga C (Hrsg.). Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2004. Düsseldorf: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH, 2005 [Langversion].

Mohr VD, Bauer J, Döbler K, Eckert O, Fischer B, Woldenga C (Hrsg.). Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2005. Düsseldorf: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH, 2006.

Stausberg J. Universitätsklinikum Greifswald. Gutachten über die Jahresauswertung 2004 der quant gmbh, Hamburg, zur externen vergleichenden Qualitätssicherung. Essen, 8.10.2006.

Stausberg J. Universitätsklinikum Greifswald. Gutachten über die Jahresauswertung 2005 der quant gmbh, Hamburg, zur externen vergleichenden Qualitätssicherung. Essen, 29.10.2006.

B VERZEICHNIS DER ABKÜRZUNGEN

| | |
|------|------------------------------------------------|
| BQS | Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH |
| PTCA | perkutane transluminale Koronarangioplastie |
| QI | Qualitätsindikator |
| QK | Qualitätskennzahlen |