

UNIVERSITÄTSKLINIKUM GREIFSWALD

GUTACHTEN ÜBER DIE JAHRESAUSWERTUNG 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](mailto:stausberg@ekmed.de)



## INHALTSVERZEICHNIS

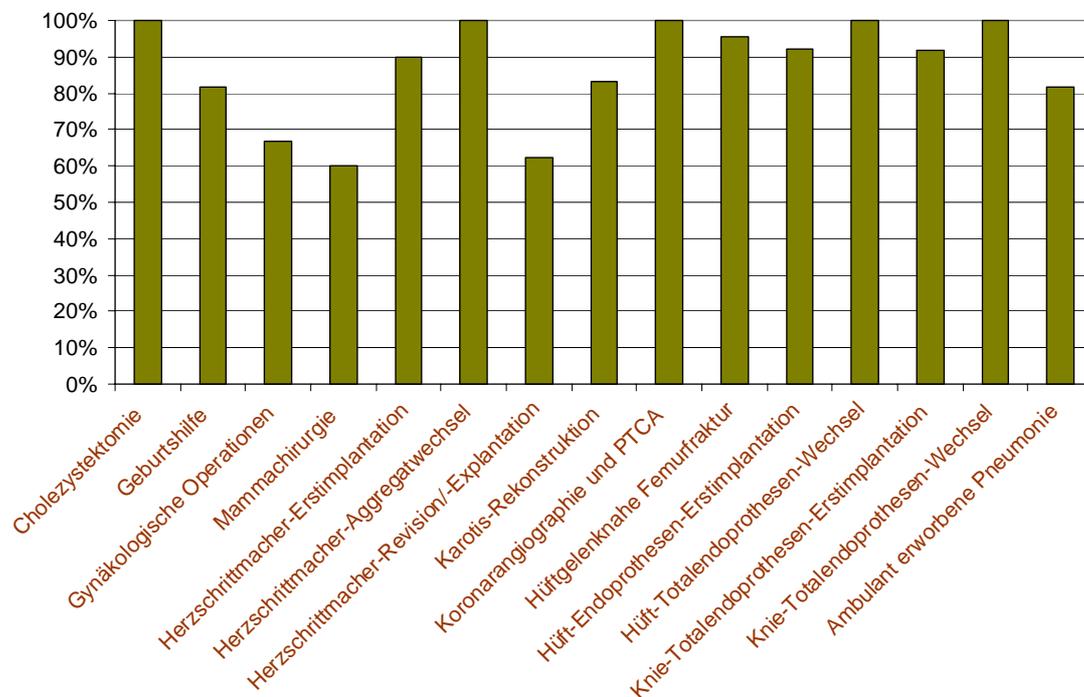
<b>1</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>LESEANLEITUNG .....</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>VORGEHEN .....</b>	<b>9</b>
3.1	ZIELSETZUNG .....	9
3.2	AUSWERTUNGSEBENE QUALITÄTSINDIKATOR .....	10
3.3	RATE UND VERTRAUENSBEREICH .....	11
3.4	VOLLZÄHLIGKEIT DER MELDUNGEN.....	12
3.5	GRENZEN DER METHODIK.....	13
<b>4</b>	<b>QUALITÄTSINDIKATOREN UND REFERENZBEREICH.....</b>	<b>14</b>
4.1	EINFÜHRUNG .....	14
4.2	ÜBERSICHT NACH LEISTUNGSBEREICH .....	15
4.3	DETAILANALYSE VON AUFFÄLLIGKEITEN .....	17
4.3.1	<i>Einführung.....</i>	<i>17</i>
4.3.2	<i>Gynäkologische Operationen.....</i>	<i>18</i>
4.3.3	<i>Mammachirurgie.....</i>	<i>19</i>
4.3.4	<i>Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation.....</i>	<i>20</i>
4.3.5	<i>Ambulant erworbene Pneumonie .....</i>	<i>20</i>
<b>5</b>	<b>POSITION IN MECKLENBURG-VORPOMMERN .....</b>	<b>21</b>
5.1	EINFÜHRUNG .....	21
5.2	ÜBERSICHT NACH LEISTUNGSBEREICH .....	22
5.3	DETAILANALYSE DER SPITZENRÄNGE .....	24
5.3.1	<i>Einführung.....</i>	<i>24</i>
5.3.2	<i>Karotis-Rekonstruktion .....</i>	<i>24</i>
5.3.3	<i>Knie-Totalendoprothesen-Wechsel .....</i>	<i>24</i>
<b>6</b>	<b>ERGEBNISSE NACH LEISTUNGSBEREICH .....</b>	<b>25</b>
6.1	CHOLEZYSTEKTOMIE.....	25
6.2	GEBURTSHILFE .....	25
6.3	GYNÄKOLOGISCHE OPERATIONEN .....	25
6.4	MAMMACHIRURGIE .....	25
6.5	HERZSCHRITTMACHER-ERSTIMPLANTATION.....	26
6.6	HERZSCHRITTMACHER-AGGREGATWECHSEL .....	26
6.7	HERZSCHRITTMACHER-REVISION/-EXPLANTATION .....	26
6.8	KAROTIS-REKONSTRUKTION.....	26
6.9	KORONARANGIOGRAPHIE UND PTCA.....	26
6.10	HÜFTGELENKNAHE FEMURFRAKTUR .....	26
6.11	HÜFT-ENDOPROTHESEN-ERSTIMPLANTATION.....	27
6.12	HÜFT-TOTALENDOPROTHESEN-WECHSEL .....	27
6.13	KNIE-TOTALENDOPROTHESEN-ERSTIMPLANTATION.....	27
6.14	KNIE-TOTALENDOPROTHESEN-WECHSEL.....	27
6.15	AMBULANT ERWORBENE PNEUMONIE .....	27

<b>ANHANG</b> .....	<b>29</b>
A QUALITÄTSINDIKATOREN UND REFERENZBEREICH: DETAILDARSTELLUNG .....	29
B POSITION IN MECKLENBURG-VORPOMMERN: DETAILDARSTELLUNG .....	43
C MATERIALIEN .....	57
D VERZEICHNIS DER ABKÜRZUNGEN.....	57

## 1 ZUSAMMENFASSUNG

Aus 9 Fachgruppen und 15 Leistungsbereichen der externen vergleichenden Qualitätssicherung wurden im Gutachten 182 Qualitätsindikatoren betrachtet. 88 % der Ergebnisse liegen für das Universitätsklinikum Greifswald im nationalen Referenzbereich und sind damit unauffällig. Bei 42 % der Indikatoren erreicht das Universitätsklinikum Greifswald im Vergleich mit den Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern einen Spitzenrang.

Optimale Ergebnisse bei Vergleich mit nationalen Referenzbereichen werden in den Leistungsbereichen Cholezystektomie, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Koronarangiographie und PTCA, Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel und Knie-Totalendoprothesen-Wechsel erzielt (s. Abbildung 1).



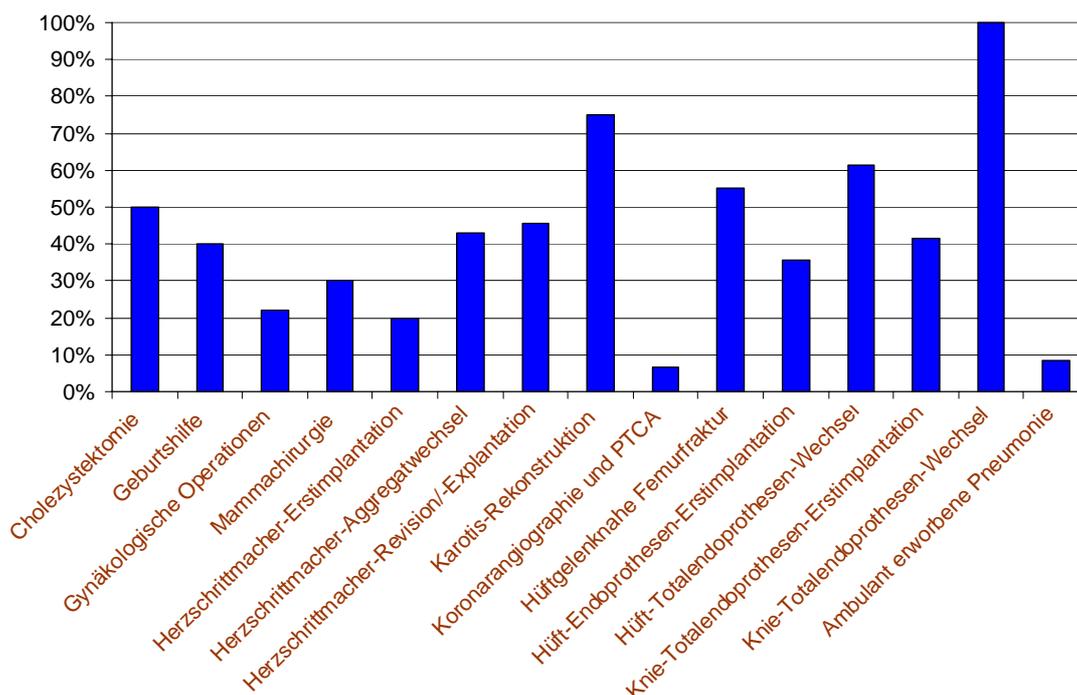
**Abbildung 1. Relative Häufigkeit unauffälliger Qualitätsindikatoren je Leistungsbereich.**

Bei 19 Indikatoren liegt die ermittelte Rate außerhalb des nationalen Referenzbereiches. Diese Indikatoren befinden sich vorwiegend auf Ebene der Indikations- und Prozessqualität und spiegeln damit die Performance der Leistungserbringung wider. Falls sich Dokumentationsfehler ausschließen und gleichzeitig Schwachstellen identifizieren lassen, sollte eine Verbesserung ohne Schwierigkeiten möglich sein.

Bei 7 Qualitätsindikatoren bleibt das Ergebnis auch bei Berücksichtigung von Dokumentationsfehlern auffällig, dabei sind 6 der Ebene der Prozessqualität zuzuordnen. Im Leistungsbereich Gynäkologische Operationen liegen 2 der auffälligen Indikatoren. Hier finden sich Hinweise auf Verbesserungspotential des perioperativen

Managements. 2 weitere auffällige Indikatoren der Prozessqualität liegen im Leistungsbereich Mammachirurgie. Die aus Stufe-3-Leitlinien abgeleiteten normativ-analytischen<sup>1</sup> Referenzbereiche werden derzeit vom Universitätsklinikum Greifswald - wie von vielen anderen Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern - noch nicht ganz erreicht, obwohl die Problembereiche gut für Interventionen zugänglich sind. Die unerwarteten Ereignisse im Bereich der Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bedürfen einer weitergehenden Analyse. Auch bei den 2 auffälligen Indikatoren der Prozessqualität im Leistungsbereich Ambulant erworbene Pneumonie werden die normativ-analytisch festgelegten Referenzbereiche verfehlt, wie von fast allen Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern.

„Spitze“ erweist sich das Universitätsklinikum Greifswald in den Leistungsbereichen Cholezystektomie, Karotis-Rekonstruktion, Hüftgelenknahe Femurfraktur, Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel und Knie-Totalendoprothesen-Wechsel (s. Abbildung 2). Das Universitätsklinikum Greifswald erreicht vor allem bei den Indikatoren zur Ergebnisqualität Spitzenränge. Herausragend sind die Ergebnisse im Leistungsbereich Karotis-Rekonstruktion mit 6 Spitzenrängen bei 8 Indikatoren (75 %) sowie Knie-Totalendoprothesen-Wechsel mit Spitzenrang bei allen 13 Indikatoren.



**Abbildung 2. Anteil der Spitzenränge je Leistungsbereich.**

Es finden sich Hinweise auf Mängel in den Daten, z. B. im Leistungsbereich Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation beim Indikator „Postoperative Beweglichkeit“. Vor der

<sup>1</sup> Als „normativ-analytisch“ werden Referenzbereiche bezeichnet, die nicht aus den Ergebnissen der externen vergleichenden Qualitätssicherung empirisch abgeleitet, sondern zur Erreichung eines gewünschten Verhaltens festgesetzt werden.

Meldung von Behandlungsfällen an die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) sollte daher eine interne Kontrolle erfolgen. Abweichungen der gemeldeten Fallzahl von der Sollzahl könnten so ebenfalls erkannt und korrigiert werden.

---

## 2 LESEANLEITUNG

---

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.

Kapitel 6 stellt die Ergebnisse aggregiert nach Leistungsbereich dar. Zum Verständnis dieses Kapitels ist die Kenntnis des Vorgehens und der Detaildarstellungen erforderlich.

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.

Der Leser kann den Weg des Gutachters nachvollziehen, in dem er zuerst die Detailtabellen in den Anhängen sichtet und sich dann den entsprechenden Kapiteln zuwendet.

### 3 VORGEHEN

#### 3.1 ZIELSETZUNG

Im Rahmen der externen vergleichenden Qualitätssicherung hat quant gmbh dem Universitätsklinikum Greifswald für 2005 Jahresauswertungen mit umfangreichen Daten zu 9 Fachgruppen und 15 Leistungsbereichen zur Verfügung gestellt (s. Tabelle 1, ohne Fachgruppe Pflege). Die Jahresauswertungen umfassen Dokumente im Portable Document Format (PDF) mit insgesamt 1 233 Seiten. Ziel des Gutachtens ist es, die detaillierten Angaben der Jahresauswertungen zu verdichten, um somit der Klinikumsleitung Grundlage und Hilfestellung für Entscheidungen im Rahmen einer umfassenden Qualitätspolitik zu bieten.

**Tabelle 1. Eingeschlossene Fachgruppen und Leistungsbereiche der externen vergleichenden Qualitätssicherung. Zahlen zu Qualitätsindikatoren und -kennzahlen aus dem BQS-Qualitätsreport 2005.**

Modul	Fachgruppe	Anzahl	
	Leistungsbereich	Qualitätsindikatoren	Qualitätskennzahlen
	Viszeralchirurgie		
12/1	Cholezystektomie	8	12
	Perinatalmedizin		
16/1	Geburtshilfe	11	17
	Gynäkologie		
15/1	Gynäkologische Operationen	9	13
	Mammachirurgie		
18/1	Mammachirurgie	11	13
	Herzschrittmacher		
09/1	Herzschrittmacher-Erstimplantation	7	12
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	5	11
09/3	Herzschrittmacher-Revision/-Explantation	8	13
	Gefäßchirurgie		
10/2	Karotis-Rekonstruktion	8	11
	Kardiologie		
21/3	Koronarangiographie und PTCA	8	16
	Orthopädie und Unfallchirurgie		
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur	14	34
17/2	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	14	14
17/3	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	13	13
17/5	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	12	12
17/7	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	11	11
	Pneumonie		
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	11	21
	Insgesamt	150	223

Im Gutachten wird eine Verdichtung und Bewertung der Jahresauswertungen mit zwei unterschiedlichen Zielrichtungen vorgenommen. Zum einen sollen diejenigen Bereiche identifiziert werden, in denen sich Hinweise auf Qualitätsprobleme und damit die

Notwendigkeit weitergehender Analysen sowie ggf. daran anschließender Maßnahmen ergeben. Hierzu werden die Ergebnisse des Universitätsklinikums Greifswald mit nationalen Referenzbereichen in Beziehung gesetzt (Kapitel 4). Zum anderen sollen Bereiche identifiziert werden, in denen das Universitätsklinikum Spitzenwerte erreicht, um so eigene Stärken in Bezug auf die externe vergleichende Qualitätssicherung herauszuarbeiten. Hierzu werden die Ergebnisse des Universitätsklinikums Greifswald mit denjenigen der anderen Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern verglichen (Kapitel 5). In beiden Kapiteln werden die Ergebnisse in einem ersten Abschnitt im Überblick je Leistungsbereich, in einem zweiten Abschnitt für jeden Leistungsbereich differenziert nach den Ebenen Indikation, Prozess und Ergebnis und in einem dritten Abschnitt bezogen auf einzelne Schwerpunkte dargestellt. Die zu Grunde liegende Einzelbewertung für jeden Qualitätsindikator findet sich im Anhang.

