

Externe Qualitätssicherung der Krankenhäuser im Land Bremen 2017

Herausgegeben vom



im Auftrag des Lenkungsausschusses Qualitätssicherung Bremen



Anne-Conway-Straße 10
28359 Bremen
Telefon 0421. 24 10 251
Telefax 0421. 24 10 222
E-Mail qb@qbbremen.de
Internet www.qbbremen.de

In der Regel ist das Büro besetzt
montags bis freitags von 8.30-14.30

Mitarbeiterinnen:

Ulrike Lehr M.A., MPH

Gesundheits- und Sozialwissenschaftlerin, Krankenschwester
Leiterin

Sonja Kapp B.A.

Gesundheitswissenschaftlerin, Gesundheits- und Kinderkrankenschwester

Inhalt	Seite
Einführung.....	5
Lenkungsausschuss Qualitätssicherung Bremen.....	7
Fachgruppen in Bremen.....	9
Begriffe, Abkürzungen, Zeichen	11
Hinweise zu den Auswertungen.....	16
Aus den Fachgruppen	
Gefäßmedizin	
Karotis-Revaskularisation.....	17
Geburtshilfe und Neonatologie	
Geburtshilfe	18
Neonatologie	19
Operative Gynäkologie	
Gynäkologische Operationen.....	21
Mammachirurgie	23
Orthopädie/Unfallchirurgie	
Hüftgelenknahe Femurfraktur, osteosynthetische Versorgung	25
Hüftendoprothesenversorgung	27
Knieendoprothesenversorgung.....	30
Pflege	
Dekubitusprophylaxe	32
Pneumonie	
Ambulant erworbene Pneumonie.....	34
Kardiologie	
Herzschrittmacherimplantation	36
Herzschrittmacheraggregatwechsel	38
Herzschrittmacherexplantation/-revision/-systemwechsel.....	39
Implantierbare Defibrillatoren: Implantation	40
Implantierbare Defibrillatoren: Aggregatwechsel.....	41
Implantierbare Defibrillatoren: Explantation/Revision/Systemwechsel	42
Landesprojekte	
Todesfallkonferenz Neonatologie	45
MRE-Netzwerk Bremen	45
Anhang	
Anhang I: Datensatzvollständigkeit in Bremen.....	49
Anhang II: Grundlagen der externen stationären Qualitätssicherung.....	51
Anhang III: Bewertungsschema strukturierter Dialog.....	53

Einführung

Seit sechszehn Jahren wird der Bericht zu Ergebnissen und Erkenntnissen der externen stationären Qualitätssicherung und ihrer Umsetzung im Land Bremen veröffentlicht. In Terminologie und Zusammenfassung richtet er sich im Wesentlichen an die Fachöffentlichkeit. Gleichzeitig möchten wir die interessierte Öffentlichkeit erreichen und dem wachsenden Interesse an Information zu Fragen der Behandlungsqualität nachkommen. In der Berichterstattung beschränken wir uns auf Behandlungen und Krankheiten, die über die externe stationäre Qualitätssicherung erfasst werden.

Erfreulicherweise setzt sich der positive Trend der Auswertungsergebnisse in den meisten Leistungsbereichen fort: die Anzahl der an die Krankenhäuser gerichteten Anfragen (strukturierter Dialog) ist im Vergleich zu den Vorjahren erneut leicht gesunken. Damit bewegen sich die Auswertungsergebnisse auch für 2017 auf einem hohen Niveau. Erstmals liegen zu vier Leistungs-bereichen alle Ergebnisse innerhalb der bundesweit geltenden und geforderten Referenzbereiche.

Gleichwohl sind vier Fachgruppen wegen deutlichen Hinweises auf Struktur- und Prozessmängeln mit Krankenhausabteilungen und Geschäftsführungen in den Dialog getreten, um in Gesprächen Hintergründe zu analysieren und Verbesserungsmaßnahmen auf den Weg zu bringen, sofern die Verantwortlichen nicht bereits im laufenden Jahr durch entsprechendes Handeln reagiert hatten.

Graphische Darstellungen ergänzen und veranschaulichen die Entwicklung einzelner Indikatorergebnisse im zeitlichen Verlauf. Da die Grundlage zur Berechnung der Indikatoren im Laufe der Jahre immer wieder verfeinert und verbessert wurde, sind einige Ergebnisse aufgrund geänderter Rechenregeln nur eingeschränkt vergleichbar. Dieses bitten wir bei der Lektüre zu berücksichtigen.

Die statistischen Daten im Bericht wurden den Bremer Landesauswertungen sowie der Bundesauswertung des IQTiGs für 2017 entnommen.

Die diesjährigen Fachgruppenberatungen zeichneten sich wie in den Vorjahren durch ein hohes Engagement ihrer Mitglieder und lebendige Diskussionen aus.

Wichtige Erkenntnisse aus den Beratungen wurden als Vorschläge zur Weiterentwicklung des Verfahrens an die zuständigen Bundesfachgruppen weitergeleitet.

Nicht enthalten in dem Bericht sind Ergebnisse und Erkenntnisse zu definierten Qualitätsindikatoren aus der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, da diese nunmehr den so genannten planungsrelevanten Indikatoren zugeordnet werden und zumeist das IQTiG zuständig ist.

Im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung hat sich 2018 – die entsprechende Richtlinie gilt sowohl für Vertragsärzte als auch Krankenhäuser – die für die Verfahren verantwortliche Landesarbeitsgemeinschaft in Bremen gegründet, die sich aus Mitgliedern der Krankenkassen, der kassenärztlichen und -zahnärztlichen Vereinigung sowie der Krankenhausgesellschaft zusammensetzt und weitere Schritte zur Umsetzung der Richtlinie auf den Weg gebracht.

Das Qualitätsbüro Bremen freut sich über Rückmeldungen zu dem Bericht und steht Ihnen für ergänzende Informationen zu den Verfahren der externen Qualitätssicherung gern zur Verfügung.

Ab Mitte Dezember 2018 wird dieser Bericht auch unter www.qbbremen.de abrufbar sein.

Allen Beteiligten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kliniken und der beteiligten Institutionen im Lande Bremen sei an dieser Stelle sehr herzlich für ihren Einsatz und die gute, vertrauensvolle Zusammenarbeit gedankt.

