

Externe Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

Leistungsbereich

„Gynäkologische Operationen“

Ergebnisse des strukturierten Dialogs in Sachsen

Im Jahr 2005 wurden im Rahmen der Qualitätssicherung für die gynäkologischen Eingriffe insgesamt neun Qualitätsindikatoren definiert. Erstmals waren hierbei auch die Konisationen komplett zu erfassen.

Nach Auswertung der eingesandten Daten der einzelnen Krankenhäuser über durchgeführte Hysterektomien, Adnexektomien und Konisationen erfolgte die Bewertung der Ergebnisse durch die Arbeitsgruppe Gynäkologie. Im strukturierten Dialog wurden die Einrichtungen bei Abweichungen vom vorgegebenen Referenzbereich in den einzelnen Qualitätsindikatoren um Erläuterung gebeten.

Es war den einzelnen Einrichtungen möglich, am konkreten Fall und auch im Allgemeinen Auffälligkeiten zu erklären und auch zu rechtfertigen.

Die Antworten des strukturierten Dialogs wurden ebenfalls einzeln ausgewertet und in einem Punktescore erfasst.

Zum Qualitätsindikator „Antibiotikaphylaxe bei Hysterektomien“ fiel auf, dass es weiterhin unterschiedliche Meinungen gab zur Notwendigkeit einer derartigen Prophylaxe bei abdominalem oder vaginalem Vorgehen. Einige Kliniken hatten den Regimewechsel aufgrund der Ergebnisse der Qualitätssicherung des vorangegangenen Jahres erst innerhalb des aktuellen Erhebungsjahres vollzogen.

Ausgedehnte Operationen, ITS-Aufenthalt, schwierige Mobilisation und eine notwendige längere Infusionstherapie waren die Begründung für das Belassen des Harnblasenkatheters für mehr als 24 Stunden.

Abbildung 1 (s. S. 512) zeigt die Verteilung der Ergebnisse sächsischer Krankenhäuser im Erhebungsjahr 2005 für den Qualitätsindikator „Indikation bei Ovarieingriffen“. Jede Säule repräsentiert ein Krankenhaus. Dargestellt wird der Anteil an Patientinnen mit isolierten Ovarieingriffen und Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund.

Auffällig war auch in diesem Jahr die Vielfalt an Begründungen für diesen Qualitätsindikator. Im Einzelfall waren große Zysten ohne verbliebenes Restovarialgewebe, Verwachsungen, Konglomerattumoren, Borderlinetumoren, Tuboovarialabszesse oder unklare präoperative (sonografische) Dignität eine Tatsache, die gegen eine mögliche Organerhaltung sprachen. Auch gaben viele Kliniken als Grund für die Organentfernung eine Größenzunahme, Beschwerden, bestehende Einblutungen, das Vorfinden einer Sactosalpinx oder die Persistenz der Befunde und immer wieder den

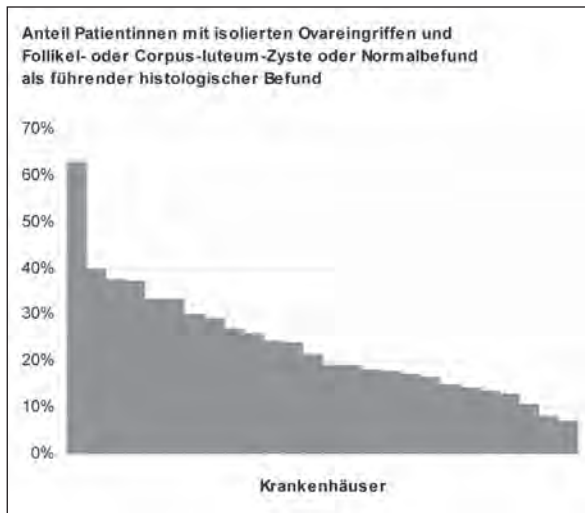


Abbildung 1: Leistungsbereich Gynäkologische Operationen, Erhebung Sachsen 2005; Qualitätsindikator „Indikation bei Ovariengriffen“
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit, jede Säule stellt das Ergebnis eines Krankenhauses dar

Wunsch der Patientin oder des ambulanten Einweisers an. Abweichungen der Altersstruktur der Patientinnen vom Durchschnitt wurden ebenfalls als Begründung angegeben. Eine fehlende Angabe der postoperativen Histologie bei Ovariengriffen begründeten verschiedene Kliniken mit einer falschen Dokumentation.

