

#### 4. Struktur- und Ablaufqualität

Qualitätssicherung ist eine der wichtigsten Aufgaben einer medizinischen Dienstleistung. Es lassen sich nach Donabedian seit fast drei Jahrzehnten drei Hauptbereiche unterscheiden – Struktur-, Ablauf- und Ergebnisqualität. Die Ergebnisqualität einer medizinischen Dienstleistung ist zwar für den Patienten entscheidend, läßt sich jedoch nur sehr schwer messen. Individuelle und regionale Einflußfaktoren dominieren. Die quantitative Angabe der Morbidität und Mortalität sind wenig hilfreich, da diese maßgeblich vom Patientengut (Altersverteilung, Begleiterkrankungen, Krankheitsspektrum) und der Art der medizinischen Dienstleistung (z.B. Radikal-Operation oder Radiatio, konservativ vs. Operativ) abhängen. Es gilt jedoch die These, daß bei guter Struktur- und Ablaufqualität auch die Ergebnisqualität positiv beeinflusst wird. Die Bestimmung der Strukturqualität und Ablaufqualität ist möglich, da es hierfür adäquate Parameter gibt. Einige dieser Parameter sind nachfolgend angeführt.

##### 4.1 Vorgehaltene Strukturqualität

<b>Urologische Betten</b>	43
<b>Kinderurologische Betten</b>	Beliebig nach Absprache mit Kinderklinik
<b>Ärztlicher Stellenschlüssel</b>	1-2-4-2x1/2
<b>Fachärzte (Stand 2002)</b>	7 von 9
<b>Dienst außerhalb Arbeitszeit</b>	Tägl. Dienstbereitschaft und Rufbereitschaft (OA)
<b>Diagnostik und Therapiegeräte</b>	2 x Sonographie inkl. Duplex-Endosonographie
	2 Röntgendurchleuchtungs- und Therapieplätze
	Eigenständiges urologisches Kleinlabor
	Stationäre ESWL
	NeodymYag-Laser
	Komplettes Endoskopie-Instrumentarium
	Komplettes minimal-invasives Instrumentarium
	Video-Urodynamik, Cavernosometrie
	Brachytherapieeinheit (Kooperation Strahlentherapie)
	Mikrochirurgie (ohne eigenes Mikroskop)
	Interdisziplinäre Intensivstation (Leitung: Anästhesie)
	OP-Saal inkl. TUR an 5 Tagen der Woche

## 4.2 Basis-Leistungszahlen Stand 2002

<b>Gesamtklinikum Planbetten</b>	618
<b>Gesamtklinikum Fallzahl</b>	22500
<b>Klinik für Urologie Fallzahl</b>	1800
<b>Klinik für Urologie Bettenauslastung</b>	82%
<b>Durchschnittliche stationäre urologische Verweildauer</b>	6,8 Tage
<b>Operative Eingriffe</b>	1200
<b>Kinderurologische Eingriffe</b>	110
<b>Konsilaufträge</b>	1200
<b>Ambulante Patienten</b>	450
<b>Zahl der organisierten lokalen Fortbildungen</b>	5/Jahr

### 4.2.1 Qualitätssicherung – OP-Häufigkeiten für typische urologische Eingriffe und Leistungsspektrumserweiterungen

Für eine adäquate Qualität der Therapie und als Ausbildungsklinik sollte für Standardeingriffe ein Mindestanzahl/Jahr nicht unterschritten werden. Viele Untersuchungen belegen, daß die eingriffbezogene Morbidität und Mortalität sinkt, je mehr Eingriffe einer gewissen Art durchgeführt werden. Aus diesen Gründen ist eine hohe Anzahl an urologischen Standardprozeduren anzustreben.

Allerdings sind externe Faktoren (Erweiterung des Leistungsspektrums, medizinische Entwicklungen, Wechsel der Klinikleitung) zu berücksichtigen. Der Einfluß des geplanten Fallpauschalensystems und die abzusehende Ökonomisierung der klinischen Medizin beeinflussen ebenfalls das Leistungsgeschehen bzw. die Fortentwicklung des Leistungsspektrums. Nachfolgend sind in einer Tabelle die Frequenzen der aktuellen urologischen Standardoperationen, die tendenzielle Entwicklung im zeitlichen Zusammenhang und die aktuellen geplanten Spektrumserweiterungen aufgelistet.

Die Häufigkeiten der einzelnen Eingriffe bzw. Prozeduren beziehen sich auf den Jahreszeitraum 9/01 bis 11/02. Aus den Zahlen bzw. Tendenzen kommt zum Ausdruck, daß sich das Leistungsspektrum der Klinik gegenwärtig noch im Aufbau befindet.