Bremen, im Dezember 2018

Lenkungsausschuss Qualitätssicherung Bremen

Vorsitz: Herr Jürgen Scholz

Stellvertr. Vorsitz: Herr Prof. Dr. Tido Junghans

Mitglieder:

AOK Bremen/Bremerhaven

N.N.

Vertretung: Frau Daniela Rywak

BKK-Landesverband Mitte, Landesvertretung Bremen

Herr Stephan Hartmann

Vertretung: Frau Julia Wolke

IKK Landesverband Bremen

Herr Jörg Seifert

Vertretung: N. N.

vdek-Landesvertretung Bremen

Herr Ralf-Peter Bahlo

Vertretung: Frau Kathrin Herbst

Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e. V.

Herr Jürgen Scholz

Herr Prof. Dr. Tido Junghans

Vertretung: Herr Uwe Zimmer

Ärztammer Bremen

Frau Dr. Heidrun Gitter

Herr Dr. Klaus Hermes

Vertretung: Frau PD Dr. Heike Delbanco

Bremer Pflegerat

Frau Hille Glaeseker

Vertretung: Frau Heidrun Pundt

Patientenvertretung

Frau Sabine Bütow, Netzwerk Selbsthilfe

Fachgruppen im Land Bremen

Geburtshilfe und Neonatologie

Vorsitz: Herr Dr. Körner, Klinikum Links der Weser

Stellvertretung: Herr Dr. Petersen, Klinikum Links der Weser

Gefäßmedizin

Vorsitz: Herr Prof. Dr. Wenk, Klinikum Bremen-Nord

Stellvertretung: Herr Dr. Marquardt, Rotes Kreuz Krankenhaus

Kardiologie

Vorsitz: Herr Dr. Fach, Klinikum Links der Weser

Stellvertretung: Herr Prof. Dr. Christian Koch, Rotes-Kreuz-Krankenhaus

Operative Gynäkologie

Vorsitz: Herr Dr. Kemnitz, Klinikum Bremen-Mitte

Stellvertretung: Frau Schickhaus, Klinikum Links der Weser

Orthopädie/Unfallchirurgie

Vorsitz: Herr Dr. den Hertog, Paracelsus-Klinik Bremen

Stellvertretung: N.N.

Pflege

Vorsitz: Frau Plötz, Rotes-Kreuz-Krankenhaus

Stellvertretung: Frau Sentker, Krankenhaus St.-Joseph-Stift

Pneumonie

Vorsitz: Herr Dr. Baumann, Aneos-Klinikum Am Bürgerpark Bremerhaven

Stellvertretung: Herr Prof. Dr. Herget-Rosenthal, Rotes-Kreuz-Krankenhaus

Begriffe, Abkürzungen, Zeichen

Angiographie

Darstellung der Gefäße (meist Blutgefäße) mittels bildgebender Diagnostik, z.B. Röntgen.

Ankylose

Versteifung eines Gelenkes, das natürlicherweise beweglich ist.

APGAR (A**tmung**, P**uls**, G**rundtonus**, A**ussehen**, R**eflexe**)

Dieser Bewertungsindex dient der Beurteilung des Zustandes eines Neugeborenen. Er wird in der 1., 5. und 10. Minute nach der Geburt erhoben. Pro Kriterium werden 0-2 Punkte vergeben, somit sind maximal 10 Punkte pro Erhebung möglich. Optimal ist ein Ergebnis von 9-10 Punkten.

ASA (A**merican S**ociety of **A**naesthesiologists)

Einstufung des Gesundheitszustandes der Patienten:

ASA 1: normaler, ansonsten gesunder Patient

ASA 2: Patient mit leichter Allgemeinerkrankung

ASA 3: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung

ASA 4: Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung

ASA 5: moribunder Patient (sehr schwer erkrankter Patient), der ohne Operation vermutlich nicht überleben wird.

Asphyxie

Drohender Erstickungszustand in Folge eines Absinkens des arteriellen Sauerstoffgehaltes (Hypoxämie) und/oder einer Kohlenstoffdioxydanreicherung im Blut (Hyperkapnie).

Axilladissektion

Entfernung von Lymphknoten in der Achselhöhle.

Azidose

Störung des Säure-Basen-Haushaltes in Richtung einer Übersäuerung.

BeT

Brust erhaltende Therapie.

CAP (C**ommunity a**cquired **p**neumonia)

Ambulant (außerhalb eines Krankenhauses) erworbene Lungenentzündung.

CRB-65

Punkteskala, aus der Aussagen zur Schwere einer Lungenentzündung und zum Heilungsverlauf abgeleitet werden. Folgende Kriterien sind Bestandteil des Scores CRB-65:

- pneumoniebedingte Desorientierung (Mental **C**onfusion)
- spontane Atemfrequenz: 30 Atemzüge und mehr pro Minute (**R**espiratory rate)
- Blutdruck: systolisch unter 90 mmHg oder diastolisch unter 60 mmHg (**B**lood pressure)
- Alter: **65 Jahre und älter**

CRP (C**-**reaktives **P**rotein im Serum)

Das C-reaktive Protein als ein Entzündungsparameter steigt in der Akutphase massiver Entzündungsprozesse stark an. Die wiederholte Bestimmung im Verlauf dient der Kontrolle des Therapieerfolges.

CRT (C**ardiac R**esynchronization **T**herapy; kardiale Resynchronisationstherapie)

Patienten erhalten bei bestimmten Formen der Herzschwäche (Herzinsuffizienz) spezielle Herzschrittmacher, um die Pumpleistung des Herzens zu erhöhen und damit Symptomatik und Leistungsfähigkeit zu verbessern.

CT-Angiographie (Computertomographie-Angiographie)

Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Gefäße.

CTG (Cardiotocography)

Verfahren zur gleichzeitigen Messung der Herztöne des Kindes und der Wehentätigkeit der Mutter während der Schwangerschaft.

Cutting-Out

Schraubenausrisse nach osteosynthetischer Behandlung von Oberschenkelhalsfrakturen mit Gammanagel. Dabei perforiert das Gewinde der Tragschraube den Oberschenkelkopf.

DCIS (Ductales Carcinoma in situ)

Eine krankhafte Zellwucherung in den Milchgängen der weiblichen Brust. Es handelt sich um entartete Zellen, die jedoch die Trennungsschicht zum Gewebe (Basalmembran) noch nicht durchbrochen haben.

DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information)

Dieses Institut entwickelt u.a. die Diagnose- (ICD) und Prozedurencodes (OPS) und passt sie regelmäßig an. Diese Informationen werden unter anderem zur Auslösung der Dokumentationspflicht im Verfahren benötigt.