---

*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. So wird in der Jahresauswertung der quant gmbh im Leistungsbereich ein Qualitätsindikator „Anzahl dokumentierter Prozeduren“ ausgewiesen, dieser fehlt jedoch unter BQS-Qualitätsindikatoren. Der Indikatoren wurde dennoch im Gutachten berücksichtigt.

Die Lesbarkeit der Jahresauswertungen wird durch einen uneinheitlichen Aufbau der Jahresauswertungen erschwert. So erscheinen überwiegend in der Darstellung der

einzelnen Ergebnisse zuerst das eigene Krankenhaus und dann die Zahlen für Mecklenburg-Vorpommern, bei der Geburtshilfe ist dies jedoch umgekehrt. Auch finden sich Widersprüche im Detail. So gibt quant gmbh im Leistungsbereich Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation für den Qualitätsindikator „Postoperative Beweglichkeit“ einen Referenzbereich von „0,00 %“ an, dieser beträgt nach BQS-Qualitätsindikatoren jedoch „>= 0,00 %“. Somit schließt der Referenzbereich alle möglichen Ergebnisse ein, nicht nur die 0.

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 die 150 ausgewiesenen Qualitätsindikatoren in einigen Bereichen ergänzt werden, so dass deren Gesamtzahl im Gutachten nun 182 beträgt.

---

*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. Das Gutachten verwendet 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 Wert<sup>2</sup>. 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.

---

*Der Vergleich der „rohen“ Rate eines Qualitätsindikators mit Referenzbereichen ist zulässig, da die Ergebnisse in Form einer Vollerhebung ermittelt wurden. Der Vertrauensbereich kann zusätzlich herangezogen werden, um mögliche Dokumentationsfehler auszugleichen.*

---

---

<sup>2</sup> 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.

### 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 %. Das Universitätsklinikum Greifswald hat im Verfahrensjahr 2005 für die 15 im Gutachten betrachteten Leistungsbereiche 4 086 Meldungen übermittelt (s. Tabelle 2). Hieraus ergibt sich bei einer Sollzahl von 4 071 Meldungen eine Dokumentationsrate von 100,37 %. Bundesweit lag die Dokumentationsrate bei 97,81 %.

**Tabelle 2. Vollzähligkeit der Meldungen an die externe vergleichende Qualitätssicherung für das Verfahrensjahr 2005.**

Modul	Fachgruppe Leistungsbereich	Anteil Meldungen an Sollzahl		
		UKG	MV	national
	Viszeralchirurgie			
12/1	Cholezystektomie	101,08 %	100,31 %	99,61 %
	Perinatalmedizin			
16/1	Geburtshilfe	99,85 %	100,02 %	99,31 %
	Gynäkologie			
15/1	Gynäkologische Operationen	100,00 %	100,80 %	97,00 %
	Mammachirurgie			
18/1	Mammachirurgie	101,29 %	101,00 %	96,02 %
	Herzschrittmacher			
09/1	Herzschrittmacher-Erstimplantation	100,00 %	99,94 %	97,64 %
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	100,00 %	101,62 %	100,39 %
09/3	Herzschrittmacher-Revision/-Explantation	100,00 %	91,16 %	83,19 %
	Gefäßchirurgie			
10/2	Karotis-Rekonstruktion	102,50 %	98,95 %	97,29 %
	Kardiologie			
21/3	Koronarangiographie und PTCA	100,13 %	99,24 %	100,85 %
	Orthopädie und Unfallchirurgie			
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur	100,00 %	100,18 %	99,05 %
17/2	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	101,39 %	98,99 %	99,36 %
17/3	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	100,00 %	97,21 %	95,99 %
17/5	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	101,02 %	98,88 %	99,53 %
17/7	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	100,00 %	97,25 %	98,72 %
	Pneumonie			
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	100,82 %	82,07 %	82,48 %
	Insgesamt	100,37 %		97,81 %

In 11 von 15 Leistungsbereichen lag die Dokumentationsrate für das Universitätsklinikum Greifswald höher als in Mecklenburg-Vorpommern, in 13 von 15 höher als in der bundesweiten Auswertung. Nur im Leistungsbereich Geburtshilfe (99,85 %) erreichte die Vollzähligkeit keine 100 %. Dieses Ergebnis liegt leicht unterhalb dem Ergebnis für Mecklenburg-Vorpommern mit 100,02 % und leicht oberhalb dem bundesweiten Ergebnis mit 99,31 %.

---

*Das Universitätsklinikum Greifswald hat seine Behandlungsfälle im Jahr 2005 vollzählig an die externe vergleichende Qualitätssicherung übermittelt.*

---

### **3.5 GRENZEN DER METHODIK**

Das Gutachten setzt 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 werden diese Annahmen geprüft und im Gutachten diskutiert. Sollten diese Annahmen in relevantem Umfang unzutreffend sein, muss mit Verzerrungen bei den Aussagen des Gutachtens gerechnet werden.

---

## 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.

Sonderfälle sind zu beachten. Ein Referenzbereich „= 0,00 %“ würde einem Sentinel Event-Indikator entsprechen. Bei einem Referenzbereich „>= 0,00 %“ wären alle Ergebnisse von Rate und Vertrauensbereich unauffällig, wie z. B. beim Indikator „Postoperative Beweglichkeit“ im Leistungsbereich Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation.

Ausgeschlossen wurden Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich sowie Qualitätsindikatoren die im Universitätsklinikum Greifswald nicht anwendbar sind. Abbildung 3 zeigt die relative Häufigkeit unauffälliger Qualitätsindikatoren je Leistungsbereich in der Übersicht. Insgesamt sind von 159 eingeschlossenen Indikatoren 140 unauffällig (88 %) und liegen somit im nationalen Referenzbereich. Eine detaillierte Darstellung zu jedem Qualitätsindikator findet sich in Anhang A.

---

*Im Leistungsbereich Cholezystektomie sowie den Fachgruppen Kardiologie und Orthopädie und Unfallchirurgie liegen die eingeschlossenen Qualitätsindikatoren nahezu vollständig im nationalen Referenzbereich. In den Leistungsbereichen Gynäkologische Operationen und Mammachirurgie gilt dies für 60 % bis 80 %, in den Fachgruppen Perinatalmedizin, Herzschrittmacher, Gefäßchirurgie und Pneumonie zwischen 80 % und 100 % je Leistungsbereich.*

---

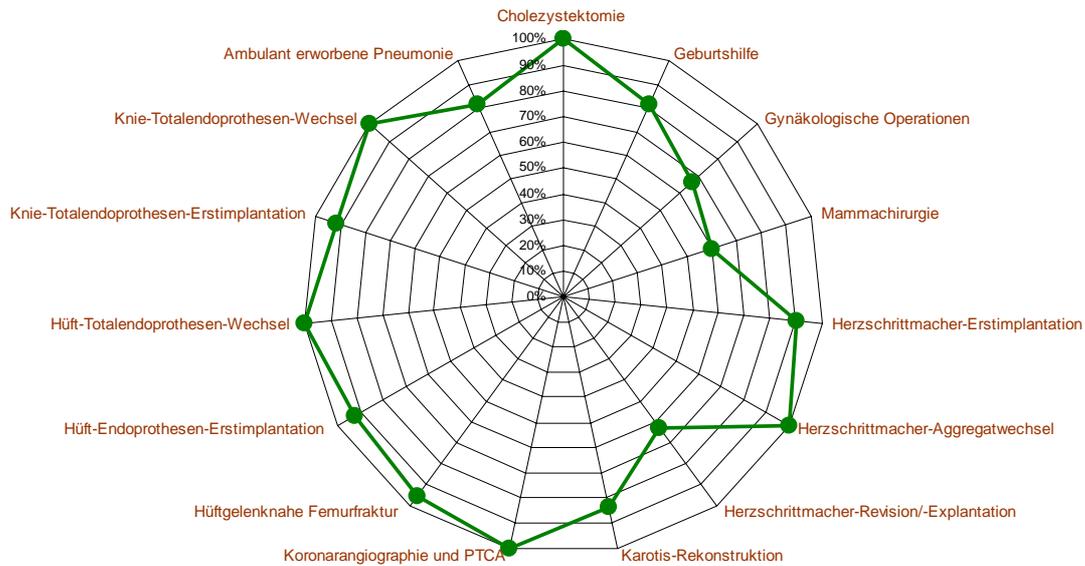
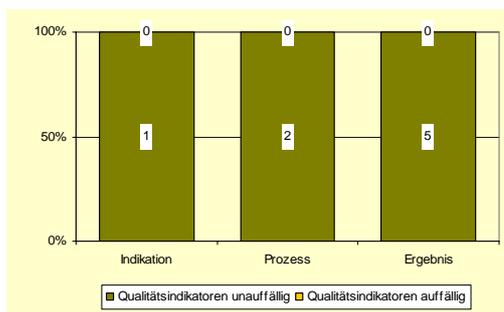


Abbildung 3. Relative Häufigkeit unauffälliger Qualitätsindikatoren je Leistungsbereich (grün). Erreicht die grüne Kurve in einem Leistungsbereich den Wert von 50 %, bedeutet dies, dass bei der Hälfte der eingeschlossenen Indikatoren das Ergebnis für das Universitätsklinikum Greifswald im Referenzbereich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

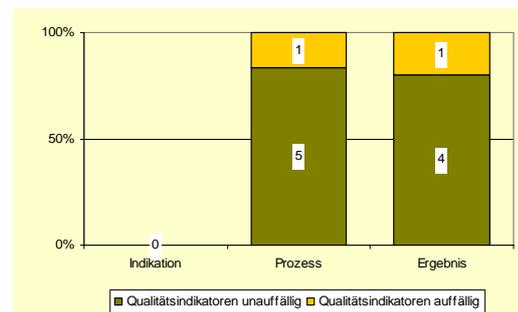
#### 4.2 ÜBERSICHT NACH LEISTUNGSBEREICH

Die eingeschlossenen Qualitätsindikatoren werden im folgenden für jeden Leistungsbereich nach den Ebenen Indikation, Prozess und Ergebnis gegliedert dargestellt. In grün ist der Anteil von Indikatoren mit Rate im nationalen Referenzbereich (unauffällig), in gelb außerhalb des Referenzbereiches (auffällig) wiedergegeben. Zusätzlich ist jeweils die absolute Anzahl der Indikatoren angeführt.

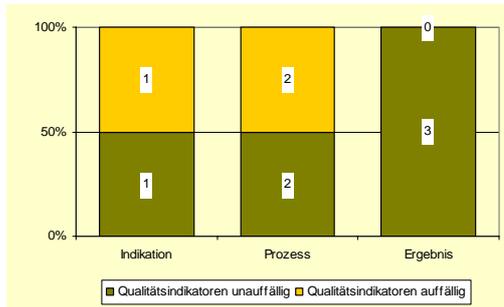
##### Cholezystektomie



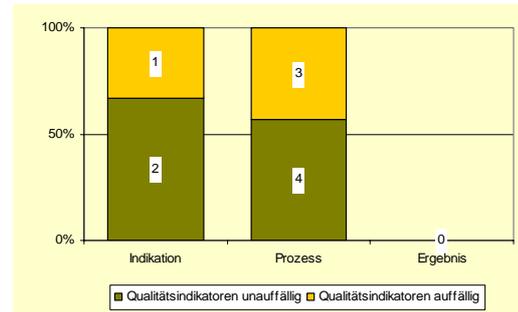
##### Geburtshilfe



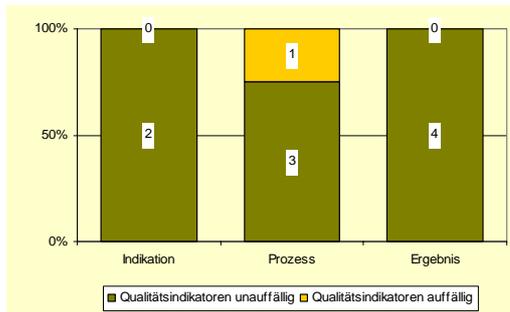
*Gynäkologische Operationen*



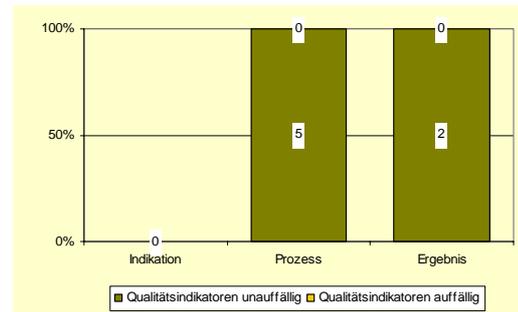
*Mammachirurgie*



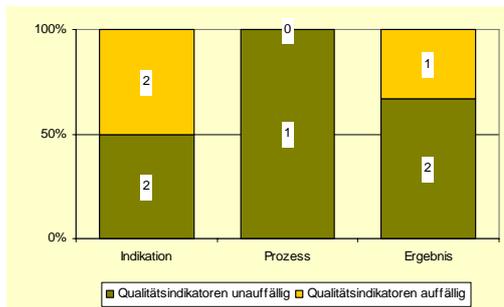
*Herzschrittmacher-Erstimplantation*



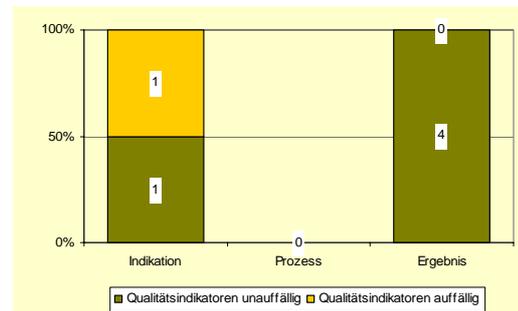
*Herzschrittmacher-Aggregatwechsel*



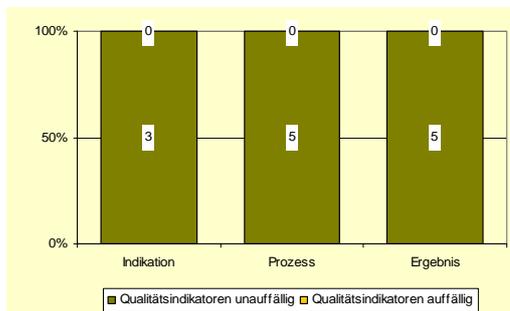
*Herzschrittmacher-Revision/-Explantation*