Immer wieder wird die Indikation zur Hysterektomie bei Frauen jünger als 35 Jahre diskutiert. Rechtfertigende Begründungen waren hier Tuboovarialabszesse mit eitriger Peritonitis, rezidivierende Dys-/Hypermenorrhöen bei abgeschlossener Familienplanung (Z. n. Sterilisierung), großer Uterus myomatosus mit Beschwerden sowie eine ausgeprägte Endometriose als Indikation. Alle Kliniken konnten hier die vorhandene Indikation sowie die Ausschöpfung alternativer Maßnahmen und auch eine entsprechende Beratung und Aufklärung nachweisen. In einem Fall handelte es sich sogar um eine Notfallhysterektomie aufgrund einer postpartalen Atonie.

Als Begründung für Organverletzungen bei Hysterektomie gaben die Einrichtungen oftmals eine schwierigen OP-Situs mit massiven Adhäsionen an.

Generell lässt sich sagen, dass im strukturierten Dialog vielfach Begründungen angegeben werden können, die ein Abweichen von den Referenzbereichen rechtfertigen. Trotzdem sollte weiterhin der Einzelfall geprüft werden. Unklarheiten

bezüglich der Datenlage in der aktuellen Literatur müssen akzeptiert oder vereinheitlicht werden.

Zusammenfassend wurde durch den strukturierten Dialog eine weitere Verbesserung erreicht. Fehler im Qualitätsmanagement nahmen ab. Auch konnten im Vergleich zum Vorjahr angegebene EDV-Probleme deutlich reduziert werden. Sie spielen im Modul 15/1 anders als im Modul 18/1 (Mammachirurgie) kaum noch eine Rolle. Der strukturierte Dialog ist auch insofern sehr sinnvoll, das bestimmte Dinge in Worten besser zu erklären sind als es streng vorgegebene Computereingaben ermöglichen. Der „Wunsch der Patienten“ muss als Eingabeoption verstärkt Beachtung finden. Ebenso sollten Optionen für die Eingabe von Zystengrößen, Beschwerden und präoperativer Dignitätseinschätzung (bildgebend!) unbedingt geschaffen werden.

Doz. Dr. med. habil. Karl-Werner Degen
Vorsitzender der Arbeitsgruppe Gynäkologie

Leistungsbereich „Mammachirurgie“ Ergebnisse des strukturierten Dialogs in Sachsen

Die Erkrankung Brustkrebs behält als häufigste Malignomerkrankung der Frau ihre wachsende gesellschaftliche Dimension bei. Ausdruck des Prozesses dieser Auseinandersetzung mit der Krankheit sind beispielsweise die intensive Diskussion bei der gegenwärtig stattfindenden Neufassung der betreffenden S3-Leitlinien oder die Einführung des Mammografiescreenings, aber auch der zunehmende Druck seitens der Kostenträger, der Patientenverbände und der Medien hinsichtlich der Veröffentlichung von Ergebnissen aus dem Verfahren der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V. Die vorliegenden Daten aus dem Jahr 2005 und die Ergebnisse des strukturierten Dialogs mit den beteiligten Krankenhäusern durch die bei der Sächsischen Landesärztekammer zuständige Arbeitsgruppe „Gynäkologie“ sollen hier näher betrachtet werden.

Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung in Sachsen beruhen im Jahr 2005 auf insgesamt 6164 Datensätzen aus 61 Krankenhäusern. Die Dokumentationsrate der durchgeführten Eingriffe an der Brust betrug 101,5 %, was einer vollständigen Erfassung entspricht. Die Arbeits-

gruppe hatte für den strukturierten Dialog entschieden, in jedem Fall einer Abweichung von vorgegebenen Referenzwerten die betreffende Klinik zu einer Stellungnahme zu bitten. Die Antworten wurden erstmals für das Jahr 2005 nach einem durch die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung vorgegebenen, formalisierten Schema in ihrer Aussage bewertet. Bezogen auf die angeforderten Stellungnahmen zu numerischen Auffälligkeiten zeigten sich in 7,74 % der Antworten qualitative Auffälligkeiten. Dies wurde den betreffenden Kliniken mitgeteilt und eine Kontrolle der anhand der Ergebnisse aus dem Jahr 2006 in Aussicht gestellt.

Qualitätsindikator „postoperatives Präparateröntgen“

Ziel ist es, mit diesem Indikator festzustellen, inwieweit die Kontrolle präoperativ nicht tastbarer Tumoren, die radiografisch durch einen Draht markiert wurden, postoperativ erfolgt. Damit wird die Schnittstelle zwischen Radiologe, Operateur und Pathologe abgebildet, die bei optimaler Abstimmung zwischen den Fachgebieten im interdisziplinären Zusammenwirken eine Voraussetzung für die bestmögliche Behandlung der Patientin ist.

Der auf der S3-Leitlinie beruhende Referenzwert von 95 % wird im Landesdurchschnitt nicht erreicht. 25 von 52 Krankenhäuser mit Daten für diesen Indikator lagen unterhalb dieser Grenze. In 78,4 % der Fälle wurde die postoperative Präparateradiografie vorgenommen. Gegenüber dem Vorjahr lässt sich eine deutliche Steigerung erkennen (2004: 69,3 %). Der immer noch hohen Zahl der Dokumentationsfehler beispielsweise auf Grund von Missverständnissen beim Ausfüllen des Datensatzes wurde durch eine Spezifizierung der Abfrage und Ausfüllhinweise begegnet. In zwei Kliniken führten tatsächliche Mängel der Struktur- und Prozessqualität zu den Abweichungen. Nach den eingegangenen Begründungen wurden 24 der 25 Krankenhäuser für das betreffende Erhebungsjahr als unauffällig eingestuft, jedoch wird in der kommenden Auswertung der Daten für das Jahr 2006 eine erneute Kontrolle durchgeführt werden, auch im Hinblick auf den Sachverhalt, inwieweit Dokumentationsmängel durch entsprechende Maßnahmen abgestellt wurden.

Qualitätsindikator

„Angabe Sicherheitsabstand“

Ein Sicherheitsabstand im Rahmen der Resektion eines Mammakarzinoms ist von hoher Bedeutung für die Prognose der Erkrankung hinsichtlich der Rezidivrate sowohl bezogen auf in-Brust-Rezidive wie auch auf eine Metastasierung. Für Rezidivkrankungen in der gleichen Brust betrifft dies nicht allein die invasiven Karzinome, sondern auch die in-situ-Läsionen. Eine metrische Angabe des Sicherheitsabstandes wird deshalb in den Vorgaben der Fachgesellschaften sowohl für die brusterhaltende Therapie (BET) als auch für die Ablatio mammae gefordert, da nicht zuletzt anhand der als ausreichend angesehener Abstände weitere Therapieentscheidungen wie beispielsweise die zur Nachresektion oder Bestrahlung getroffen werden. Besonders für letzteres ist gleichermaßen eine Angabe nicht nur im Rahmen einer BET sondern auch bei der Ablatio mammae bedeutsam, weswegen die Raten für beide Situationen gesondert betrachtet werden.