Extirpation

Vollständige Entfernung von Organen, umschriebenem Gewebe oder einzelnen Lymphknoten.

Frühgeborenenretinopathie/ROP (Retinopathy of prematurity)

Netzhauterkrankung bei Frühgeborenen

IQTiG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen)

Das Institut wurde 2015 vom Gemeinsamen Bundesausschuss als Stiftung gegründet. Schwerpunkte seiner Aufgaben liegen in der Entwicklung von Instrumenten der Qualitätssicherung, deren Weiterentwicklung und geeigneten Formen der Publikation.

Ischämie

Minderdurchblutung oder Durchblutungsausfall eines Gewebes, z. B. durch Verengung oder Verschluss eines Gefäßes.

IVH bei Frühgeborenen (Intraventrikuläre Hirnblutung)

Gehirnblutung in die Hirnwasserräume (Hirnventrikel).

Kollegiales Gespräch

Bei Referenzbereichsabweichungen oder seltenen Komplikationen werden besondere Sachverhalte von der betreffenden Abteilung in einem Gespräch mit der Fachgruppe oder mit Vertretern aus der Fachgruppe ausführlich erörtert.

Kontralateral

Fachausdruck für: auf der gegenüberliegenden Seite befindlich.

MACCE (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Event)

Schwere Komplikationen am Herzen oder im Gehirn wie Herzinfarkt oder Schlaganfall.

Modul

Definierte Leistungseinheit, Beispiel: Modul 18/1: Bestimmte Operationen aus dem Gebiet der Mammachirurgie (Operationen an der Brustdrüse). Die Zählweise ist angelehnt an die Nummerierung der früheren Fallpauschalen und Sonderentgelte.

M&M-Konferenzen

Interdisziplinäre Besprechungen von schweren Therapieverläufen oder tödlich verlaufenden Behandlungen.

NASCET (North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial)

Beschreibt den Stenosegrad (Grad der Gefäßverengung) bezogen auf den Gefäßdurchmesser der Karotisarterie (Halsschlagader) an einer definierten Stelle.

Nosokomiale Infektion

Infektion, die während eines Aufenthaltes und/oder einer Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung verursacht wurde.

o/e

Methode zur Risikoadjustierung von Ergebnissen. Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (observed/expected).

Nervus Peroneus

Wadenbeinnerv. Bei Schädigung oder Kompression kann eine Peroneusparese (Lähmung) auftreten, die oftmals nur vorübergehend ist und in der Regel gut behandelt werden kann.

Prophylaxe

Vorbeugende Maßnahme zur Verhütung von Erkrankungen.

PTA (Perkutane transluminale Angioplastie)

Verfahren zur Erweiterung bzw. Wiedereröffnung von verengten oder verschlossenen Blutgefäßen; hierzu wird mittels eines Katheters ein kleiner Ballon in das Blutgefäß eingeführt.

PVH (Periventrikuläre Hirnblutung)

Blutung in die Nähe der mit Hirnwasser gefüllten Räume, die insbesondere bei extrem Frühgeborenen auftritt.

PVL (Periventrikuläre Leukomalazie)

Schädigung der weißen Substanz im Gehirn aufgrund erheblichen Sauerstoffmangels. PVL ist insbesondere bei Frühgeborenen im Säuglingsalter anzutreffen.

Qualitätsindikator

Definiertes Merkmal, das eine Aussage über die Güte von Behandlungen ermöglichen soll. Idealerweise ist ein Qualitätsindikator ein Maßstab, um gute von schlechter Qualität zu unterscheiden.

Referenzbereich

Richtwertbereich. Werte ober- bzw. unterhalb dieses Bereiches gelten als rechnerisch auffällig.

Risikoadjustierung

Das Einbeziehen von Einflussgrößen wie Begleiterkrankungen oder ASA-Klassifikation in die Berechnung eines Qualitätsindikators. Sie soll der besseren Vergleichbarkeit von Ergebnissen dienen und eine einheitliche Bewertung ermöglichen. Die Entwicklung von Rechenmodellen hierfür ist sehr komplex.

R0-Resektion

Entfernung eines Tumors im Gesunden. Am Resektionsrand lässt sich histologisch kein Tumorgewebe nachweisen.

Sentinel event

Bereits ein einziger Vorfall stellt eine rechnerische Auffälligkeit dar und bedarf automatisch der Abklärung (Beispiel Geburtshilfe: Müttersterblichkeit).

Sepsis

Komplexe systemische Entzündungsreaktion des Körpers, die auf eine Infektion durch Bakterien, Viren oder auch Pilze zurückzuführen ist. Die Sepsis geht immer von einer zunächst lokal begrenzten Infektion aus. Grundsätzlich kann jede Infektion zu einer Sepsis führen.

SIRS (Systemisches inflammatorisches Response Syndrom)

Systemische Entzündungsreaktion, die im gesamten Körper stattfindet. Es wird unterschieden zwischen SIRS ohne und mit infektiösem Ursprung (Sepsis).

SSW

Schwangerschaftswoche

Stenose

Verengung, Engstelle z. B. in einem Blutgefäß.

Stent

Gefäßstütze (Implantat) zur Offenhaltung von Hohlororganen (z.B. Gefäße). Meist handelt es sich dabei um rohrförmige Gittergerüste aus Metall oder Kunststoffen.

Strukturierter Dialog

Im Rahmen der externen Qualitätssicherung erheben Krankenhäuser zu definierten Behandlungen Daten, die nach bundesweiten Vorgaben ausgewertet werden. Die Ergebnisse werden den Kliniken zurückgespiegelt und in den Expertengremien, den Fachgruppen, beraten. Abweichungen von den bundesweit einheitlichen Referenzwerten werden im Dialog mit den jeweiligen Krankenhäusern kritisch hinterfragt. Dabei wird auch geprüft, ob und welche Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung notwendig sind. Hier haben die Verantwortlichen in den Kliniken die Möglichkeit, im kollegialen Dialog voneinander zu lernen. Im Jahresvergleich wird dann kontrolliert, ob die Verbesserungsmaßnahmen erfolgreich waren.

Synkope

Kurze Bewusstlosigkeit (Sekunden bis Minuten) infolge einer gestörten Durchblutung des Gehirns mit Verlust der Haltungskontrolle.