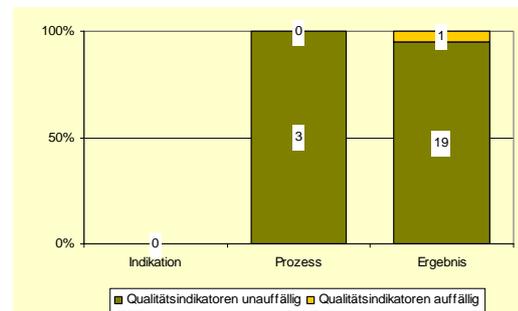
*Karotis-Rekonstruktion*



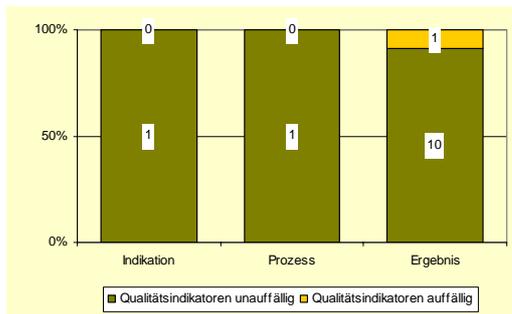
*Koronarangiographie und PTCA*



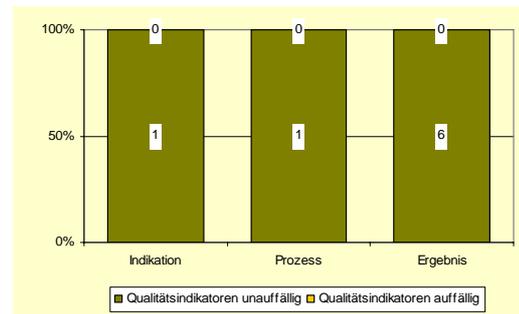
*Hüftgelenknahe Femurfraktur*



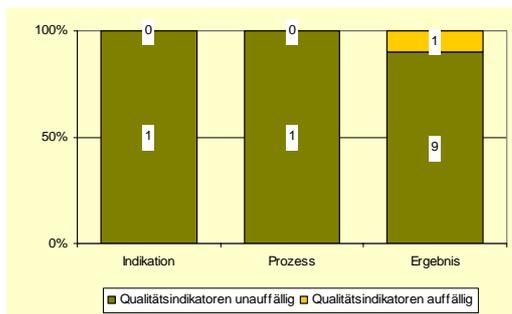
*Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation*



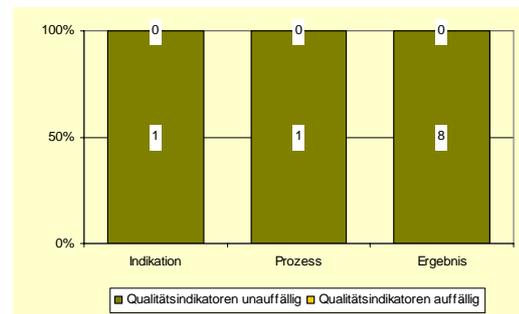
*Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel*



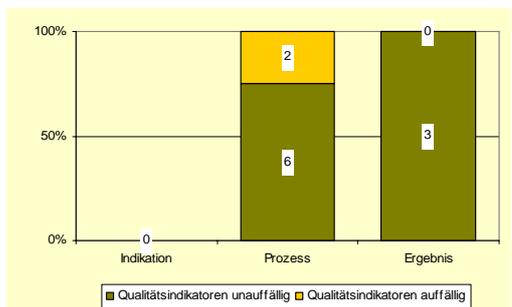
*Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation*



*Knie-Totalendoprothesen-Wechsel*



*Ambulant erworbene Pneumonie*



Von 19 auffälligen Indikatoren zählen 5 zur Ebene der Indikationsqualität (24 % von insgesamt 21), 9 zur Ebene der Prozessqualität (18 % von insgesamt 49) und 5 zur Ebene der Ergebnisqualität (6 % von insgesamt 89).

**4.3 DETAILANALYSE VON AUFFÄLLIGKEITEN**

*4.3.1 Einführung*

Aus der Analyse in Anhang A 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]<sup>3</sup>, 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 sein<sup>4</sup>.
- Rate auffällig - [nein], Schwellenwert in Vertrauensbereich - [ja]: Die wahre Rate für den Qualitätsindikator kann sowohl auffällig als auch unauffällig sein<sup>5</sup>.

---

*Die Detaildarstellung in Anhang A enthält Ergebnisse zu 182 Qualitätsindikatoren. Bei 22 sind keine nationalen Referenzbereiche angegeben, bei weiteren 6 kein Vertrauensbereich, ein Indikator wurde ausgeschlossen. Bei Angaben ohne Vertrauensbereich handelt es sich um Mittelwerte stetiger Merkmale und keine Raten. Diese wurden mit ihrem „rohen“ Wert berücksichtigt. Zum Vergleich mit nationalen Referenzbereichen verbleiben somit 159 Qualitätsindikatoren. 7 von 159 Indikatoren (4,4 %) liegen sowohl mit ihrer Rate als auch mit ihrem Vertrauensbereich außerhalb des Referenzbereiches. Auch bei Einbeziehung von Dokumentationsfehlern sind die Ergebnisse im Universitätsklinikum Greifswald daher als Hinweis auf ein Qualitätsproblem zu betrachten. Bei 12 weiteren ist die Rate zwar auffällig, der Schwellenwert für den nationalen Referenzbereich liegt jedoch im Vertrauensbereich, so dass auf Grund der Daten keine eindeutige Aussage zur Qualität getroffen werden kann (7,5 %). Bei 57 Indikatoren liegen Rate und Vertrauensbereich im Referenzbereich<sup>6</sup> (35,8 %). Auch bei Einbeziehung von Dokumentationsfehlern ergeben sich hier keine Hinweise auf ein Qualitätsproblem. Bei 83 Indikatoren liegt die Rate im Referenzbereich, der Schwellenwert liegt jedoch im Vertrauensbereich (52,2 %). Hier ist ein Qualitätsproblem auf Grund der Daten nicht sicher auszuschließen.*

---

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

#### 4.3.2 Gynäkologische Operationen

*Indikation bei Ovaryingriffen [mit vollständiger Entfernung des Ovars oder Adnexe, Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund]*

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich diese Rate mehr als verdoppelt (32,4 % versus 13,5 %). Unter 20 Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern weisen 11 ein besseres Ergebnis auf. Im Vergleich mit den Ergebnissen für Mecklenburg-Vorpommern fällt vor allem die deutlich erhöhte Rate von Patientinnen mit Normalbefund auf (8,1 % versus 3,0 %). Eine weitergehende Analyse unter Nutzung der Basisdaten ist nicht möglich, da sich die Grundgesamtheit des Indikators dort nicht eindeutig wieder findet.

---

<sup>3</sup> In Anhang A sind auffällige Raten mit einem x in der Spalte „Rate auffällig“ gekennzeichnet.

<sup>4</sup> Nach Angaben der Jahresauswertung z. B. abhängig von Dokumentationsfehlern.

<sup>5</sup> Nach Angaben der Jahresauswertung z. B. abhängig von Dokumentationsfehlern.

<sup>6</sup> Hierbei wurden Indikatoren ohne Angabe eines Vertrauensbereiches mitgezählt.

---

*Auf Grund fehlender Übereinstimmung der Grundgesamtheit mit den Kollektiven der Basisdaten lassen sich keine Hinweise auf mögliche Erklärungen für die erhöhte Rate dieses Indikators identifizieren.*

---

#### *Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie*

Gegenüber dem 2004 empirisch definierten Referenzbereich von  $\geq 36,9$  % wurde dieser für 2005 normativ-analytisch auf  $\geq 90$  % festgelegt. Demgegenüber waren die Ergebnisse für das UKG mit 34,2 % gegenüber 39,2 % auf niedrigem Niveau rückläufig. Damit erzielt das UKG unter 23 Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern den viertschlechtesten Wert. Die Rate ist deutlich abhängig von der Indikation, 25,9 % bei benigner Erkrankung des Uterus (MV 83,2 %), 75,0 % bei Hysterektomie bei maligner Erkrankung des Uterus (MV 75,8 %) und 66,7 % bei radikaler Hysterektomie bei maligner Erkrankung des Uterus (MV 89,2 %).

---

*Die Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie wird vor allem bei benigner Indikation unterlassen. Dies weist auf Verbesserungsmöglichkeiten des perioperativen Managements hin.*

---

#### 4.3.3 Mammachirurgie

Die Referenzbereiche beider Qualitätsindikatoren wurden aus Stufe-3-Leitlinien übernommen.

##### *Angabe Sicherheitsabstand [mit brusterhaltender Therapie]*

Im Vergleich zum Vorjahr ist eine Verbesserung festzustellen (88,6 % versus 83,9 %). Die Rate liegt deutlich oberhalb des Ergebnisses von Mecklenburg-Vorpommern (72,7 %). Nur 6 von 19 Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern erreichen den Referenzbereich.

##### *Angabe Sicherheitsabstand [mit Mastektomie]*

Im Vergleich zum Vorjahr ist eine klare Verbesserung festzustellen (84,4 % versus 58,6 %). Die Rate liegt deutlich oberhalb des Ergebnisses von Mecklenburg-Vorpommern (54,8 %). Nur 3 von 19 Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern erreichen den Referenzbereich.

##### *Zusammenfassung*

---

*Die Referenzbereiche der 2 auffälligen Indikatoren der Prozessqualität bei der Mammachirurgie sind normativ-analytisch als Zielwerte vorgegeben. Diese Zielwerte werden bislang in der Breite von den Krankenhäusern in MV nicht erreicht. Der Abstand des UKG zum Referenzbereich ist allerdings nur noch klein, so dass ein kurzfristiges Überschreiten des Schwellenwertes möglich erscheint. Es sollten Maßnahmen eingeleitet werden, um z. B. im Rahmen klinischer Pfade eine leitliniengerechte pathologische Befundung sicher zu stellen.*

---

#### 4.3.4 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

##### *Letalität*

Dieser Indikator ist als Sentinel Event ausgewiesen, d. h. jedes Ereignis ist einer Einzelfallbetrachtung zuzuführen. Von 5 Todesfällen in 2005 in MV sind 2 im UKG aufgetreten. Dies entspricht der Rate des Vorjahres. Beide Fälle im UKG wurden als ASA 4 eingestuft, die 3 weiteren in MV als ASA 3. Die 286 Behandlungsfälle in 2005 mit einer Erstimplantation einer Endoprothese der Hüfte waren im Vergleich zu MV im Median gleich alt (69,0 Jahre). Sie wiesen eine niedrigere Einstufung der ASA-Klassifikation auf (ASA 1 und 2: 74,1 % versus 53,2 %). Der Anteil von Patienten mit Vorschädigungen der Hüfte war vergleichbar.

---

*Die erfassten Daten erklären die Todesfälle nicht. Es ist davon auszugehen, dass diese Fälle im so genannten strukturierten Dialog zwischen dem Qualitätsbüro der KGMV und dem Universitätsklinikum detailliert diskutiert werden.*

---

#### 4.3.5 Ambulant erworbene Pneumonie

Die Referenzbereiche beider Indikatoren zur Prozessqualität wurden normativ-analytisch festgelegt.

##### *Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie [alle Patienten]*

Unter 28 Krankenhäusern in MV erzielt das UKG das 6-beste Ergebnis, nur 2 Krankenhäuser liegen im Referenzbereich.

##### *Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien*

Kein Krankenhaus in MV erreicht den Referenzbereich. Das Ergebnis für das UKG entspricht dem Ergebnis in MV (41,0 % versus 41,6 %).

##### *Zusammenfassung*

---

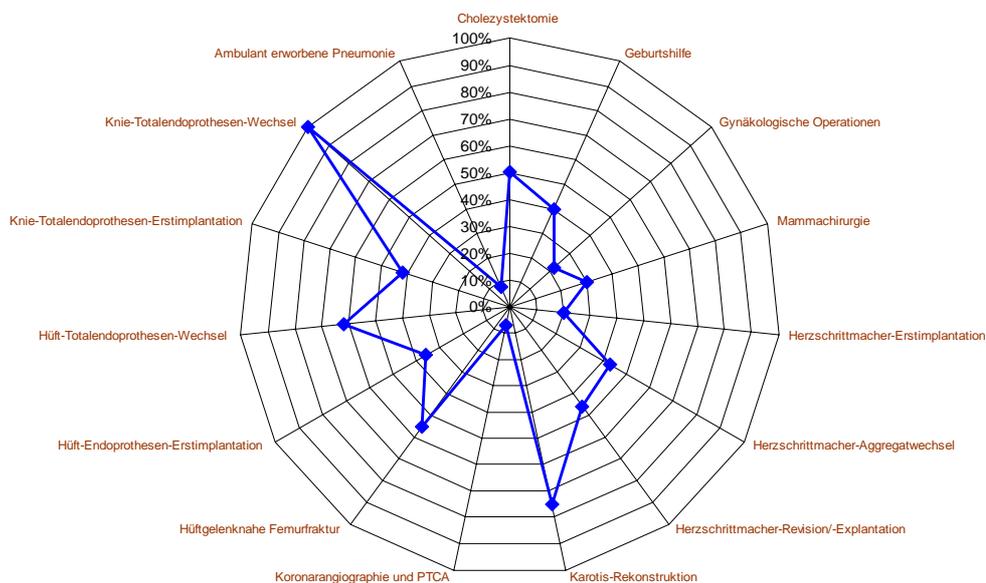
*Die Referenzbereiche der 2 auffälligen Indikatoren der Prozessqualität im Leistungsbereich Ambulant erworbene Pneumonie sind normativ-analytisch als Zielwerte vorgegeben. Diese Zielwerte werden bislang von den Krankenhäusern in MV kaum erreicht. Es sollten Maßnahmen eingeleitet werden, um z. B. im Rahmen klinischer Pfade eine leitliniengerechte Diagnostik sicher zu stellen.*

---

## 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. Abbildung 4 zeigt die relative Häufigkeit der Spitzenränge je Leistungsbereich in der Übersicht. Insgesamt wird bei 179 eingeschlossenen Indikatoren 76-mal ein Spitzenrang erreicht (42 %). Eine detaillierte Darstellung zu jedem Qualitätsindikator findet sich in Anhang B.



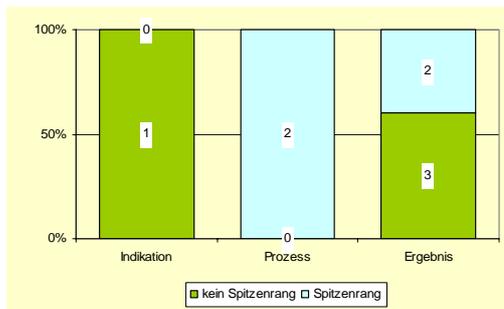
**Abbildung 4. Anteil Spitzenränge (blau) an den Qualitätsindikatoren eines Leistungsbereiches. Erreicht die blaue Kurve in einem Leistungsbereich den Wert von 50 %, bedeutet dies, dass das Universitätsklinikum Greifswald bei der Hälfte der eingeschlossenen Indikatoren einen Spitzenrang erreicht.**

*Ein Spitzenrang in mehr als 49 % der Indikatoren wird in den Leistungsbereichen Cholezystektomie, Karotis-Rekonstruktion, Hüftgelenknahe Femurfraktur, Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel und Knie-Totalendoprothesen-Wechsel erreicht. In den Leistungsbereichen Koronarangiographie und PTCA (7 %) und Ambulant erworbene Pneumonie (8 %) wird ein Spitzenrang nur selten erreicht. Die weiteren Leistungsbereiche liegen zwischen diesen Ergebnissen.*

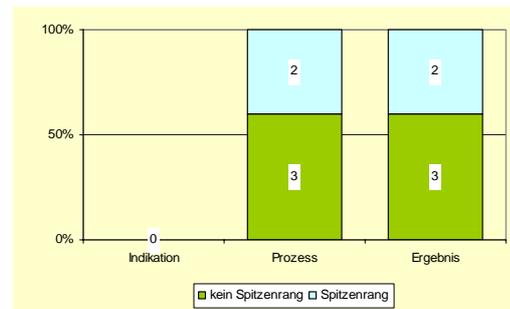
## 5.2 ÜBERSICHT NACH LEISTUNGSBEREICH

Die eingeschlossenen Qualitätsindikatoren werden im folgenden für jeden Leistungsbereich nach den Ebenen Indikation, Prozess und Ergebnis gegliedert dargestellt. In blau ist der Anteil von Indikatoren mit einem Spitzenrang des Universitätsklinikums Greifswald, in grün ohne Spitzenrang wiedergegeben. Zusätzlich ist jeweils die absolute Zahl der Indikatoren angeführt.