Im Landesdurchschnitt wurde mit einer Angabe des Sicherheitsabstandes in 89,2 % der Fälle gegenüber den Vorjahren wiederum eine deutliche Verbesserung erzielt (2004: 81,5 %), die Rate erreicht jedoch ebenfalls nicht den Referenzwert von 95 %. Diesen erfüllen von 52 Krankenhäusern 27 der teilnehmenden Kliniken. Bei 10 Krankenhäusern führten Mängel in der Struktur- und Prozessqualität zu den Abweichungen. Drei Kliniken mussten trotz der von ihnen angeführten Begründungen für die Differenzen als qualitativ auffällig eingestuft werden. Bei den übrigen als unauffällig

bewerteten Kliniken werden die Ergebnisse im Folgejahr erneut kontrolliert.

Qualitätsindikator „Indikation zur brusterhaltenden Therapie“

Ziel der Behandlung von Brustkrebspatientinnen ist nicht eine möglichst hohe Rate an brusterhaltender Therapie, sondern eine möglichst hohe Zahl von Patientinnen mit krankheitsfreiem Überleben unter Beachtung eines hohen Maßes an Lebensqualität. Deshalb betrachtet dieser Indikator die angemessene Indikationsstellung zur BET im Tumorstadium pT1. Anhand von Studiendaten, die Brusterhaltungsraten zwischen 60 und 75 % für angemessen ansehen, aber auch anhand von Daten aus deutschen Brustzentren, die bei Beachtung histopathologischer Kriterien und unter konsequenter Einbeziehung der Patientin in die Therapieentscheidung eine BET-Rate bis zu 85 % bei pT1 Tumoren noch für möglich erachten, wurde erstmals im Jahr 2005 der Referenzbereich durch die Fachgruppe auf Bundesebene von 60 bis 85 % festgelegt. Bei einer Überschreitung der Grenzwerte insbesondere nach oben muss die angemessene Indikationsstellung der BET kritisch hinterfragt werden.

Die Schwankungsbreite der 55 sächsischen Krankenhäuser mit Daten für diesen Indikator liegt zwischen 0 und 100 %. 23 Kliniken erreichten den Referenzbereich nicht, wobei keine Klinik mit mindestens 20 Fällen unterhalb der unteren Grenze liegt. 7 Kliniken mit mindestens 20 Fällen liegen oberhalb der Grenze, eine sogar bei 100 %. Insbesondere bei den Kliniken mit kleiner Fallzahl (< 20 Fälle) sind die Abweichungen durch

Besonderheiten einzelner Fälle im strukturierten Dialog herausgearbeitet worden. Bei 11 Kliniken werden die Ergebnisse des Folgejahres unter den o. g. Gesichtspunkten erneut betrachtet.

Ausblick

Der Datensatz 18/1 wurde durch die Bundesfachgruppe für 2007 grundlegend überarbeitet. Der wesentliche Fortschritt ist die nunmehr möglich gemachte Fallzusammenführung, d. h. dass mehrere stationäre Aufenthalte zum gleichen Behandlungsfall nur noch einen Datensatz erzeugen. Das vereinfacht und strafft die Dokumentation dadurch, dass mehrfache Eingaben der selben Daten entfallen. Die Auswertung verschiedener Items wird in diesem Zusammenhang valider. Ziel bleibt eine Sektoren übergreifende Qualitätssicherung, die den ambulanten Bereich in gleicher Weise einbindet. Eine Erfassung von rein plastisch-rekonstruktiven Operationen ist nicht mehr dokumentationspflichtig. Die kritische Analyse der in den Vorjahren erfassten Daten hatte ergeben, dass sich eine auch von den Patientenvertretern gewünschte Beurteilung der Qualität rekonstruktiver Eingriffe mit dem Verfahren nicht sinnvoll abbilden ließ. Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses beschäftigt sich gegenwärtig eine Arbeitsgruppe auf Bundesebene mit einem Modellprojekt zur partizipativen Entscheidungsfindung von Patientinnen mit Brustkrebs, das in diesem Zusammenhang auch die plastisch-rekonstruktiven Operationen beleuchten soll.

Dr. med. Steffen Handstein
Mitglied der Arbeitsgruppe Gynäkologie