Hinweise zu den Auswertungen

Im Folgenden sind die einzelnen Leistungsbereiche mit ihren Qualitätsindikatoren und den Ergebnissen hierzu für 2017 angeführt. Neben den Landes- und Bundesergebnissen sind in der Regel die Spannweiten zu den Ergebnissen im Land Bremen dargestellt. Sofern ein bundesweiter Referenzbereich vorliegt, ist er in der rechten Spalte abzulesen. Das „Ergebnis Bremen“ errechnet sich aus allen Fällen (Land Bremen). Analog gilt dies für die Berechnung „Ergebnis Bund“: Herangezogen werden Daten der jeweiligen Krankenhäuser bundesweit.

Verschiedentlich wird der Text ergänzt um Graphiken, die die Entwicklung von Indikatorergebnissen im zeitlichen Verlauf darstellen. Sofern sich die Berechnungsgrundlagen in den betrachteten Zeiträumen derart geändert haben, dass ein Vergleich nur noch eingeschränkt möglich ist, ist dies gekennzeichnet.

Karotis-Revaskularisation (Modul 10/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 443

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
603	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	98,96	99,12	96,77-100,00	%	>= 95,00
604	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	99,82	100,00		%	>= 95,00
52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	17 (= 6,64%)	0		Fälle	sentinel event
11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle - offen-chirurgisch	1,10	1,19	0,00-2,14	O/E	<= 2,90
11724	Schwere Schlaganfälle oder Todesfälle - offen-chirurgisch	1,17	0,65	0,00-1,68	O/E	<= 3,95
Indikatorengruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod - offen-chirurgisch						
605	...bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose	1,25	2,04	0,00-5,56	%	nicht definiert
606	...bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose	2,92	0,00		%	nicht definiert
51859	...bei symptomatischer Karotisstenose	3,26	3,48	0,00-25,00	%	nicht definiert
51437	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	98,53	100,00		%	>= 95,00
51443	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	99,56	100,00		%	>= 95,00
51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle - kathetergestützt	1,00	0,77	0,00-1,47	O/E	<= 2,82
51865	Schwere Schlaganfälle oder Todesfälle - kathetergestützt	1,05	0,97	0,00-3,40	O/E	<= 4,26
Indikatorengruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod - kathetergestützt						
51445	...bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose	1,86	0,00		%	nicht definiert
51448	...bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose	1,68	0,00		%	nicht definiert
51860	...bei symptomatischer Karotisstenose	3,60	1,72	0,00-4,17	%	nicht definiert

Aus den Fachgruppenberatungen:

Für dieses Jahr wurde kein strukturierter Dialog ausgelöst, da die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren aller Bremer Krankenhäuser innerhalb der vorgegebenen Referenzbereiche lagen.

Geburtshilfe (Modul 16/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 9.720 (9.969 Kinder)

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
52249	Kaiserschnittgeburten	0,99	0,92	0,83-0,98	O/E	<= 1,25
51831	Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	1,01	0,90	0,00-2,23	O/E	<= 5,10
321	Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	0,21	0,34	0,15-0,57	%	nicht definiert
51397	Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	1,05	1,68	0,79-2,84	O/E	nicht definiert
51181	Dammrisse Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten	1,02	0,96	0,18-1,82	O/E	<= 2,10
331	Müttersterblichkeit im Rahmen der Perinatalerhebung	21 (=0,00%)	0		Fälle	sentinel event

Aus den Fachgruppenberatungen:

Die bundesweiten Referenzbereiche wurden zu allen Indikatorergebnissen von den Krankenhäusern Bremens erreicht, ein strukturierter Dialog wurde daher nicht ausgelöst.

	Sectio caesarea (Entbindungen per Kaiserschnitt Bund und Bremen)			
	Bund: 776.188 Kinder*			
	Bremen: 9.969 Kinder*			
	absolut		in %	
	Bund	Bremen	Bund	Bremen
Per Kaiserschnitt entbunden (insgesamt)	248.444	3.038	32,01	30,48%
Kaiserschnitt war geplant (=primäre Sectio caesarea)	106.526	1.371	13,72%	13,75%
Entscheidung zum Kaiserschnitt fiel im Geburtsverlauf (=sekundäre Sectio caesarea)	123.001	1.667	15,85%	16,72%
Sectio caesarea ohne nähere Angaben	18.917	54	2,44%	0,54%

*alle lebend- und totgeborene Kinder

Fünf Qualitätsindikatoren (Anwesenheit eines Pädiaters sowie antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten, E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitten, perioperative Antibiotikagabe bei Kaiserschnittentbindungen und Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen) wurden als planungsrelevante Qualitätsindikatoren in die zuständige Richtlinie aufgenommen. Die Kommunikation über Ergebnisse und Abweichungen findet weitgehend auf der Bundesebene und ohne Einbindung der Landesgremien statt. Informationen zu der Richtlinie können auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschuss abgerufen werden (<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/91/>).

Neonatologie (Modul Neo)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1.949

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
Indikatorengruppe: Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten						
51070	Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)	302 (=0,33%)	3 (=0,19%)	0-1	Fälle	sentinel event
51832	Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen* (ohne zuverlegte Kinder)	4,19	1,76	0,00-2,61	%	nicht definiert
51837	Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen* (ohne zuverlegte Kinder)	0,99	0,44	0,00-0,52	O/E	nicht definiert
Indikatorengruppe: Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)						
51076	...bei sehr kleinen Frühgeborenen* (ohne zuverlegte Kinder)	3,29	2,40	0,00-3,54	%	nicht definiert
50050	...bei sehr kleinen Frühgeborenen* (ohne zuverlegte Kinder)	0,88	0,59	0,00-0,67	O/E	nicht definiert
Indikatorengruppe: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)						
51838	...bei sehr kleinen Frühgeborenen* (ohne zuverlegte Kinder)	1,46	0,00		%	nicht definiert
51843	...bei sehr kleinen Frühgeborenen* (ohne zuverlegte Kinder)	1,25	0,00		O/E	nicht definiert
Indikatorengruppe: Zystische periventriculäre Leukomalazie (PVL)						
51077	...bei sehr kleinen Frühgeborenen* (ohne zuverlegte Kinder)	1,33	0,00		%	nicht definiert
50051	...bei sehr kleinen Frühgeborenen* (ohne zuverlegte Kinder)	0,95	0,00		O/E	nicht definiert
Indikatorengruppe: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)						
51079	...bei sehr kleinen Frühgeborenen* (ohne zuverlegte Kinder)	5,61	6,58	0,00-15,38	%	nicht definiert
50053	...bei sehr kleinen Frühgeborenen* (ohne zuverlegte Kinder)	0,90	1,26	0,00-5,84	O/E	nicht definiert
Indikatorengruppe: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)						
51078	...bei sehr kleinen Frühgeborenen* (ohne zuverlegte Kinder)	3,52	4,00	0,00-5,88	%	nicht definiert
50052	...bei sehr kleinen Frühgeborenen* (ohne zuverlegte Kinder)	1,07	1,13	0,00-1,16	O/E	nicht definiert
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	0,97	0,71	0,00-1,69	O/E	<= 2,08
50060	Kinder mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder)	1,00	0,65	0,00-0,74	O/E	<= 2,53
50062	Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)	0,94	0,66	0,00-1,17	O/E	<= 2,50
52262	Zunahme des Kopfumfanges	9,59	10,64	0,00-14,29	%	<= 22,20
50063	Durchführung eines Hörtests	97,81	98,48	96,46-100,00	%	>= 95,00
Indikatorengruppe: Temperatur bei Aufnahme						
50069	Sehr kleine Frühgeborenen* mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad	0,82	1,74	0,00-3,94	O/E	<= 2,18
50074	Risiko-Lebendgeburten mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad	0,96	1,13	0,00-1,90	O/E	<= 2,12