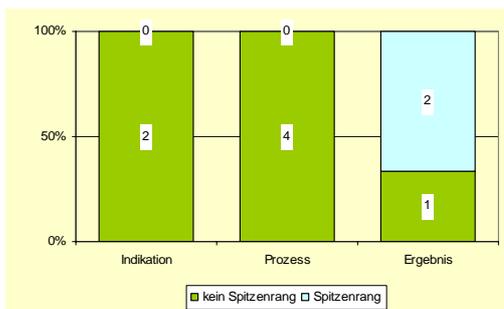
### *Cholezystektomie*



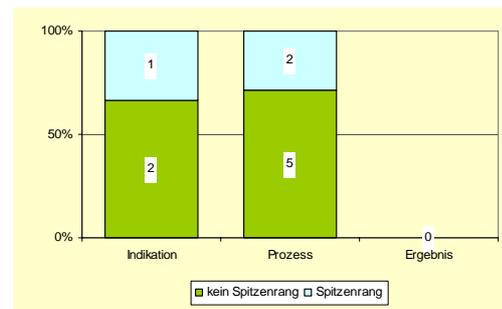
### *Geburtshilfe*



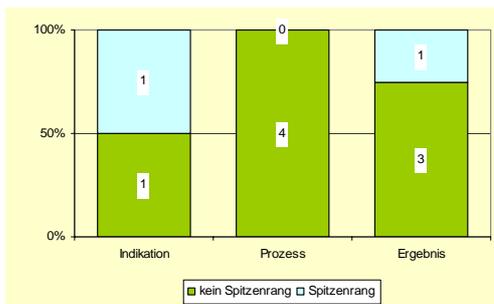
### *Gynäkologische Operationen*



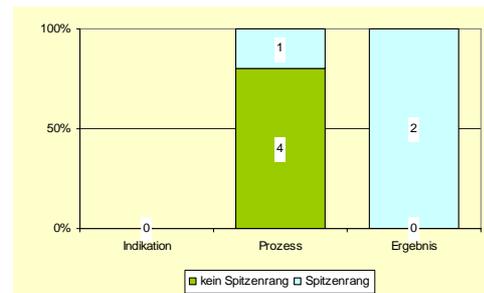
### *Mammachirurgie*



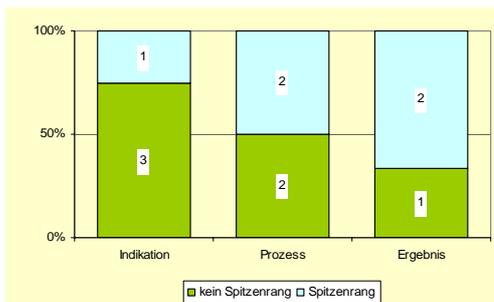
### *Herzschrittmacher-Erstimplantation*



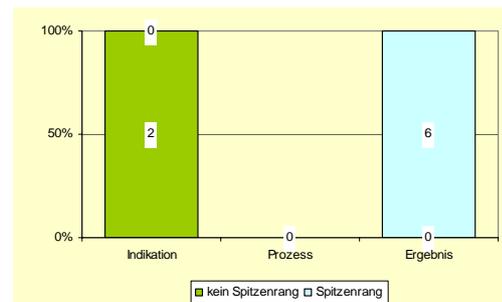
### *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel*



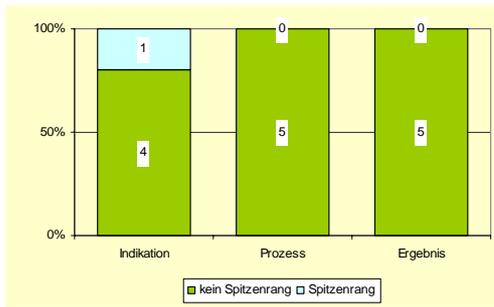
### *Herzschrittmacher-Revision/-Explantation*



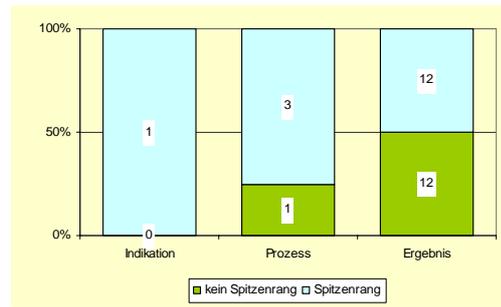
### *Karotis-Rekonstruktion*



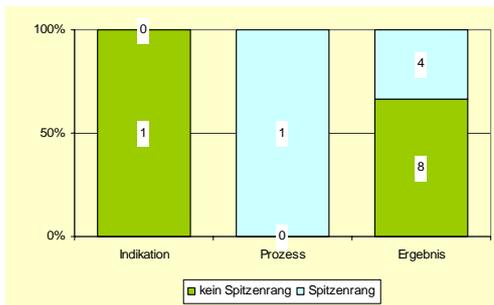
*Koronarangiographie und PTCA*



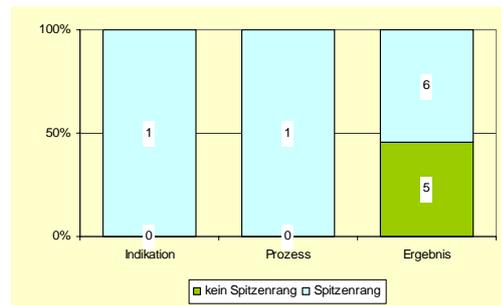
*Hüftgelenknahe Femurfraktur*



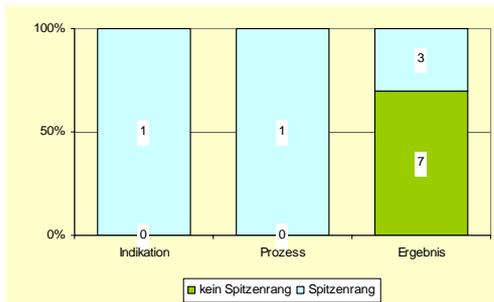
*Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation*



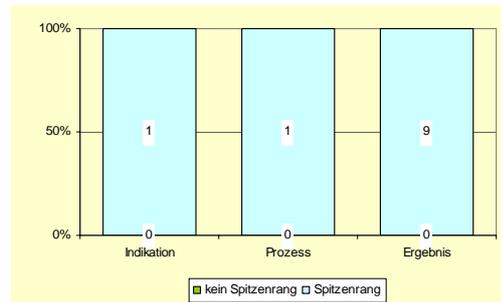
*Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel*



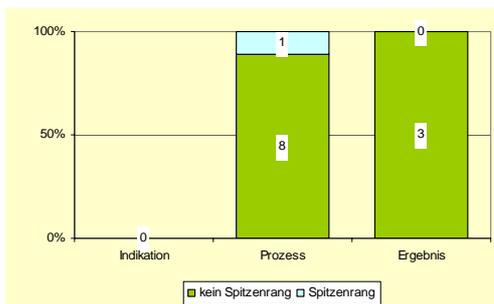
*Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation*



*Knie-Totalendoprothesen-Wechsel*



*Ambulant erworbene Pneumonie*



Von 76 Indikatoren, bei denen das Universitätsklinikum Greifswald einen Spitzenrang erreicht, zählen 8 zur Ebene Indikationsqualität (33 % von insgesamt 24), 17 zur Ebene der Prozessqualität (32 % von insgesamt 53) und 51 zur Ebene der Ergebnisqualität (50 % von insgesamt 102).

## 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

Unter 8 Qualitätsindikatoren wird bei 6 ein Spitzenrang erreicht (75 %). Es handelt sich um Indikatoren der Ebene Ergebnisqualität. Das Universitätsklinikum Greifswald hat für keinen Indikator bei 41 Eingriffen ein Ereignis gemeldet, gleiches gilt für etwa die Hälfte der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern. Bei zwei Indikatoren wird seitens der BQS kein nationaler Referenzbereich vorgegeben.

---

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

---

### 5.3.3 Knie-Totalendoprothesen-Wechsel

Bei allen 11 Qualitätsindikatoren wird ein Spitzenrang erreicht, wobei insgesamt nur 4 Krankenhäuser aus Mecklenburg-Vorpommern die Gruppe mit höherer Fallzahl ( $\geq 10$ ) erreicht haben. Bei einem Indikator nimmt das Universitätsklinikum Greifswald alleinig Rang 1 ein, bei weiteren 5 teilt es sich diesen Rang mit einem weiteren Haus, bei 2 mit zwei weiteren Krankenhäusern und bei 3 Indikatoren haben alle Krankenhäuser das gleiche Ergebnis erzielt. Unter allen Krankenhäusern, auch denjenigen mit geringer Fallzahl, findet sich kaum ein Ergebnis außerhalb des nationalen Referenzbereiches.

---

*Im Leistungsbereich Knie-Totalendoprothesen-Wechsel weisen alle Krankenhäuser verglichen mit dem Referenzbereich ein unauffälliges Ergebnis auf. Das Universitätsklinikum Greifswald zeichnet sich dabei durchgehend durch einen Spitzenrang aus. Eine weitere externe vergleichende Qualitätssicherung für diesen Leistungsbereich scheint entbehrlich.*

---

---

## 6 ERGEBNISSE NACH LEISTUNGSBEREICH

---

### 6.1 CHOLEZYSTEKTOMIE

Die Behandlungsfälle wurden vollzählig an die externe vergleichende Qualitätssicherung übermittelt. Alle 8 Qualitätsindikatoren liegen im nationalen Referenzbereich. Dies ist ein optimales Ergebnis. Bei 4 von 8 Indikatoren wird ein Spitzenrang erreicht (50 %). Dies ist unter den Leistungsbereichen am Universitätsklinikum Greifswald ein Ergebnis im oberen Mittelfeld.

### 6.2 GEBURTSHILFE

Die Behandlungsfälle wurden nahezu vollzählig an die externe vergleichende Qualitätssicherung übermittelt. Von 11 Qualitätsindikatoren liegen 9 im nationalen Referenzbereich (82 %). Dies ist unter den Leistungsbereichen am Universitätsklinikum Greifswald ein mittleres Ergebnis. Ein Indikator der Prozessqualität und ein Indikator der Ergebnisqualität sind auffällig. Bei beiden Indikatoren liegt der Schwellenwert im Vertrauensbereich. Bei 4 von 10 eingeschlossenen Indikatoren wird ein Spitzenrang erreicht (40 %). Dies ist unter den Leistungsbereichen am Universitätsklinikum Greifswald ein Ergebnis im Mittelfeld.

### 6.3 GYNÄKOLOGISCHE OPERATIONEN

Die Behandlungsfälle wurden vollzählig an die externe vergleichende Qualitätssicherung übermittelt. Von 9 Qualitätsindikatoren liegen 6 im nationalen Referenzbereich (67 %). Dies ist unter den Leistungsbereichen am Universitätsklinikum Greifswald das drittschlechteste Ergebnis. Ein Indikator der Indikationsqualität und 2 Indikatoren der Prozessqualität sind auffällig. Bei beiden Indikatoren der Prozessqualität, „Indikation bei Ovar Eingriffen [mit vollständiger Entfernung des Ovars oder Adnexe, Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund]“ und „Antibiotikaprohylaxe bei Hysterektomie“ liegt auch der Vertrauensbereich außerhalb des Referenzbereiches. Die detaillierte Analyse ergibt für den Indikator „Antibiotikaprohylaxe bei Hysterektomie“ ein klares Verbesserungspotential, die Interpretation für das auffällige Ergebnis beim ersten Indikator bleibt offen. Bei 2 von 9 Indikatoren wird ein Spitzenrang erreicht (22 %). Dies ist unter den Leistungsbereichen am Universitätsklinikum Greifswald ein Ergebnis im unteren Mittelfeld.

### 6.4 MAMMACHIRURGIE

Die Behandlungsfälle wurden vollzählig an die externe vergleichende Qualitätssicherung übermittelt. Von 10 eingeschlossenen Qualitätsindikatoren liegen 6 im nationalen Referenzbereich (60 %). Dies ist unter den Leistungsbereichen am Universitätsklinikum Greifswald das schlechteste Ergebnis. Ein Indikator der Indikationsqualität und 3 Indikatoren der Prozessqualität sind auffällig. Bei 2 Indikatoren der Prozessqualität, „Angabe Sicherheitsabstand [mit brusterhaltender Therapie]“ und „Angabe Sicherheitsabstand [mit Mastektomie]“ liegt auch der Vertrauensbereich außerhalb des Referenzbereiches. Die detaillierte Analyse ergibt einen geringen Abstand zu den normativ-analytisch aus den Stufe-3-Leitlinien gewonnenen Schwellenwerten. Vergleichbares gilt für MV insgesamt. Bei 3 von 10 eingeschlossenen Indikatoren wird ein Spitzenrang erreicht (30 %). Dies ist unter den

Leistungsbereichen am Universitätsklinikum Greifswald ein Ergebnis im unteren Mittelfeld.

### **6.5 HERZSCHRITTMACHER-ERSTIMPLANTATION**

Die Behandlungsfälle wurden vollzählig an die externe vergleichende Qualitätssicherung übermittelt. Von 10 Qualitätsindikatoren liegen 9 im nationalen Referenzbereich (90 %). Dies ist unter den Leistungsbereichen am Universitätsklinikum Greifswald ein Ergebnis im oberen Mittelfeld. Ein Indikator der Prozessqualität ist auffällig. Dessen Schwellenwert liegt im Vertrauensbereich. Bei 2 von 10 Indikatoren wird ein Spitzenrang erreicht (20 %). Dies ist unter den Leistungsbereichen am Universitätsklinikum Greifswald ein Ergebnis im unteren Mittelfeld.

### **6.6 HERZSCHRITTMACHER-AGGREGATWECHSEL**

Die Behandlungsfälle wurden vollzählig an die externe vergleichende Qualitätssicherung übermittelt. Alle 7 eingeschlossenen Qualitätsindikatoren liegen im nationalen Referenzbereich. Dies ist ein optimales Ergebnis. Bei 3 von 7 Indikatoren wird ein Spitzenrang erreicht (43 %). Dies ist unter den Leistungsbereichen am Universitätsklinikum Greifswald ein Ergebnis im Mittelfeld.

### **6.7 HERZSCHRITTMACHER-REVISION/-EXPLANTATION**

Die Behandlungsfälle wurden vollzählig an die externe vergleichende Qualitätssicherung übermittelt. Von 8 eingeschlossenen Qualitätsindikatoren liegen 5 im nationalen Referenzbereich (63 %). Dies ist unter den Leistungsbereichen am Universitätsklinikum Greifswald das zweitschlechteste Ergebnis. 2 Indikatoren der Indikationsqualität und ein Indikator der Ergebnisqualität sind auffällig. Bei allen Indikatoren liegt der Schwellenwert im Vertrauensbereich. Bei 5 von 11 Indikatoren wird ein Spitzenrang erreicht (45 %). Dies ist unter den Leistungsbereichen am Universitätsklinikum Greifswald ein Ergebnis im Mittelfeld.

### **6.8 KAROTIS-REKONSTRUKTION**

Die Behandlungsfälle wurden vollzählig an die externe vergleichende Qualitätssicherung übermittelt. Von 6 eingeschlossenen Qualitätsindikatoren liegen 5 im nationalen Referenzbereich (83 %). Dies ist ein mittleres Ergebnis. Ein Indikator der Indikationsqualität ist auffällig. Dessen Schwellenwert liegt im Vertrauensbereich. Bei 6 von 8 Indikatoren wird ein Spitzenrang erreicht (75 %). Dies ist unter den Leistungsbereichen am Universitätsklinikum Greifswald das zweitbeste Ergebnis.