Eingriffsgruppen	Frequenz/Jahr	Tendenz
<b>Radikale Onkologie</b>		
Radikale Prostatektomie	47	↑
Radikale Zystektomie	26	↑
Radikale Tumornephrektomie	42	→
<b>Harnableitungen</b>		
Orthotope Ileumneoblase	9	↑
Ileum conduit	14	↑
Ureterokutaneostomien	8	↓
<b>Transurethrale Operationen</b>		
TUR-Prostata	121	↓
TUR-Blase	148	→
<b>Harnröhrenoperationen/Penile Eingriffe</b>		
Einfache HR-Chirurgie	45	→
Komplexe HR-Chirurgie	11	↑
Komplexe Prothetik	3	→
<b>Steinbehandlung</b>		
ESWL	290	→
Endoskopisch URS/PCNL	62	→
Offene OP	5	↓
<b>Inkontinenz/Beckenboden</b>		
Suspensionsplastiken	11	↑
Beckenbodeninjektion	19	↑
Komplexe plastische OP	6	↑
<b>Operative Kinderurologie</b>		
Einfache Eingriffe	92	→
Komplexe Eingriffe	19	↑

<b>Nichtoperative Urologie</b>		
Chemotherapiezyklen	79	↑
Urodynamik	90	↑
Erektile Dysfunktion	51	↑
Uro-Endokrinologie	19	↑
Fertilitätsstörungen	7	↓
<b>Neue Verfahren</b>		
Laparoskopie seit 8/01	16	↑
Flexible Zystoskopie	Ab 11/02	-
Brachytherapie	Ab 10/02	-

#### 4.3 Angestrebte stationäre Verweildauern von wichtigen urologischen Interventionen bei gesicherter ambulanter fachärztlicher Kontrolle durch niedergelassene Urologen

Aufgrund der Entwicklungen im Gesundheitswesen und der Einführung eines Fallpauschalensystems (DRG) ab dem Jahr 2003 und 2004 ist mit deutlich sinkenden stationären Verweildauern zu rechnen. Entscheidend ist die qualifizierte Nachsorge bzw. Kontrolle nach stationärer Behandlung. Hier ist eine Zusammenarbeit von niedergelassenen Kollegen und der Klinik essentiell. Dies ist nur möglich, wenn die Behandlungsrichtlinien untereinander abgestimmt werden. Eine besondere Problematik ergibt sich im ländlichen Raum, da die Entfernungen vor allem für ältere Patienten zum niedergelassenen Kollegen bzw. Krankenhaus für Kontrolluntersuchungen teilweise unzumutbar sind.

Ambulanz = Ambulante Vorstellung in der Klinik in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen inkl. „vorstationär“ und/oder „nachstationär“  
Grundsätzlich ist zur Verkürzung der stationären Verweildauer und zur OP-Kapazitätsplanung eine „prästationäre“ Vorstellung in der Klinik in fast jedem Fall wünschenswert. Verweildauer „0“ Tage bedeutet ambulante Therapie in Abhängigkeit vom individuellen Fall möglich.

Facharzt = Vorbereitung bzw. Nachsorge durch niedergelassenen Facharzt

<b>Intervention</b>	<b>Vorbereitung</b>	<b>Verweildauer</b>	<b>Nachsorge</b>
BPH (TUR-P)	Facharzt	<b>3-6 Tage</b>	Facharzt
Blasentumor (TUR-B)	Facharzt	<b>3-6 Tage</b>	Facharzt
ESWL (1-2 Sitzungen)	Facharzt	<b>0-3 Tage</b>	Facharzt
Tumornephrektomie	Facharzt	<b>8-12 Tage</b>	Facharzt
Laparoskopische LAD	Ambulanz	<b>2-5 Tage</b>	Facharzt
Zystektomie	Facharzt	<b>18-24 Tage</b>	Facharzt, Ambulanz
Rad. Prostatektomie	Facharzt	<b>12-16 Tage</b>	Facharzt
Offene Prostatektomie	Facharzt	<b>8-12 Tage</b>	Facharzt
Ureterskopie (Stein)	Facharzt	<b>0-3 Tage</b>	Facharzt, Ambulanz
Nierenbeckenplastik	Facharzt	<b>8-12 Tage</b>	Facharzt, Ambulanz

Brachytherapie	Ambulanz	<b>0-4 Tage</b>	Facharzt, Ambulanz
Inkontinenz-OP	Ambulanz	<b>1-7 Tage</b>	Facharzt
Infertilität-OP	Ambulanz	<b>0-2 Tage</b>	Facharzt, Ambulanz
Epididymistherapie	Notfall	<b>2-5 Tage</b>	Facharzt
Zirkumcision	Ambulanz	<b>0-1 Tag</b>	Facharzt
Orchidolyse und -pexie	Ambulanz	<b>0-2Tag</b>	Facharzt
Reflux-Op	Ambulanz	<b>3-8 Tage</b>	Facharzt
Prothetik	Facharzt	<b>4-14 Tage</b>	Facharzt, Ambulanz
Hypospadiekorrektur	Ambulanz	<b>10-16 Tage</b>	Ambulanz

Die Dauer eines stationären Aufenthalts hängt entscheidend von den sozialen Umständen des einzelnen Patienten ab. Dies gilt vor allem für multimorbide ältere PatientenInnen. Weiterhin ist eine frühe Entlassung nur möglich, wenn die ambulante Nachsorge gewährleistet ist.