*Geburtsgewicht unter 1500g

Aus den Fachgruppenberatungen:

In wenigen Fällen lag eine **Aufnahmetemperatur unter 36 Grad Celsius** vor. Maßnahmen zur Wärmeregulierung wurden umgehend getroffen. Von der Fachgruppe wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel identifiziert, weshalb dem Haus dringend empfohlen wurde, geeignete Maßnahmen einzuleiten, die zukünftig eine Unterkühlung der Kinder vermeiden.

In drei Häusern war jeweils ein Kind **verstorben**. In einem Fall war bereits vor der Geburt eine schwere kardiologische Erkrankung (fetale Kardiomyopathie mit Hydrops) bekannt, in deren Folge das Kind bei frustriert verlaufenen intensivmedizinischen Maßnahmen kurz nach der Geburt verstorben ist.

Nach Notfallkaiserschnitt auf Grund eines pathologischen CTGs in einer auswärtigen Geburtsklinik wies ein Kind bei schwerer Asphyxie keine Lebenszeichen auf, nach Reanimation und Intubation wurde es zur weiteren Behandlung in eine Kinderklinik verlegt. Eine Stabilisierung des kritischen Zustandes konnte dort nicht erreicht werden, so dass die Therapie bei infauster Prognose (Versagen aller Organe) nach Rücksprache mit den Eltern beendet wurde.

Ein Reifgeborenes ist in einem anderen Haus nach unauffälligem Geburts- und postpartalem Verlauf plötzlich verstorben. Eine eindeutige Ursache konnte auch durch ein rechtsmedizinisches Gutachten nicht festgestellt werden.

Nach Einschätzung der Fachgruppe lagen allerdings Hinweise auf Prozess- und Strukturmängel bezüglich der Notfallmaßnahmen vor. Die Hintergründe hierzu wurden gemeinsam in einem Gespräch zwischen Abteilungsleitung und der Fachgruppe analysiert und Maßnahmen zur Verbesserung der Notfallversorgung entwickelt. Diese sind zeitnah umzusetzen, über den Stand der Umsetzung wird der Fachgruppe im nächsten Jahr berichtet.

Weitere Abweichungen zu Referenzbereichen lagen nicht vor.

Gynäkologische Operationen (Modul 15/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1.874

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
52535	Beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen bis 45 Jahren	63 (=19,38%)	0,00		Fälle	sentinel event
60685	Entfernung des Ovars oder der Adnexe	725 (=1,54%)	17 (=0,79%)	0-10	Fälle	sentinel event
60686	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen von 46-55 Jahren und Ovar- oder Adnexeingriffe mit benigner Histologie	21,17	29,03	8,33-50	%	<= 44,45
612	Organerhaltung bei Ovariectomien bei Patientinnen bis 45 Jahre	87,66	81,45	73,02-100	%	>= 72,82
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	2,77	2,26	0,00-3,03	%	<= 5,59

Aus den Fachgruppenberatungen:

Aufgrund von Referenzbereichsüberschreitungen hatte die Bremer Fachgruppe operative Gynäkologie zu zwei Indikatoren Stellungnahmen eingefordert. Die Erläuterungen zu den beschriebenen Einzelfalldarstellungen des Indikators **beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Ovar- oder Adnexeingriffen bei benigner Histologie** hatte die Fachgruppe zu folgenden Fällen als plausibel und begründet gewertet:

Bei präoperativem Verdacht auf malignes Geschehen rechts wünschte eine Patientin ausdrücklich eine Adnektomie. Im Vorfeld wurde das Vorgehen mit der Patientin ausführlich besprochen und gemeinsam eine kontralaterale Adnektomie bei suspektem intraoperativem Befund links (der sich intraoperativ tatsächlich zeigte) vereinbart.

Trotz deutlichen Hinweises über Folgen der Hormonveränderungen im präoperativen Aufklärungsgespräch hatte sich eine Patientin zu einer beidseitigen Adnektomie bei Endometriose mit Verdacht auf Lungenbeteiligung entschieden.

Eine andere Patientin entwickelte bei Zustand nach embryonalem Tumor einen erneut großen Tumor ohne erkennbares Ovarialgewebe; das Ovar musste nach Einschätzung der Fachgruppe entfernt werden. In einem weiteren Fall erfolgte die Organentfernung wegen des erhöhten Brustkrebsrisikos einer BRCA 1-Mutationsträgerin. Dieser Fall war fälschlicherweise nicht mit der vorgesehenen Ausschlussdiagnose verschlüsselt worden.

Als nicht plausibel und qualitativ auffällig gewertet wurden die Ergebnisse eines Hauses mit überdurchschnittlich vielen betroffenen Patientinnen in oben genanntem Indikator (Altersgruppe bis 45 Jahre) und im Indikator der **Altersgruppe 46-55 Jahre**.

Nach Einschätzung der Fachgruppe wurde nicht in allen Fällen die Entscheidung zur Organentfernung hinreichend begründet. So war für sie der Umfang der durchgeführten präoperativen Diagnostik nicht erkennbar, sie vermisste Erläuterungen zu Untersuchungen, die der Erhärtung einer Verdachtsdiagnose dienen (z. B. ergänzende bildgebende Verfahren bei unklaren Befunden, intraoperative Einschätzung am Ovar).