### **6.9 KORONARANGIOGRAPHIE UND PTCA**

Die Behandlungsfälle wurden vollzählig an die externe vergleichende Qualitätssicherung übermittelt. Alle 13 eingeschlossenen Qualitätsindikatoren liegen im nationalen Referenzbereich. Dies ist ein optimales Ergebnis. Bei einem von 15 Indikatoren wird ein Spitzenrang erreicht (7 %). Dies ist unter den Leistungsbereichen am Universitätsklinikum Greifswald das schlechteste Ergebnis.

### **6.10 HÜFTGELENKNAHE FEMURFRAKTUR**

Die Behandlungsfälle wurden vollzählig an die externe vergleichende Qualitätssicherung übermittelt. Von 23 eingeschlossenen Qualitätsindikatoren liegen

22 im nationalen Referenzbereich (96 %). Dies ist ein gutes Ergebnis. Ein Indikator der Ergebnisqualität ist auffällig. Dessen Schwellenwert liegt im Vertrauensbereich. Bei 16 von 29 Indikatoren wird ein Spitzenrang erreicht (55 %). Dies ist unter den Leistungsbereichen am Universitätsklinikum Greifswald ein Ergebnis im oberen Mittelfeld.

### **6.11 HÜFT-ENDOPROTHESEN-ERSTIMPLANTATION**

Die Behandlungsfälle wurden vollzählig an die externe vergleichende Qualitätssicherung übermittelt. Von 13 eingeschlossenen Qualitätsindikatoren liegen 12 im nationalen Referenzbereich (92 %). Dies ist unter den Leistungsbereichen am Universitätsklinikum Greifswald ein Ergebnis im oberen Mittelfeld. Der Indikator „Letalität“ (Ergebnisqualität) ist auffällig. Auch der Vertrauensbereich liegt außerhalb des Referenzbereiches. Die Sentinel Events sind durch eine detaillierte Untersuchung aufzuarbeiten. Bei 5 von 14 Indikatoren wird ein Spitzenrang erreicht (36 %). Dies ist unter den Leistungsbereichen am Universitätsklinikum Greifswald ein Ergebnis im Mittelfeld.

### **6.12 HÜFT-TOTALENDOPROTHESEN-WECHSEL**

Die Behandlungsfälle wurden vollzählig an die externe vergleichende Qualitätssicherung übermittelt. Alle 8 eingeschlossenen Qualitätsindikatoren liegen im nationalen Referenzbereich. Dies ist ein optimales Ergebnis. Bei 8 von 13 Indikatoren wird ein Spitzenrang erreicht (62 %). Dies ist unter den Leistungsbereichen am Universitätsklinikum Greifswald das drittbeste Ergebnis.

### **6.13 KNIE-TOTALENDOPROTHESEN-ERSTIMPLANTATION**

Die Behandlungsfälle wurden vollzählig an die externe vergleichende Qualitätssicherung übermittelt. Von 12 Qualitätsindikatoren liegen 11 im nationalen Referenzbereich (92 %). Dies ist unter den Leistungsbereichen am Universitätsklinikum Greifswald ein Ergebnis im oberen Mittelfeld. Ein Indikator der Ergebnisqualität ist auffällig. Dessen Schwellenwert liegt im Vertrauensbereich. Bei 5 von 12 Indikatoren wird ein Spitzenrang erreicht (42 %). Dies ist unter den Leistungsbereichen am Universitätsklinikum Greifswald ein Ergebnis im Mittelfeld.

### **6.14 KNIE-TOTALENDOPROTHESEN-WECHSEL**

Die Behandlungsfälle wurden vollzählig an die externe vergleichende Qualitätssicherung übermittelt. Alle 10 eingeschlossenen Qualitätsindikatoren liegen im nationalen Referenzbereich. Dies ist ein optimales Ergebnis. Bei allen 11 Indikatoren wird ein Spitzenrang erreicht. Dies ist unter den Leistungsbereichen am Universitätsklinikum Greifswald das beste Ergebnis.

### **6.15 AMBULANT ERWORBENE PNEUMONIE**

Die Behandlungsfälle wurden vollzählig an die externe vergleichende Qualitätssicherung übermittelt. Von 11 eingeschlossenen Qualitätsindikatoren liegen 9 im nationalen Referenzbereich (82 %). Dies ist unter den Leistungsbereichen am Universitätsklinikum Greifswald ein mittleres Ergebnis. 2 Indikatoren der Prozessqualität sind auffällig. Bei beiden Indikatoren, „Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie [alle Patienten]“ und „Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien“,

liegt auch der Schwellenwert außerhalb des Vertrauensbereiches. Die detaillierte Analyse ergibt einen großen Abstand zu den normativ-analytisch festgelegten Schwellenwerten. In MV erreichen insgesamt nur 2 Krankenhäuser für einen der Indikatoren den Referenzbereich. Bei einem von 12 Indikatoren wird ein Spitzenrang erreicht. Dies ist unter den Leistungsbereichen am Universitätsklinikum Greifswald das zweitschlechteste Ergebnis.

## ANHANG

### A QUALITÄTSINDIKATOREN UND REFERENZBEREICH: DETAILDARSTELLUNG

Rate, Vertrauensbereich und Referenzbereich wurden den Jahresauswertungen der quant gmbh entnommen, die Häufigkeit national dem BQS-Qualitätsreport. Dort ist ebenfalls die Ebene für jeden Qualitätsindikator genannt: I - Indikationsqualität, P - Prozessqualität, E - Ergebnisqualität. In eckigen Klammern sind unterhalb des Qualitätsindikators ausgewählte Gruppen angegeben. In den Spalten „Rate auffällig“ und „Schwellenwert in Vertrauensbereich“ bedeuten ein x „zutreffend“, ein Strich „nicht anwendbar“ und das Fehlen dieser Kennzeichen „nicht zutreffend“.

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Rate UKG	Vertrauensbereich UKG	Referenzbereich national	Häufigkeit national 2004	Rate auffällig	Schwellenwert in Vertrauensbereich
12/1	Viszeralchirurgie: Cholezystektomie						
	8 Qualitätsindikatoren						
I	Indikation	2,7 %	0,84 % - 6,14 %	<= 5,6 %	1,67 %		x
P	Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	100,0 %	29,20 % - 100,00 %	= 100 %	95,05 %		x
P	Erhebung eines histologischen Befundes	100,0 %	97,51 % - 100,00 %	= 100 %	97,82 %		x
E	Eingriffsspezifische Komplikationen [alle Patienten]	3,2 %	1,16 % - 6,86 %	<= 8,7 %	3,69 %		
E	Postoperative Wundinfektionen [Risikoklasse 0, alle Patienten]	0,0 %	0,00 % - 3,39 %	<= 2 %	0,65 %		x
E	Allgemeine postoperative Komplikationen [alle Patienten]	0,5 %	0,00 % - 3,01 %	<= 10,1 %	3,75 %		
E	Reinterventionsrate [bei laparoskopisch begonnener Operation]	0,0 %	0,00 % - 2,04 %	<= 2 %	1,68 %		x
E	Letalität [ASA 1 bis 3]	0,0 %	0,00 % - 1,94 %	SE	0,39 %		x
16/1	Perinatalmedizin: Geburtshilfe						
	11 Qualitätsindikatoren						

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Rate UKG	Vertrauensbereich UKG	Referenzbereich national	Häufigkeit national 2004	Rate auffällig	Schwellenwert in Vertrauensbereich
P	Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG	11,3 %	4,19 % - 23,16 %	> 0,0 % - <= 51,3 %	21,83 %		
P	Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG und sekundärer Sectio caesarea	13,0 %	2,70 % - 33,60 %	> 0,0 % - <= 50,8 %	20,49 %		
P	EE-Zeit bei Notfallkaiserschnitt	100,0 %	29,20 % - 100,00 %	>= 95 %	93,12 %		x
P	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen	97,4 %	90,89 % - 99,76 %	>= 90 %	79,02 %		
P	Bestimmung Nabelarterien-pH-Wert	99,2 %	98,18 % - 99,75 %	>= 95 %	98,21 %		
P	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24 + 0 bis unter 34 + 0 Wochen [unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen]	90,5 %	77,18 % - 97,46 %	>= 95 %	70,94 %	x	x
E	Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung [pH < 7,0]	0,2 %	0,00 % - 1,06 %	<= 0,5 %	0,19 %		x
E	Kritisches Outcome bei Reifgeborenen	0,0 %	0,00 % - 0,68 %	SE	0,02 %		x
E	Dammriss Grad III oder IV [bei spontanen Einlingsgeburten]	0,2 %	0,00 % - 1,26 %	<= 3,7 %	1,63 %		
E	Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen [bei Sectio caesarea]	1,5 %	0,29 % - 4,46 %	<= 0,9 %	0,25 %	x	x
E	Mütterliche Todesfälle	0,00 ‰	0,00 ‰ - 5,57 ‰	SE	0,01 ‰		x
15/1	Gynäkologie: Gynäkologische Operationen						
	9 Qualitätsindikatoren						
I	Indikation bei Ovareingriffen [mit vollständiger Entfernung des Ovars oder Adnexe, Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund]	32,4 %	21,97 % - 44,36 %	<= 20 %	23,07 %	x	

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Rate UKG	Vertrauensbereich UKG	Referenzbereich national	Häufigkeit national 2004	Rate auffällig	Schwellenwert in Vertrauensbereich
I	Indikation bei Hysterektomie	1,3 %	0,13 % - 4,82 %	<= 2,5 %	2,34 %		x
P	Dauerkatheter [alle Patientinnen mit Adnektomie oder Hysterektomie]	22,4 %	17,12 % - 28,48 %	<= 88,9 %	27,05 %		
P	Organerhaltung bei Ovareingriffen [Alter <= 40 Jahre]	83,3 %	68,49 % - 93,13 %	>= 68,6 %	86,92 %		x
P	Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie	34,2 %	27,45 % - 41,51 %	>= 90 %	85,81 %	x	
P	Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie [Patientinnen mit gültiger Altersangabe >= 40 Jahre]	99,4 %	96,56 % - 100,00 %	= 100 %	98,40 %	x	x
E	Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen [alle Patientinnen]	0,0 %	0,00 % - 2,66 %	<= 2,1 %	0,36 %		x
E	Organverletzungen bei Hysterektomie [alle Patientinnen]	1,6 %	0,30 % - 4,67 %	<= 3,9 %	1,43 %		x
E	Konisation [Patientinnen mit führender Histologie „Ektopie“ oder histologischem Normalbefund]	0,0 %	0,00 % - 30,90 %	<= 19,0 %	k. A.		x
18/1	Mammachirurgie: Mammachirurgie						
	12 Qualitätsindikatoren (11 Original)						
I	Entdeckte Malignome bei offenen Biopsien [Patientinnen mit führendem histologischen Befund „maligne“]	13,6 %	2,90 % - 35,00 %	n. d.	k. A.	-	-
I	Axilladisektion bei DCIS oder papillärem in situ-Karzinom	0,0 %	0,00 % - 21,90 %	<= 31,3 %	15,30 %		
I	Axilladisektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invasivem Mammakarzinom	73,5 %	64,52 % - 81,25 %	>= 69,6 %	83,25 %		x
I	Indikation zur brusterhaltenden Therapie [alle Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom im Stadium pT1]	92,0 %	80,60 % - 97,88 %	>= 60 % - <= 85 %	81,00 %	x	x
P	Postoperatives Präparatröntgen	100,0 %	88,00 % - 100,00 %	>= 95 %	65,01 %		x
P	Hormonrezeptoranalyse	97,7 %	93,42 % - 99,57 %	>= 95 %	95,82 %		x

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Rate UKG	Vertrauensbereich UKG	Referenzbereich national	Häufigkeit national 2004	Rate auffällig	Schwellenwert in Vertrauensbereich
P	Angabe pT, pN, pM oder M	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	-	-
P	Angabe Sicherheitsabstand [mit brusterhaltender Therapie] <sup>7</sup>	88,6 %	80,03 % - 94,45 %	>= 95 %	83,19 %	x	
P	Angabe Sicherheitsabstand [mit Mastektomie]	84,4 %	70,41 % - 93,60 %	>= 95 %	73,80 %	x	
P	Anzahl Lymphknoten	94,6 %	86,61 % - 98,58 %	>= 95 %	86,26 %	x	x
P	Meldung an Krebsregister	100,0 %	97,63 % - 100,00 %	>= 95 %	79,20 %		
P	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum (Median)	12,0 Tage		>= 5,0 Tage - <= 16,0 Tage	9,0 Tage		-
	Herzschrittmacher						
09/1	Herzschrittmacher-Erstimplantation						
	10 Qualitätsindikatoren (7 Original)						
I	Leitlinienkonforme Indikationsstellung	98,0 %	88,85 % - 100,00 %	>= 90 %	96,97 %		x
I	Systemwahl bei Sinusknoten-Syndrom	100,0 %	83,80 % - 100,00 %	>= 90 %	92,74 %		x
P	Eingriffsdauer VVI [bis 60 Minuten] <sup>8</sup>	85,7 %	57,10 % - 98,30 %	>= 58,8 %	84,32 %		x
P	Eingriffsdauer DDD [bis 90 Minuten]	81,0 %	65,75 % - 91,49 %	>= 55,9 %	87,82 %		
P	Durchleuchtungszeit VVI [Summe bis 9 Minuten] <sup>9</sup>	92,9 %	66,10 % - 99,90 %	>= 75,0 %	91,74 %		x
P	Durchleuchtungszeit DDD [Summe bis 18 Minuten]	76,2 %	60,43 % - 88,04 %	>= 84,2 %	95,71 %	x	x
E	Perioperative Komplikationen [Patienten mit chirurgischen Komplikationen]	1,7 %	0,00 % - 9,33 %	<= 2 %	1,58 %		x

<sup>7</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Angabe des Sicherheitsabstandes angegeben.

<sup>8</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Eingriffsdauer angegeben

<sup>9</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Durchleuchtungszeit angegeben

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Rate UKG	Vertrauensbereich UKG	Referenzbereich national	Häufigkeit national 2004	Rate auffällig	Schwellenwert in Vertrauensbereich
E	Intrakardiale Signalamplituden Vorhofsonden <sup>10</sup>	86,7 %	73,06 % - 95,04 %	>= 80 %	90,77 %		x
E	Intrakardiale Signalamplituden Ventrikelsonden	94,4 %	84,43 % - 98,94 %	>= 90 %	98,16 %		x
E	Letalität	0,0 %	0,00 % - 6,06 %	SE	1,24 %		x
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel						
	7 Qualitätsindikatoren (5 Original)						
P	Eingriffsdauer	100,0 %	83,80 % - 100,00 %	>= 84,6 %	95,32 %		x
P	Reizschwellenbestimmung Vorhofsonden außer Patienten mit Vorhofflimmern <sup>11</sup>	66,7 %	29,90 % - 92,60 %	>= 32,0 %	73,78 %		x
P	Reizschwellenbestimmung Ventrikelsonden	95,2 %	76,10 % - 99,90 %	>= 29,4 %	87,27 %		
P	Amplitudenbestimmung Vorhofsonden <sup>12</sup>	88,9 %	51,70 % - 99,80 %	>= 37,0 %	79,93 %		
P	Amplitudenbestimmung Ventrikelsonden	94,7 %	73,90 % - 99,90 %	>= 35,0 %	86,83 %		
E	Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats AAI oder VVI [über 6 Jahre]	100,0 %	15,80 % - 100,00 %	>= 71,1 %	86,74 %		x
E	Perioperative Komplikationen [Patienten mit chirurgischen Komplikationen]	0,0 %	0,00 % - 16,20 %	<= 1 %	0,59 %		x
09/3	Herzschrittmacher-Revision/-Explantation						
	11 Qualitätsindikatoren (8 Original)						
I	Indikation zur Revision Systemumwandlungen	3,8 %	0,71 % - 10,70 %	<= 3,4 %	0,69 %	x	x
I	Indikation zur Revision Schrittmacher-Taschenprobleme	2,5 %	0,24 % - 8,89 %	<= 3 %	1,09 %		x

<sup>10</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Signalamplituden angegeben.