Darüber hinaus stellte die Fachgruppe erhebliche Dokumentationsfehler zu beiden Indikatoren fest.

In einem Gespräch zwischen Abteilungsleitung und Fachgruppe wurden Hintergründe der Abweichungen eingehend analysiert und Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und der Dokumentationsqualität auf den Weg gebracht. Über den Stand der Umsetzung und Ergebnisse wird der Fachgruppe im kommenden Jahr berichtet.

Drei Qualitätsindikatoren (fehlende Histologie, Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen und vollständige Entfernung von Ovar oder Adnexe ohne pathologischen Befund) werden seit 2017 den so genannten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zugerechnet und bis auf wenige Ausnahmen nicht von den Landesgremien bearbeitet und beraten.

Die übrigen Ergebnisse der Bremer Kliniken im Leistungsbereich wurden als unauffällig gewertet.

Mammachirurgie (Modul 18/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1.477

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	97,16	97,78	89,13-100,00	%	>= 90,00
52268	HER2-Positivitätsrate	13,15	13,09	9,09-15,10	%	nicht definiert
52267	Niedrige HER2-Positivitätsrate	0,96	0,97	0,65-1,18	O/E	>= 0,39
52278	Hohe HER2-Positivitätsrate	0,96	0,97	0,65-1,18	O/E	<= 1,74
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und Brust erhaltender Therapie	7,58	10,00	0,00-33,33	%	<= 11,52
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	96,05	96,19	77,27-100,00	%	>= 90,00
51370	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation	6,33	3,19	0,00-9,00	%	<= 18,44
60659	Nachresektionsrate	16,03	15,11	5,22-28,89	%	nicht definiert

Aus den Fachgruppenberatungen:

Vor dem Hintergrund der eindeutigen Befunde (exulzierende Mammakarzinome), des hohen Alters und der Multimorbidität, zum Teil auch der mentalen Verfassung der Patientinnen wertete die Fachgruppe die diskrete Unterschreitung des Referenzbereichs zum Indikatorergebnis **prätherapeutische histologische Diagnosesicherung** als nicht qualitativ auffällig.

Auch zu den zwei geschilderten Fällen mit **axillärer Lymphknotenentnahme bei DCIS und Brust erhaltenden Therapie (BeT)** konnte die Fachgruppe keinen Hinweis auf Mängel in der medizinischen Versorgung erkennen: Eine Patientin war u. a. durch eigene Erkrankung vor mehr als zehn Jahren auf der kontralateralen Seite und den aktuellen Verdacht sehr sensibilisiert, so dass eine SNLB in Betracht gezogen und durchgeführt wurde. Laut pathologischem Befund war ein invasives Karzinom nicht auszuschließen.

Bei der zweiten Patientin ergab sich histologisch der Verdacht auf ein enkapsuliertes papilläres Karzinom bzw. intraduktales papilläres Karzinom, so dass von einem malignen Prozess ausgegangen und daher in der interdisziplinären Tumorkonferenz die Entscheidung zur SNLB getroffen wurde. Eine weitere Stanzbiopsie des Brustgewebes hätte nicht zwangsläufig die Diagnose gesichert.

Bei histologisch gesicherten Karzinomen wurden intraoperativ vereinzelt vergrößerte axilläre Lymphknoten per Sampling entfernt. Dieses Vorgehen hatte zur Unterschreitung des Referenzbereichs zum Indikator **Indikation zur SNLB** geführt. Der Fachgruppe zufolge ist die SNLB die Untersuchung der Wahl und einer axillären Dissektion grundsätzlich vorzuziehen. Die beschriebenen Fälle stellten ihrer Einschätzung nach Ausnahmen dar – das Vorgehen der Klinik wertete sie als nachvollziehbar und plausibel.

Vor dem Hintergrund fragwürdiger fachlicher Entscheidungen zur SNLB bei DCIS sowie konstatierter Dokumentationsprobleme, die auf Prozessmängel schließen lassen, wurde ein kollegiales Gespräch zwischen Abteilungsleitung eines Krankenhauses und Fachgruppe geführt, das in einer Vereinbarung mündete. In dieser wurden Maßnahmen festgelegt, die der Verbesserung der Behandlungsqualität dienen sollen.

Die übrigen Ergebnisse der Bremer Krankenhäuser waren weder rechnerisch noch qualitativ auffällig.

Die Indikatoren primäre Axilladissektion bei DCIS, intraoperative Präparatradiografie oder Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung sowie intraoperative Präparatradiografie oder Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung sind den planungsrelevanten Indikatoren zugeordnet, weshalb die Beratung der Ergebnisse im strukturierten Dialog auf Landesebene in der Regel nicht vorgesehen ist.

Hüftgelenknahe Femurfraktur, osteosynthetische Versorgung (Modul 17/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 666

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
54030	Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	16,23	13,66	1,45-28,57	%	<= 15,00
54050	Sturzprophylaxe	92,57	97,60	92,86-100,00	%	>= 80,00
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,08	1,38	0,00-2,32	O/E	<= 2,35
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,15	1,05	0,00-4,94	%	<= 4,37
54036	Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen	0,96	1,33	0,00-5,33	O/E	<= 4,92
54040	Wundhämatome/Nachblutungen	0,73	0,28	0,00-1,18	O/E	<= 3,54
54042	Allgemeine Komplikationen	1,00	1,07	0,00-1,70	O/E	<= 2,29
54046	Todesfälle	1,00	0,94	0,00-1,66	O/E	<= 2,02

Aus den Fachgruppenberatungen:

Die Anfragen zum Leistungsbereich waren im Vergleich zum Vorjahr leicht rückläufig, einige Kliniken haben ihr Vorjahresergebnis z. T. um mehr als 20% gesteigert. Deutlich gebessert hat sich das Ergebnis Bremen gesamt zur **präoperativen Verweildauer bis 24 h**, wie Abbildung 1 zu entnehmen ist. Dieses hat sich im Vergleich zum Vorjahr um etwa 5% nochmals verbessert und liegt nun auch innerhalb des Referenzbereiches. Das Bundesergebnis wurde zwei Jahre in Folge unterschritten.

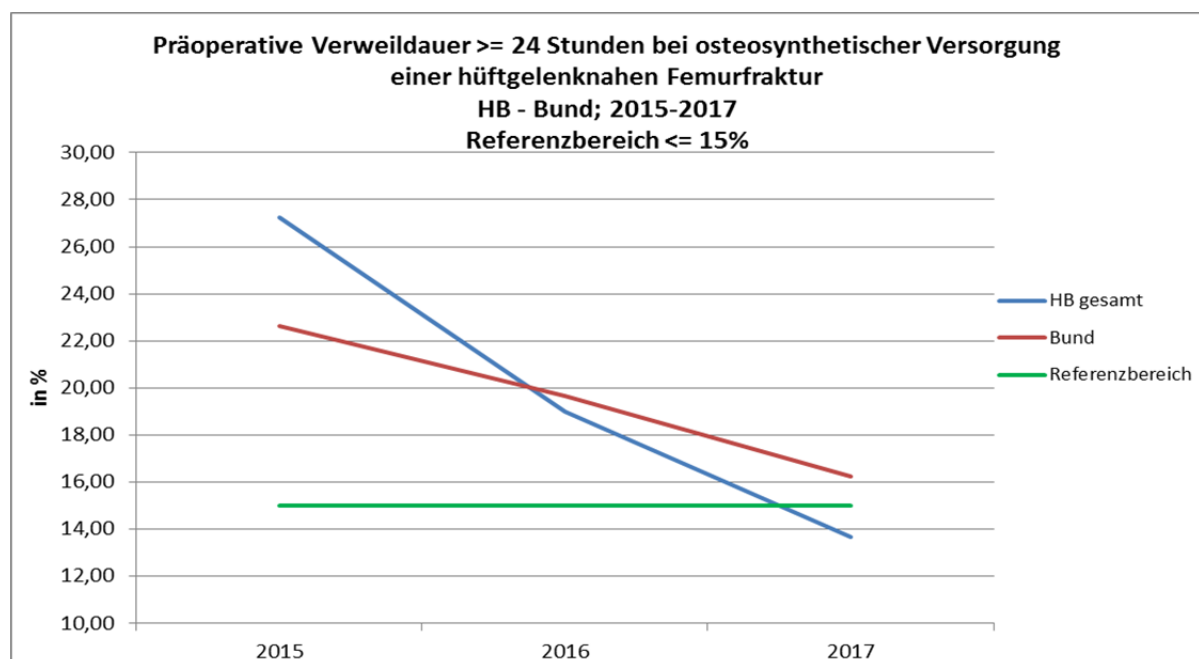


Abbildung 1: Präoperative Verweildauer >= 24 Stunden

Das Ergebnis eines Krankenhauses hatte sich im Längsschnittvergleich zwar deutlich verbessert und die Begründung für Verzögerungen wurde für einige Fälle als nachvollziehbar gewertet. In anderen hätte nach Einschätzung der Fachgruppe durch Optimierung einiger Prozesse die präoperative Verweildauer weiter verkürzt werden können; ihrer Einschätzung zufolge sind Elektiveingriffe zugunsten von Notfällen oder dringenden Operationen zurückzustellen.

Als grundsätzliches Problem indes wertete die Bremer Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie die fehlenden Operationskapazitäten am Wochenende seit mittlerweile zwei Jahren. Sie hält es für nicht akzeptabel, unfallchirurgische Notfallversorgung regelhaft nicht durchgehend an allen Wochentagen anzubieten. Längere präoperative Verweilzeiten gehen mit erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken einher. In einem kollegialen Gespräch mit Abteilungsleitung und Geschäftsführung wurden Maßnahmen zur Verkürzung der präoperativen Verweilzeiten vereinbart, über Ergebnisse und Stand der Umsetzung ist der Fachgruppe gegenüber zu berichten.

Ein Großteil der überwiegend multimorbiden Patienten einer anderen Klinik musste präoperativ zunächst stabilisiert werden. Vereinzelt verzögerte sich die endgültige Diagnose, da kein eindeutiger Hinweis auf eine hüftgelenknahe Femurfraktur vorgelegen hatte und der Verdacht durch weitere bildgebende Verfahren wie CT verifiziert werden musste. Die Fachgruppe wertete die Erläuterungen als nachvollziehbar und plausibel.

Die Fachgruppe beobachtet eine stetig größer werdende Gruppe von Patienten, die neue bzw. direkte orale Antikoagulantien (NOAKs/DOAKs wie z. B. Eliquis®) einnehmen. Die Hersteller empfehlen, die Medikamente 24 Stunden präoperativ abzusetzen, um die intra- und postoperative Blutungsgefahr zu reduzieren. Vereinzelt kann das Blutungsrisiko durch PPSB-Gaben oder die Verwendung von Tranexansäure vermindert werden.

Zwei weitere Krankenhäuser haben das Indikatorergebnis stetig verbessert, ein Haus hatte den Referenzbereich marginal überschritten. Nach Einschätzung der Fachgruppe waren die vorgestellten Verläufe und Begründungen für längere Verweilzeiten gut begründet.

Als ebenfalls medizinisch begründet schätzte die Fachgruppe die Ergebnisse zu den Indikatoren **spezifische Komplikationen** und **Implantatfehlage** ein. Die Klinik hatte Patienten bis Mitte 60 Jahre und medialer Schenkelhalsfraktur vorwiegend gelenkerhaltend operiert. Vereinzelt wurden Implantatfehlagen durch Stürze oder Nachsinterungen hervorgerufen. Die Fehllagen konnten erfolgreich korrigiert werden, in einem Fall war nach erneutem Sturz der Wechsel auf eine Endoprothese nötig.