<sup>11</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Reizschwellenbestimmung angegeben.

<sup>12</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Amplitudenbestimmung angegeben.

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Rate UKG	Vertrauensbereich UKG	Referenzbereich national	Häufigkeit national 2004	Rate auffällig	Schwellenwert in Vertrauensbereich
I	Indikation zur Revision Sondenprobleme	7,5 %	2,75 % - 15,71 %	<= 6 %	7,02 %	x	x
I	Indikation zur Revision Infektion	0,0 %	0,00 % - 4,51 %	<= 1 %	0,68 %		x
P	Reizschwellenbestimmung bei revidierten Sonden Vorhofsonden <sup>13</sup>	100,0 %	2,50 % - 100,00 %	n. d.	86,55 %	-	-
P	Reizschwellenbestimmung bei revidierten Sonden Ventrikelsonden	80,0 %	28,30 % - 99,50 %	>= 70,0 %	85,57 %		x
P	Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden Vorhofsonden <sup>14</sup>	100,0 %	2,50 % - 100,00 %	n. d.	88,74 %	-	-
P	Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden Ventrikelsonden	50,0 %	6,70 % - 93,30 %	n. d.	84,97 %	-	-
E	Perioperative Komplikationen [Patienten mit chirurgischen Komplikationen]	0,0 %	0,00 % - 12,00 %	<= 2 %	1,79 %		x
E	Intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden Vorhofsonden <sup>15</sup>	0,0 %	0,00 % - 97,50 %	>= 80 %	90,23 %	x	x
E	Intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden Ventrikelsonden	100,0 %	15,80 % - 100,00 %	>= 90 %	98,40 %		x
10/2	Gefäßchirurgie: Karotis-Rekonstruktion						
	8 Qualitätsindikatoren						
I	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	80,6 %	62,33 % - 92,69 %	>= 80 %	90,52 %		x
I	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose	66,7 %	29,90 % - 92,60 %	>= 90 %	96,41 %	x	x
E	Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose I Patienten ohne kontralateralen Verschluss oder kontralaterale Stenose >= 75 % (NASCET)	0,0 %	0,00 % - 14,90 %	< 3 %	1,37 %		x
E	Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose II	0,0 %	0,00 % - 84,20 %	< 5 %	3,06 %		x

<sup>13</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Reizschwellenbestimmung angegeben.

<sup>14</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Amplitudenbestimmung angegeben.

<sup>15</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Signalamplituden angegeben.

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Rate UKG	Vertrauensbereich UKG	Referenzbereich national	Häufigkeit national 2004	Rate auffällig	Schwellenwert in Vertrauensbereich
	Patienten mit kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose >= 75 % (NASCET)						
E	Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose I Patienten mit einem Stenosegrad von >= 70 % (NASCET)	0,0 %	0,00 % - 70,80 %	< 6 %	3,36 %		x
E	Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose II Patienten mit einem Stenosegrad von 50 - 69 % (NASCET)	0,0 %	0,00 % - 70,80 %	< 6 %	3,05 %		x
E	Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score I [Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate nach logistischem Karotis-Score I]	0,00		n. d.	0,90	-	-
E	Schwere Schlaganfälle oder Tod [alle Patienten]	0,0 %	0,00 % - 8,60 %	n. d.	1,50 %	-	-
21/3	Kardiologie: Koronarangiographie und PTCA						
	15 Qualitätsindikatoren (8 Original)						
I	Anzahl Koronarangiographien <sup>16</sup>	1.549			QI fehlt	-	-
I	Anzahl PTCA	760			QI fehlt	-	-
I	Indikation zur Koronarangiographie - Ischämiezeichen	92,6 %	90,84 % - 94,04 %	>= 76,6 %	90,80 %		
I	Indikation zur Koronarangiographie - Therapieempfehlung [interventionell oder herzchirurgisch, „V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder „bekannte KHK“ oder „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“]	43,9 %	40,96 % - 46,91 %	>= 7,7 %	36,79 %		
I	Indikation zur PTCA	4,6 %	2,88 % - 6,99 %	<= 16,2 %	5,39 %		

<sup>16</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren fehlen die Indikatoren zur Anzahl.

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Rate UKG	Vertrauensbereich UKG	Referenzbereich national	Häufigkeit national 2004	Rate auffällig	Schwellenwert in Vertrauensbereich
P	Durchleuchtungsdauer bei Koronarangiographien <sup>17</sup>	2,0 min		<= 5,0 min	3,0 min		-
P	Durchleuchtungsdauer bei PTCA ohne Einzeitig-PTCA	9,0 min		<= 13,1 min	8,4 min		-
P	Kontrastmittelmenge bei Koronarangiographien ohne Einzeitig-PTCA <sup>18</sup>	100,0 ml		<= 150,0 ml	100,0 ml		-
P	Kontrastmittelmenge bei PTCA ohne Einzeitig-PTCA	170,0 ml		<= 204,0 ml	130,0 ml		-
P	Kontrastmittelmenge bei Einzeitig-PTCA	180,0 ml		<= 260,0 ml	180,0 ml		-
E	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PTCA [alle PTCA]	89,2 %	86,78 % - 91,33 %	>= 83,6 %	92,38 %		
E	MACCE bei ausschließlich diagnostischen Koronarangiographie(n) [alle Patienten] <sup>19</sup>	0,2 %	0,02 % - 0,89 %	<= 0,9 %	0,23 %		
E	MACCE bei PTCA [alle Patienten]	0,8 %	0,30 % - 1,79 %	<= 3,1 %	1,00 %		
E	Todesfälle bei Koronarangiographien <sup>20</sup>	0,1 %	0,00 % - 0,69 %	<= 0,5 %	0,11 %		x
E	Todesfälle bei PTCA	0,7 %	0,22 % - 1,60 %	<= 2,0 %	0,56 %		
	Orthopädie und Unfallchirurgie						
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur						
	29 Qualitätsindikatoren <sup>21</sup> (14 Original)						
I	Wahl des Operationsverfahrens bei medialer Schenkelhalsfraktur Patienten mit Fraktur-Garden I oder II <sup>22</sup>	100,0 %	47,80 % - 100,00 %	n. d.	80,33 %	-	-

<sup>17</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Durchleuchtungsdauer angegeben.

<sup>18</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Kontrastmittelmenge angegeben.

<sup>19</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für MACCE angegeben

<sup>20</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für Todesfälle angegeben

<sup>21</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren wird die Unterscheidung zwischen Schenkelhalsfraktur/pertochantärer Fraktur unterhalb eines Qualitätsindikators getroffen.

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Rate UKG	Vertrauensbereich UKG	Referenzbereich national	Häufigkeit national 2004	Rate auffällig	Schwellenwert in Vertrauensbereich
P	Präoperative Verweildauer bei Schenkelhalsfraktur [alle Patienten, Operation nach Aufnahme innerhalb von > 48 Stunden]	14,3 %	5,86 % - 27,37 %	<= 15 %	16,68 %		x
P	Präoperative Verweildauer bei pertrochantärer Fraktur [alle Patienten, Operation nach Aufnahme innerhalb von > 48 Stunden]	0,0 %	0,00 % - 8,81 %	n. d.	8,23 %	-	-
P	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Schenkelhalsfraktur [alle Patienten]	100,0 %	92,75 % - 100,00 %	>= 95 %	95,50 %		x
P	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei pertrochantärer Fraktur [alle Patienten]	100,0 %	91,19 % - 100,00 %	>= 95 %	91,13 %		x
E	Gefähigkeit bei Entlassung bei Schenkelhalsfraktur [alle Patienten]	91,3 %	79,03 % - 97,69 %	>= 59,0 %	79,57 %		
E	Gefähigkeit bei Entlassung bei pertrochantärer Fraktur [alle Patienten]	91,4 %	76,69 % - 98,35 %	>= 50,0 %	74,96 %		
E	Gefäßläsion bei Schenkelhalsfraktur [alle Patienten]	0,0 %	0,00 % - 7,25 %	<= 1 %	0,05 %		x
E	Gefäßläsion bei pertrochantärer Fraktur [alle Patienten]	0,0 %	0,00 % - 8,81 %	<= 1 %	0,05 %		x
E	Nervenschaden bei Schenkelhalsfraktur	0,0 %	0,00 % - 7,25 %	<= 5 %	0,14 %		x
E	Nervenschaden bei pertrochantärer Fraktur [alle Patienten]	0,0 %	0,00 % - 8,81 %	<= 5 %	0,09 %		x
E	Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Implantatbruch bei Schenkelhalsfraktur	4,1 %	0,39 % - 14,21 %	n. d.	0,83 %	-	-
E	Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Implantatbruch bei pertrochantärer Fraktur [alle Patienten]	0,0 %	0,00 % - 8,81 %	n. d.	1,53 %	-	-
E	Fraktur bei Schenkelhalsfraktur [alle Patienten]	0,0 %	0,00 % - 7,25 %	<= 3,5 %	0,50 %		x
E	Fraktur bei pertrochantärer Fraktur [alle Patienten]	0,0 %	0,00 % - 8,81 %	<= 3,0 %	0,45 %		x

<sup>22</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Wahl des Operationsverfahrens bei medialer Schenkelhalsfraktur angegeben.

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Rate UKG	Vertrauensbereich UKG	Referenzbereich national	Häufigkeit national 2004	Rate auffällig	Schwellenwert in Vertrauensbereich
E	Endoprothesenluxation bei Schenkelhalsfraktur	2,9 %	0,00 % - 15,73 %	<= 4,9 %	1,03 %		x
E	Endoprothesenluxation bei pertrochantärer Fraktur	0,0 %	0,00 % - 84,20 %	n. d.	1,51 %	-	-
E	Postoperative Wundinfektion bei Schenkelhalsfraktur [alle Patienten]	0,0 %	0,00 % - 7,25 %	<= 5 %	2,45 %		x
E	Postoperative Wundinfektion bei pertrochantärer Fraktur [alle Patienten]	0,0 %	0,00 % - 8,81 %	<= 5 %	2,08 %		x
E	Wundhämatome/Nachblutungen bei Schenkelhalsfraktur	8,2 %	2,17 % - 19,77 %	<= 11,8 %	3,82 %		x
E	Wundhämatome/Nachblutungen bei pertrochantärer Fraktur	10,0 %	2,67 % - 23,86 %	<= 11,4 %	3,38 %		x
E	Allgemeine postoperative Komplikationen bei Schenkelhalsfraktur [alle Patienten]	24,5 %	13,27 % - 38,96 %	<= 33,3 %	14,87 %		x
E	Allgemeine postoperative Komplikationen bei pertrochantärer Fraktur [alle Patienten]	10,0 %	2,67 % - 23,86 %	<= 34,3 %	15,73 %		
E	Reinterventionen wegen Komplikation bei Schenkelhalsfraktur [alle Patienten]	14,3 %	5,86 % - 27,37 %	<= 11,1 %	4,02 %	x	x
E	Reinterventionen wegen Komplikation bei pertrochantärer Fraktur [alle Patienten]	10,0 %	2,67 % - 23,86 %	<= 10,4 %	3,59 %		x
E	Letalität bei osteosynthetischer Versorgung der Schenkelhalsfraktur <sup>23</sup>	0,0 %	0,00 % - 21,90 %	<= 10,0 %	3,27 %		x
E	Letalität bei endoprothetischer Versorgung der Schenkelhalsfraktur	5,9 %	0,56 % - 19,99 %	<= 14,5 %	5,91 %		x
E	Letalität bei osteosynthetischer Versorgung der pertrochantären Fraktur	5,3 %	0,50 % - 18,04 %	<= 13,6 %	5,40 %		x
E	Letalität bei endoprothetischer Versorgung der pertrochantären Fraktur	50,0 %	1,20 % - 98,80 %	n. d.	6,35 %	-	-
17/2	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation						

<sup>23</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Letalität angegeben

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Rate UKG	Vertrauensbereich UKG	Referenzbereich national	Häufigkeit national 2004	Rate auffällig	Schwellenwert in Vertrauensbereich
	14 Qualitätsindikatoren						
I	Indikation	95,8 %	92,76 % - 97,82 %	>= 32,9 %	72,38 %		
P	Perioperative Antibiotikaprophylaxe [alle Patienten]	100,0 %	98,72 % - 100,00 %	>= 95 %	98,25 %		
E	Postoperative Beweglichkeit	3,1 %	1,44 % - 5,91 %	>= 0,0 % <sup>24</sup>	69,38 %		
E	Gefähigkeit bei Entlassung	100,0 %	98,70 % - 100,00 %	>= 90 %	98,79 %		
E	Gefäßläsion [alle Patienten]	0,0 %	0,00 % - 1,28 %	<= 1 %	0,05 %		x
E	Nervenschaden [alle Patienten]	0,0 %	0,00 % - 1,28 %	<= 3 %	0,46 %		
E	Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Implantatbruch [alle Patienten]	0,0 %	0,00 % - 1,28 %	n. d.	0,32 %	-	-
E	Fraktur [alle Patienten]	0,3 %	0,00 % - 1,99 %	<= 4,2 %	0,94 %		
E	Endoprothesenluxation [alle Patienten]	0,3 %	0,00 % - 1,99 %	<= 4,2 %	0,79 %		
E	Postoperative Wundinfektion	0,3 %	0,00 % - 1,99 %	<= 3,5 %	1,00 %		
E	Wundhämatome/Nachblutungen	0,7 %	0,07 % - 2,55 %	<= 8,3 %	2,31 %		
E	Allgemeine postoperative Komplikationen [alle Patienten]	4,9 %	2,69 % - 8,10 %	<= 14,6 %	4,90 %		
E	Reinterventionen wegen Komplikation	1,0 %	0,20 % - 3,07 %	<= 8,5 %	2,33 %		
E	Letalität	0,7 %	0,07 % - 2,55 %	SE	0,24 %	x	
17/3	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel						
	13 Qualitätsindikatoren						
I	Indikation	100,0 %	93,51 % - 100,00 %	>= 70,6 %	87,25 %		
P	Perioperative Antibiotikaprophylaxe [alle Patienten]	100,0 %	93,51 % - 100,00 %	>= 95 %	98,58 %		x

<sup>24</sup> In der Jahresauswertung der quant gmbh ist fälschlich der Referenzbereich als 0,0 % angegeben. Dies wurde für die Analyse korrigiert.

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Rate UKG	Vertrauensbereich UKG	Referenzbereich national	Häufigkeit national 2004	Rate auffällig	Schwellenwert in Vertrauensbereich
E	Gehfähigkeit bei Entlassung	100,0 %	93,51 % - 100,00 %	n. d.	94,55 %	-	-
E	Gefäßläsion	0,0 %	0,00 % - 6,49 %	n. d.	0,14 %	-	-
E	Nervenschaden	0,0 %	0,00 % - 6,49 %	n. d.	0,82 %	-	-
E	Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Implantatbruch	0,0 %	0,00 % - 6,49 %	n. d.	1,16 %	-	-
E	Fraktur	1,8 %	0,00 % - 9,98 %	<= 10,5 %	2,21 %		
E	Endoprothesenluxation	1,8 %	0,00 % - 9,98 %	<= 10,0 %	2,81 %		
E	Postoperative Wundinfektion [alle Patienten]	0,0 %	0,00 % - 6,49 %	n. d.	3,12 %	-	-
E	Wundhämatome/Nachblutungen	1,8 %	0,00 % - 9,98 %	<= 13,6 %	4,30 %		
E	Allgemeine postoperative Komplikationen [alle Patienten]	9,1 %	2,93 % - 20,09 %	<= 24,0 %	8,73 %		
E	Reinterventionen wegen Komplikation	5,5 %	1,04 % - 15,30 %	<= 16,4 %	6,21 %		
E	Letalität	0,0 %	0,00 % - 6,49 %	SE	1,37 %		x
17/5	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation						
	12 Qualitätsindikatoren						
I	Indikation	99,5 %	97,13 % - 100,00 %	>= 49,6 %	83,55 %		
P	Perioperative Antibiotikaprophylaxe [alle Patienten]	100,0 %	98,14 % - 100,00 %	>= 95 %	98,23 %		
E	Postoperative Beweglichkeit	1,5 %	0,29 % - 4,44 %	>= 3,6 %	62,85 %	x	x
E	Gehfähigkeit bei Entlassung	100,0 %	98,13 % - 100,00 %	>= 85 %	99,17 %		
E	Gefäßläsion	0,0 %	0,00 % - 1,86 %	<= 1 %	0,06 %		x
E	Nervenschaden	0,0 %	0,00 % - 1,86 %	<= 1 %	0,20 %		x
E	Fraktur	0,5 %	0,00 % - 2,87 %	<= 2 %	0,22 %		x
E	Postoperative Wundinfektion [alle Patienten]	1,0 %	0,10 % - 3,68 %	<= 2 %	0,71 %		x

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Rate UKG	Vertrauensbereich UKG	Referenzbereich national	Häufigkeit national 2004	Rate auffällig	Schwellenwert in Vertrauensbereich
E	Wundhämatome/Nachblutungen	1,0 %	0,10 % - 3,68 %	<= 8,3 %	2,69 %		
E	Allgemeine postoperative Komplikationen	5,1 %	2,44 % - 9,17 %	<= 14,3 %	5,27 %		
E	Reinterventionen wegen Komplikation	1,5 %	0,29 % - 4,44 %	<= 5,7 %	1,29 %		
E	Letalität	0,0 %	0,00 % - 1,86 %	SE	0,12 %		x
17/7	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel						
	11 Qualitätsindikatoren						
I	Indikation	100,0 %	81,40 % - 100,00 %	>= 69,0 %	85,86 %		
P	Perioperative Antibiotikaprophylaxe [alle Patienten]	100,0 %	81,40 % - 100,00 %	>= 95 %	98,83 %		x
E	Gehfähigkeit bei Entlassung	100,0 %	81,40 % - 100,00 %	>= 85 %	98,25 %		x
E	Gefäßläsion	0,0 %	0,00 % - 18,60 %	<= 1 %	0,13 %		x
E	Nervenschaden	0,0 %	0,00 % - 18,60 %	<= 1 %	0,20 %		x
E	Fraktur	0,0 %	0,00 % - 18,60 %	<= 4 %	0,81 %		x
E	Postoperative Wundinfektion [alle Patienten]	0,0 %	0,00 % - 18,60 %	n. d.	1,62 %	-	-
E	Wundhämatome/Nachblutungen	0,0 %	0,00 % - 18,60 %	<= 15,0 %	4,41 %		
E	Allgemeine postoperative Komplikationen [alle Patienten]	0,0 %	0,00 % - 18,60 %	<= 20,0 %	6,37 %		x
E	Reinterventionen wegen Komplikation	0,0 %	0,00 % - 18,60 %	<= 11,5 %	2,95 %		x
E	Letalität	0,0 %	0,00 % - 18,60 %	SE	0,15 %		x
	Pneumonie						
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie						
	12 Qualitätsindikatoren (11 Original)						
P	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie [alle Patienten]	89,8 %	85,29 % - 93,29 %	= 100 %	67,33 %	x	

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Rate UKG	Vertrauensbereich UKG	Referenzbereich national	Häufigkeit national 2004	Rate auffällig	Schwellenwert in Vertrauensbereich
P	Antimikrobielle Therapie [alle Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden]	87,9 %	82,77 % - 91,96 %	>= 76,1 %	87,81 %		
P	Frühmobilisation [Risikoklasse 1] <sup>25</sup>	75,0 %	55,10 % - 89,40 %	>= 67,7 %	85,05 %		x
P	Frühmobilisation [Risikoklasse 2]	58,8 %	47,59 % - 69,42 %	>= 51,2 %	72,54 %		x
P	Verlaufskontrolle CRP	90,8 %	85,95 % - 94,37 %	>= 65,0 %	85,14 %		
P	Anpassung Diagnostik/Therapie [Risikoklasse 2]	64,7 %	38,30 % - 85,80 %	>= 38,9 %	61,22 %		x
P	Dauer der maschinellen Beatmung [Patienten, die ausschließlich invasiv maschinell beatmet werden] (Median in Stunden)	204,5		n. d.	110,0	-	-
P	PEEP bei maschineller Beatmung	100,0 %	63,00 % - 100,00 %	= 100 %	93,07 %		x
P	Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien	41,0 %	33,31 % - 49,02 %	= 100 %	44,45 %	x	
E	Klinische Stabilitätskriterien	98,5 %	91,62 % - 100,00 %	>= 95 %	95,80 %		x
E	Stationäre Pflegeeinrichtung	2,8 %	0,72 % - 6,98 %	<= 5,2 %	1,7 %		x
E	Krankenhaus-Letalität	18,8 %	14,08 % - 24,25 %	<= 20,1 %	13,72 %		x

<sup>25</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Frühmobilisation angegeben

### B POSITION IN MECKLENBURG-VORPOMMERN: DETAILDARSTELLUNG

Die Werte für Rang und „Anzahl KH mit schlechterem Ergebnis“ wurden aus den Balkendiagrammen der Jahresauswertung der quant gmbh durch Zählung ermittelt, die weiteren Werte direkt entnommen. Rang 1 zeigt das beste Ergebnis an. Bei gleichem Ergebnis erhalten alle Krankenhäuser den ersten zu vergebenden Wert. Als Spitzenrang ist eine Position unter den besten 20 % der Ränge der eigenen Gruppe und/oder Rang 1 definiert. Im BQS-Qualitätsreport ist die Ebene für jeden Qualitätsindikator genannt: I - Indikationsqualität, P - Prozessqualität, E - Ergebnisqualität. In eckigen Klammern sind unterhalb des Qualitätsindikators ausgewählte Gruppen angegeben. In der Spalte „Spitzenrang“ bedeuten ein x „zutreffend“, ein Strich „nicht anwendbar“ und das Fehlen dieser Kennzeichen „nicht zutreffend“.

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Gruppe	Rang	Anzahl KH mit schlechterem Ergebnis	Anzahl KH in gleicher Gruppe	Gesamtzahl KH	Spitzenrang
12/1	Viszeralchirurgie: Cholezystektomie						
	8 Qualitätsindikatoren						
I	Indikation	>= 20	23	5	28	28	
P	Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	< 20	1	4	22	23	x
P	Erhebung eines histologischen Befundes	>= 20	1	15	28	28	x
E	Eingriffsspezifische Komplikationen [alle Patienten]	>= 20	11	27	28	28	
E	Postoperative Wundinfektionen [Risikoklasse 0, alle Patienten]	>= 20	8	20	28	28	
E	Allgemeine postoperative Komplikationen [alle Patienten]	>= 20	6	22	28	28	
E	Reinterventionsrate [bei laparoskopisch begonnener Operation]	>= 20	1	21	28	28	x
E	Letalität [ASA 1 bis 3]	>= 20	1	8	28	28	x
16/1	Perinatalmedizin: Geburtshilfe						
	11 Qualitätsindikatoren						

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Gruppe	Rang	Anzahl KH mit schlechterem Ergebnis	Anzahl KH in gleicher Gruppe	Gesamtzahl KH	Spitzenrang
P	Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG	>= 20	n. a.	n. a.	19	19	-
P	Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG und sekundärer Sectio caesarea	>= 20	5	5	10	19	
P	EE-Zeit bei Notfallkaiserschnitt	< 20	1	6	13		x
P	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen	>= 20	2	4	6	18	
P	Bestimmung Nabelarterien-pH-Wert	>= 20	6	13	19	19	
P	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24 + 0 bis unter 34 + 0 Wochen [unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen]	>= 20	1	2	3	10	x
E	Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung [pH < 7,0]	>= 20	9	10	19	19	
E	Kritisches Outcome bei Reifgeborenen	>= 20	1	3	19	19	x
E	Damriss Grad III oder IV [bei spontanen Einlingsgeburten]	>= 20	8	11	19	19	
E	Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen [bei Sectio caesarea]	>= 20	14	5	19		
E	Mütterliche Todesfälle	>= 20	1	1	19	19	x
15/1	Gynäkologie: Gynäkologische Operationen						
	9 Qualitätsindikatoren						
I	Indikation bei Ovareingriffen [mit vollständiger Entfernung des Ovars oder Adnexe, Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund]	>= 20	10	2	12	20	
I	Indikation bei Hysterektomie	>= 20	8	13	21	23	

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Gruppe	Rang	Anzahl KH mit schlechterem Ergebnis	Anzahl KH in gleicher Gruppe	Gesamtzahl KH	Spitzenrang
P	Dauerkatheter [alle Patientinnen mit Adnektomie oder Hysterektomie]	>= 20	16	5	21	23	
P	Organerhaltung bei Ovaryingriffen [Alter <= 40 Jahre]	>= 20	8	10	18	22	
P	Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie	>= 20	18	3	21	23	
P	Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie [Patientinnen mit gültiger Altersangabe >= 40 Jahre]	>= 20	15	3	21	23	
E	Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen [alle Patientinnen]	>= 20	1	2	18	22	x
E	Organverletzungen bei Hysterektomie [alle Patientinnen]	>= 20	11	10	21	23	
E	Konisation [Patientinnen mit führender Histologie „Ektopie“ oder histologischem Normalbefund]	< 20	1	4	13	20	x
18/1	Mammachirurgie: Mammachirurgie						
	12 Qualitätsindikatoren (11 Original)						
I	Entdeckte Malignome bei offenen Biopsien [Patientinnen mit führendem histologischen Befund „maligne“]	>= 20	9	3	12	21	
I	Axilladisektion bei DCIS oder papillärem in situ-Karzinom	< 20	1	5	14	16	x
I	Axilladisektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invasivem Mammakarzinom	>= 20	11	3	14	20	
I	Indikation zur brusterhaltenden Therapie [alle Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom im Stadium pT1]	>= 20	n. a.	n. a.	8	17	-
P	Postoperatives Präparatröntgen	>= 20	1	5	8	15	x
P	Hormonrezeptoranalyse	>= 20	5	9	14	20	
P	Angabe pT, pN, pM oder M	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	-

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Gruppe	Rang	Anzahl KH mit schlechterem Ergebnis	Anzahl KH in gleicher Gruppe	Gesamtzahl KH	Spitzenrang
P	Angabe Sicherheitsabstand [mit brusterhaltender Therapie] <sup>26</sup>	>= 20	6	5	11	19	
P	Angabe Sicherheitsabstand [mit Mastektomie]	>= 20	2	5	7	19	
P	Anzahl Lymphknoten	>= 20	3	9	12	20	
P	Meldung an Krebsregister	>= 20	1	8	14	21	x
P	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum (Median)	>= 20	2	6	8	16	
	Herzschrittmacher						
09/1	Herzschrittmacher-Erstimplantation						
	10 Qualitätsindikatoren (7 Original)						
I	Leitlinienkonforme Indikationsstellung	>= 20	16	3	19	20	
I	Systemwahl bei Sinusknoten-Syndrom	>= 20	1	6	12	20	x
P	Eingriffsdauer VVI [bis 60 Minuten] <sup>27</sup>	< 20	2	1	4	19	
P	Eingriffsdauer DDD [bis 90 Minuten]	>= 20	14	4	18	20	
P	Durchleuchtungszeit VVI [Summe bis 9 Minuten] <sup>28</sup>	< 20	2	2	4	19	
P	Durchleuchtungszeit DDD [Summe bis 18 Minuten]	>= 20	17	1	18	20	
E	Perioperative Komplikationen [Patienten mit chirurgischen Komplikationen]	>= 20	14	5	19	20	
E	Intrakardiale Signalamplituden Vorhofsonden <sup>29</sup>	>= 20	12	6	18	20	

<sup>26</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Angabe des Sicherheitsabstandes angegeben.

<sup>27</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Eingriffsdauer angegeben

<sup>28</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Durchleuchtungszeit angegeben

<sup>29</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Signalamplituden angegeben.

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Gruppe	Rang	Anzahl KH mit schlechterem Ergebnis	Anzahl KH in gleicher Gruppe	Gesamtzahl KH	Spitzenrang
E	Intrakardiale Signalamplituden Ventrikelsonden	>= 20	15	1	16	20	
E	Letalität	>= 20	1	10	19	20	x
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel						
	7 Qualitätsindikatoren (5 Original)						
P	Eingriffsdauer	>= 20	1	4	11	20	x
P	Reizschwellenbestimmung Vorhofsonden außer Patienten mit Vorhofflimmern <sup>30</sup>	< 20	7	4	12	19	
P	Reizschwellenbestimmung Ventrikelsonden	>= 20	6	5	11	20	
P	Amplitudenbestimmung Vorhofsonden <sup>31</sup>	< 20	6	5	12	19	
P	Amplitudenbestimmung Ventrikelsonden	< 20	8	4	12	18	
E	Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats AAI oder VVI [über 6 Jahre]	< 20	1	7	16	18	x
E	Perioperative Komplikationen [Patienten mit chirurgischen Komplikationen]	>= 20	1	1	11	20	x
09/3	Herzschrittmacher-Revision/-Explantation						
	11 Qualitätsindikatoren (8 Original)						
I	Indikation zur Revision Systemumwandlungen	>= 20	16	2	18	18	
I	Indikation zur Revision Schrittmacher-Taschenprobleme	>= 20	14	4	18	18	
I	Indikation zur Revision Sondenprobleme	>= 20	9	9	18	18	
I	Indikation zur Revision Infektion	>= 20	1	8	18	18	x

<sup>30</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Reizschwellenbestimmung angegeben.

<sup>31</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Amplitudenbestimmung angegeben.

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Gruppe	Rang	Anzahl KH mit schlechterem Ergebnis	Anzahl KH in gleicher Gruppe	Gesamtzahl KH	Spitzenrang
P	Reizschwellenbestimmung bei revidierten Sonden Vorhofsonden <sup>32</sup>	< 20	1	5	14	14	x
P	Reizschwellenbestimmung bei revidierten Sonden Ventrikelsonden	< 20	12	2	14	16	
P	Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden Vorhofsonden <sup>33</sup>	< 20	1	5	14	14	x
P	Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden Ventrikelsonden	< 20	14	0	14	14	
E	Perioperative Komplikationen [Patienten mit chirurgischen Komplikationen]	>= 20	1	2	8	18	x
E	Intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden Vorhofsonden <sup>34</sup>	< 20	13	0	13	13	
E	Intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden Ventrikelsonden	< 20	1	0	14	14	x
10/2	Gefäßchirurgie: Karotis-Rekonstruktion						
	8 Qualitätsindikatoren						
I	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	>= 20	7	2	9	13	
I	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose	< 20	8	0	9	13	
E	Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose I Patienten ohne kontralateralen Verschluss oder kontralaterale Stenose >= 75 % (NASCET)	>= 20	1	2	7	12	x
E	Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose II Patienten mit kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose >= 75 % (NASCET)	< 20	1	1	11	11	x

<sup>32</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Reizschwellenbestimmung angegeben.

<sup>33</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Amplitudenbestimmung angegeben.

<sup>34</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Signalamplituden angegeben.

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Gruppe	Rang	Anzahl KH mit schlechterem Ergebnis	Anzahl KH in gleicher Gruppe	Gesamtzahl KH	Spitzenrang
E	Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose I Patienten mit einem Stenosegrad von $\geq 70$ % (NASCET)	< 20	1	3	11	13	x
E	Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose II Patienten mit einem Stenosegrad von 50 - 69 % (NASCET)	< 20	1	1	10	10	x
E	Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score I [Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate nach logistischem Karotis-Score I]	$\geq 20$	1	8	11	14	x
E	Schwere Schlaganfälle oder Tod [alle Patienten]	$\geq 20$	1	6	11	14	x
21/3	Kardiologie: Koronarangiographie und PTCA						
	15 Qualitätsindikatoren (8 Original)						
I	Anzahl Koronarangiographien <sup>35</sup>	$\geq 1$	5	4	9	9	
I	Anzahl PTCA	$\geq 1$	4	4	8	8	
I	Indikation zur Koronarangiographie - Ischämiezeichen	$\geq 20$	5	3	8	9	
I	Indikation zur Koronarangiographie - Therapieempfehlung [interventionell oder herzchirurgisch, „V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder „bekannte KHK“ oder „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“]	$\geq 20$	1	7	8	9	x
I	Indikation zur PTCA	$\geq 20$	5	1	6	8	
P	Durchleuchtungsdauer bei Koronarangiographien <sup>36</sup>	$\geq 20$	3	5	8	9	

<sup>35</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren fehlen die Indikatoren zur Anzahl.

<sup>36</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Durchleuchtungsdauer angegeben.

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Gruppe	Rang	Anzahl KH mit schlechterem Ergebnis	Anzahl KH in gleicher Gruppe	Gesamtzahl KH	Spitzenrang
P	Durchleuchtungsdauer bei PTCA ohne Einzeitig-PTCA	>= 20	6	2	8	8	
P	Kontrastmittelmenge bei Koronarangiographien ohne Einzeitig-PTCA <sup>37</sup>	>= 20	5	3	8	9	
P	Kontrastmittelmenge bei PTCA ohne Einzeitig-PTCA	>= 20	3	2	3	8	
P	Kontrastmittelmenge bei Einzeitig-PTCA	>= 20	6	2	8	8	
E	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PTCA [alle PTCA]	>= 20	7	1	8	8	
E	MACCE bei ausschließlich diagnostischen Koronarangiographie(n) [alle Patienten] <sup>38</sup>	>= 20	8	0	8	9	
E	MACCE bei PTCA [alle Patienten]	>= 20	5	3	8	8	
E	Todesfälle bei Koronarangiographien <sup>39</sup>	>= 20	7	1	8	9	
E	Todesfälle bei PTCA	>= 20	7	1	8	8	
	Orthopädie und Unfallchirurgie						
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur						
	29 Qualitätsindikatoren <sup>40</sup> (14 Original)						
I	Wahl des Operationsverfahrens bei medialer Schenkelhalsfraktur Patienten mit Fraktur-Garden I oder II <sup>41</sup>	< 20	1	3	14	14	x
P	Präoperative Verweildauer bei Schenkelhalsfraktur [alle Patienten, Operation]	>= 20	5	13	18	27	

<sup>37</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Kontrastmittelmenge angegeben.

<sup>38</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für MACCE angegeben

<sup>39</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für Todesfälle angegeben

<sup>40</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren wird die Unterscheidung zwischen Schenkelhalsfraktur/pertochantärer Fraktur unterhalb eines Qualitätsindikators getroffen.

<sup>41</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Wahl des Operationsverfahrens bei medialer Schenkelhalsfraktur angegeben.

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Gruppe	Rang	Anzahl KH mit schlechterem Ergebnis	Anzahl KH in gleicher Gruppe	Gesamtzahl KH	Spitzenrang
	nach Aufnahme innerhalb von > 48 Stunden]						
P	Präoperative Verweildauer bei pertrochantärer Fraktur [alle Patienten, Operation nach Aufnahme innerhalb von > 48 Stunden]	>= 20	1	14	18	28	x
P	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Schenkelhalsfraktur [alle Patienten]	>= 20	1	6	18	27	x
P	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei pertrochantärer Fraktur [alle Patienten]	>= 20	1	9	18	28	x
E	Gehfähigkeit bei Entlassung bei Schenkelhalsfraktur [alle Patienten]	>= 20	7	9	16	27	
E	Gehfähigkeit bei Entlassung bei pertrochantärer Fraktur [alle Patienten]	>= 20	3	12	15	28	x
E	Gefäßläsion bei Schenkelhalsfraktur [alle Patienten]	>= 20	1	0	18	27	x
E	Gefäßläsion bei pertrochantärer Fraktur [alle Patienten]	>= 20	1	0	18	28	x
E	Nervenschaden bei Schenkelhalsfraktur	>= 20	1	2	18	27	x
E	Nervenschaden bei pertrochantärer Fraktur [alle Patienten]	>= 20	1	0	18	28	x
E	Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Implantatbruch bei Schenkelhalsfraktur	>= 20	18	0	18	27	
E	Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Implantatbruch bei pertrochantärer Fraktur [alle Patienten]	>= 20	1	8	18	28	x
E	Fraktur bei Schenkelhalsfraktur [alle Patienten]	>= 20	1	3	18	27	x
E	Fraktur bei pertrochantärer Fraktur [alle Patienten]	>= 20	1	0	18	28	x
E	Endoprothesenluxation bei Schenkelhalsfraktur	>= 20	13	2	16	27	
E	Endoprothesenluxation bei pertrochantärer Fraktur	< 20	1	2	19	19	x
E	Postoperative Wundinfektion bei Schenkelhalsfraktur [alle Patienten]	>= 20	1	8	18	27	x

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Gruppe	Rang	Anzahl KH mit schlechterem Ergebnis	Anzahl KH in gleicher Gruppe	Gesamtzahl KH	Spitzenrang
E	Postoperative Wundinfektion bei pertrochantärer Fraktur [alle Patienten]	>= 20	1	9	18	28	x
E	Wundhämatome/Nachblutungen bei Schenkelhalsfraktur	>= 20	15	3	18	27	
E	Wundhämatome/Nachblutungen bei pertrochantärer Fraktur	>= 20	16	1	18	28	
E	Allgemeine postoperative Komplikationen bei Schenkelhalsfraktur [alle Patienten]	>= 20	15	3	18	27	
E	Allgemeine postoperative Komplikationen bei pertrochantärer Fraktur [alle Patienten]	>= 20	8	10	18	28	
E	Reinterventionen wegen Komplikation bei Schenkelhalsfraktur [alle Patienten]	>= 20	17	1	18	27	
E	Reinterventionen wegen Komplikation bei pertrochantärer Fraktur [alle Patienten]	>= 20	17	1	18	28	
E	Letalität bei osteosynthetischer Versorgung der Schenkelhalsfraktur <sup>42</sup>	< 20	1	4	24	26	x
E	Letalität bei endoprothetischer Versorgung der Schenkelhalsfraktur	>= 20	8	7	16	27	
E	Letalität bei osteosynthetischer Versorgung der pertrochantären Fraktur	>= 20	9	7	16	28	
E	Letalität bei endoprothetischer Versorgung der pertrochantären Fraktur	< 20	18	1	19	19	
17/2	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation						
	14 Qualitätsindikatoren						
I	Indikation	>= 20	4	12	16	22	
P	Perioperative Antibiotikaprophylaxe [alle Patienten]	>= 20	1	7	16	22	x

<sup>42</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Letalität angegeben

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Gruppe	Rang	Anzahl KH mit schlechterem Ergebnis	Anzahl KH in gleicher Gruppe	Gesamtzahl KH	Spitzenrang
E	Postoperative Beweglichkeit	>= 20	14	2	16	22	
E	Gehfähigkeit bei Entlassung	>= 20	1	8	16	21	x
E	Gefäßläsion [alle Patienten]	>= 20	1	1	16	22	x
E	Nervenschaden [alle Patienten]	>= 20	1	6	16	22	x
E	Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Implantatbruch [alle Patienten]	>= 20	1	1	16	22	x
E	Fraktur [alle Patienten]	>= 20	8	8	16	22	
E	Endoprothesenluxation [alle Patienten]	>= 20	9	7	16	22	
E	Postoperative Wundinfektion	>= 20	6	10	16	22	
E	Wundhämatome/Nachblutungen	>= 20	6	10	16	22	
E	Allgemeine postoperative Komplikationen [alle Patienten]	>= 20	10	6	16	22	
E	Reinterventionen wegen Komplikation	>= 20	9	7	16	22	
E	Letalität	>= 20	15	1	16	22	
17/3	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel						
	13 Qualitätsindikatoren						
I	Indikation	>= 10	1	7	10	17	x
P	Perioperative Antibiotikaprophylaxe [alle Patienten]	>= 10	1	3	10	17	x
E	Gehfähigkeit bei Entlassung	>= 10	1	5	7	17	x
E	Gefäßläsion	>= 10	1	0	10	17	x
E	Nervenschaden	>= 10	1	1	10	17	x
E	Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Implantatbruch	>= 10	1	4	10	17	x
E	Fraktur	>= 10	7	3	10	17	

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Gruppe	Rang	Anzahl KH mit schlechterem Ergebnis	Anzahl KH in gleicher Gruppe	Gesamtzahl KH	Spitzenrang
E	Endoprothesenluxation	>= 10	6	4	10	17	
E	Postoperative Wundinfektion [alle Patienten]	>= 10	1	6	10	17	x
E	Wundhämatome/Nachblutungen	>= 10	4	6	10	17	
E	Allgemeine postoperative Komplikationen [alle Patienten]	>= 10	5	5	10	17	
E	Reinterventionen wegen Komplikation	>= 10	4	6	10	17	
E	Letalität	>= 10	1	5	10	17	x
17/5	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation						
	12 Qualitätsindikatoren						
I	Indikation	>= 10	2	13	15	18	x
P	Perioperative Antibiotikaprophylaxe [alle Patienten]	>= 10	1	6	15	18	x
E	Postoperative Beweglichkeit	>= 10	14	1	15	18	
E	Gehfähigkeit bei Entlassung	>= 10	9	6	15	18	
E	Gefäßläsion	>= 10	1	1	15	18	x
E	Nervenschaden	>= 10	1	4	15	18	x
E	Fraktur	>= 10	13	2	15	18	
E	Postoperative Wundinfektion [alle Patienten]	>= 10	11	4	15	18	
E	Wundhämatome/Nachblutungen	>= 10	8	7	15	18	
E	Allgemeine postoperative Komplikationen	>= 10	8	7	15	18	
E	Reinterventionen wegen Komplikation	>= 10	12	3	15	18	
E	Letalität	>= 10	1	1	15	18	x
17/7	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel						

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Gruppe	Rang	Anzahl KH mit schlechterem Ergebnis	Anzahl KH in gleicher Gruppe	Gesamtzahl KH	Spitzenrang
	11 Qualitätsindikatoren						
I	Indikation	>= 10	1	2	4	13	x
P	Perioperative Antibiotikaprophylaxe [alle Patienten]	>= 10	1	0	4	13	x
E	Gefähigkeit bei Entlassung	>= 10	1	2	4	13	x
E	Gefäßläsion	>= 10	1	0	4	13	x
E	Nervenschaden	>= 10	1	2	4	13	x
E	Fraktur	>= 10	1	2	4	13	x
E	Postoperative Wundinfektion [alle Patienten]	>= 10	1	1	4	13	x
E	Wundhämatome/Nachblutungen	>= 10	1	1	4	13	x
E	Allgemeine postoperative Komplikationen [alle Patienten]	>= 10	1	3	4	13	x
E	Reinterventionen wegen Komplikation	>= 10	1	2	4	13	x
E	Letalität	>= 10	1	0	4	13	x
	Pneumonie						
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie						
	12 Qualitätsindikatoren (11 Original)						
P	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie [alle Patienten]	>= 20	6	19	25	28	
P	Antimikrobielle Therapie [alle Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden]	>= 20	12	12	25	28	
P	Frühmobilisation [Risikoklasse 1] <sup>43</sup>	>= 20	12	4	16	28	

<sup>43</sup> Unter BQS-Qualitätsindikatoren ist nur ein Indikator für die Frühmobilisation angegeben

	Fachgruppe						
Modul	Leistungsbereich						
Ebene	Qualitätsindikator	Gruppe	Rang	Anzahl KH mit schlechterem Ergebnis	Anzahl KH in gleicher Gruppe	Gesamtzahl KH	Spitzenrang
P	Frühmobilisation [Risikoklasse 2]	>= 20	16	8	24	28	
P	Verlaufskontrolle CRP	>= 20	11	13	25	28	
P	Anpassung Diagnostik/Therapie [Risikoklasse 2]	< 20	15	5	20	27	
P	Dauer der maschinellen Beatmung [Patienten, die ausschließlich invasiv maschinell beatmet werden] (Median in Stunden)	< 20	11	3	14	14	
P	PEEP bei maschineller Beatmung	< 20	1	5	18	18	x
P	Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien	>= 20	12	13	25	28	
E	Klinische Stabilitätskriterien	>= 20	8	7	15	27	
E	Stationäre Pflegeeinrichtung	>= 20	17	8	25	28	
E	Krankenhaus-Letalität	>= 20	19	7	26	28	

## C MATERIALIEN

BQS-Qualitätsindikatoren. Erfassungsjahr 2005. <http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/Webs/bqs/qidb/2005/ergebnisse> [Zugriff am 29.9.2006].

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 2005. Düsseldorf: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH, 2006.

Niemann M. Strategisches Qualitätsmanagement. Umgang mit Daten und Ergebnissen aus der externen vergleichenden Qualitätssicherung. [http://www.zq-aekn.de/web\\_aekn/zqhome.nsf/ContentView/BD3CBADD0CFC8393C1256FDB002BBDAAE/\\$File/Niemann\\_2005-06-10\\_Hannover\\_erg.pdf](http://www.zq-aekn.de/web_aekn/zqhome.nsf/ContentView/BD3CBADD0CFC8393C1256FDB002BBDAAE/$File/Niemann_2005-06-10_Hannover_erg.pdf) [Zugriff am 21.8.2006].

quant gmbh. Jahresauswertung 2005. Klinikum der E.M.Arndt Universität Greifswald und Mecklenburg-Vorpommern Gesamt. Hamburg, 2006.

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

## D VERZEICHNIS DER ABKÜRZUNGEN

Abkürzungen, die ausschließlich in den offiziellen Bezeichnungen der Qualitätsindikatoren oder der Leistungsbereiche verwendet werden, sind hier nicht aufgeführt.

ASA	American Society of Anesthesiologists
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH
E	Ergebnisqualität
I	Indikationsqualität
k. A.	keine Angabe
KGMV	Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
KH	Krankenhaus
MV	Mecklenburg-Vorpommern
n. a.	nicht anwendbar
n. d.	nicht definiert
P	Prozessqualität
PTCA	perkutane transluminale Koronarangioplastie
QI	Qualitätsindikator
SE	Sentinel Event
UKG	Universitätsklinikum Greifswald