Hüftendoprothesenversorgung (Modul HEP)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 2.733

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
54001	Indikation zu Hüftendoprothesen-Erstimplantationen	96,65	98,80	90,00-100	%	>= 90,00
54002	Indikation zu Hüftendoprothesen-Wechseleingriffen	92,87	96,32	83,33-100	%	>= 86,00
54003	Präoperative Verweildauer länger als 48 Stunden bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	15,63	8,52	3,77-14,52	%	<= 15,00
54004	Sturzprophylaxe	95,00	98,01	85,19-100	%	>= 80,00
54015	Allgemeine Komplikation bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	11,11	11,71	0,00-23,61	%	<= 24,30
54016	Allgemeine Komplikation bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	1,62	2,35	0,00-10,00	%	<= 6,03
54017	Allgemeine Komplikation bei Hüftendoprothesenwechsel/-Komponentenwechsel	6,21	8,68	0,00-21,88	%	<= 17,46
54018	Spezifische Komplikation bei Hüftendoprothesen-Implantationen bei hüftgelenknaher Femurfraktur	4,52	3,42	1,09-7,55	%	<= 11,11
54019	Spezifische behandlungsbedürftige Komplikation bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2,41	3,47	0,0-10,00	%	<= 7,42
54120	Spezifische behandlungsbedürftige Komplikation bei Hüftendoprothesenwechsel/-Komponentenwechsel	11,77	13,67	0,00-25,00	%	<= 29,42
54010	Beweglichkeit nach Entlassung	98,01	99,18	95,65-100	%	>= 95,00
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,01	0,86	0,24-1,42	O/E	<= 2,33
54013	Todesfälle bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit	419 (=0,20%)	10 (=0,46%)	0-3	Fälle	sentinel event
10271 - FU	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf	1,15	0,76	0-1,59	O/E	<= 3,73

Aus den Fachgruppenberatungen:

Die **Indikation zum Hüftendoprothesen-/Komponentenwechsel** konnte in einem Fall über den Datensatz nicht adäquat abgebildet werden. Nach ausgeprägter Eigenmanipulation bei Demenz erfolgte in einem zweiten Revisionseingriff nach Duokopfimplantation ein Débridement, Spülung und Austausch der mobilen Teile. Die Fachgruppe wertete das Vorgehen als nachvollziehbar und plausibel und sah keinen Anhalt für Mängel in der medizinischen Versorgung.

Obwohl der geschilderte Grund für Revisionseingriffe (Austausch der mobilen Komponenten) vergleichsweise häufig vorkommt, ist er als Indikationsstellung für Revisionseingriffe über den Datensatz nicht abbildbar. Die Fachgruppe empfahl der Bundesfachgruppe Orthopädie-Unfallchirurgie, den Austausch von mobilen Teilen als Indikation für Wechseleingriffe aufzunehmen.

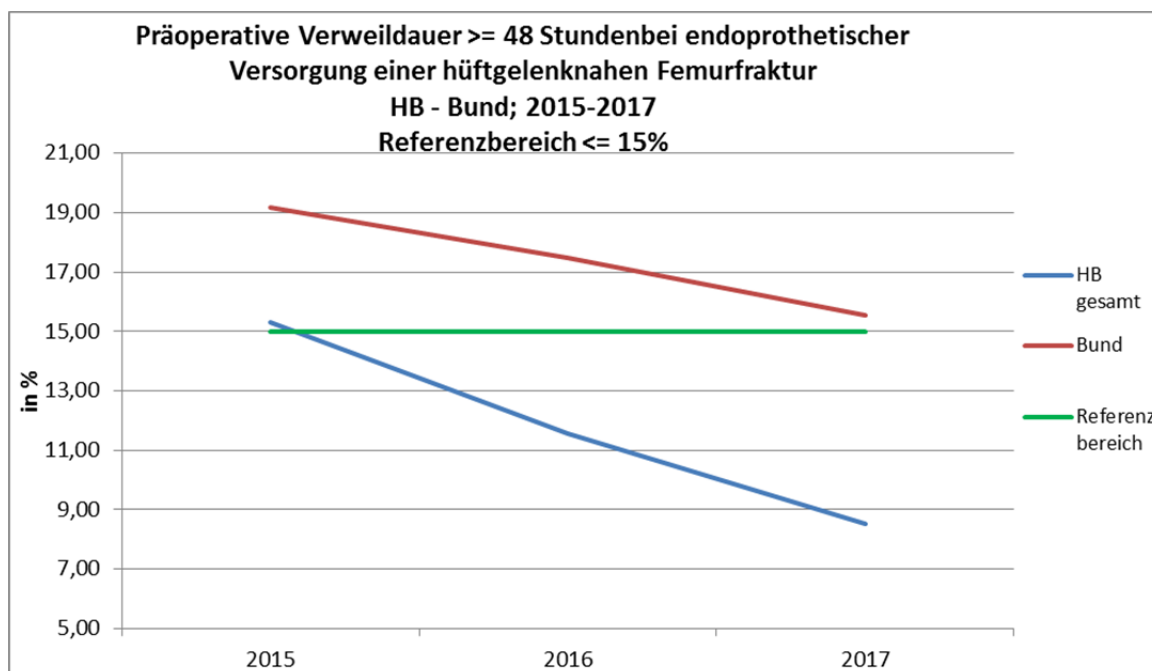


Abbildung 2: Präoperative Verweildauer \geq 48 h bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
 Eindrucksvoll zeigt sich die positive Entwicklung des Indikators zur präoperativen Verweildauer: Der Referenzbereich zur **präoperativen Verweildauer bis 48 h bei hüftgelenknaher Femurfraktur und endoprothetischer Versorgung** von \leq 15% wurde deutlich unterschritten und von allen Kliniken erreicht, wie Abbildung 2 zu entnehmen ist. Die Abbildung veranschaulicht ebenfalls die deutlich niedrigen Ergebnisse für Bremen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt.

Für 2017 waren nach Femurfraktur, elektiver Endoprothese oder Prothesenwechsel vergleichsweise viele **Todesfälle** zu verzeichnen; die Ergebnisse lassen sich wegen geänderter Rechenregeln allerdings nur bedingt mit den Vorjahren vergleichen. Die Spannweite der sechs Krankenhäuser mit Sterbefällen liegt bei 1-3 Fällen pro Haus. Nach Einschätzung der Fachgruppe handelte es sich bei oft erhöhtem Risiko um schicksalhafte Verläufe, die Indikationen für die Eingriffe waren plausibel begründet. Exemplarisch seien folgende Verläufe dargestellt:

Eine Patientin mit ausgeprägter ankylosierender Coxarthrose war wenige Tage postoperativ plötzlich vermutlich an einer Lungenarterienembolie verstorben. Da die Angehörigen eine Obduktion ablehnten, konnte die genaue Todesursache nicht ermittelt werden.

Eine Patientin mit immobilisierender Coxarthrose und erhöhtem OP-/Narkoserisiko und dringendem Wunsch nach Wiedererlangung der eigenen Mobilität wurde mit einer Hüft-TEP versorgt. Die postoperative Mobilisation war durch die fehlende Mitwirkungsbereitschaft erschwert, Nahrungsaufnahme wurde teilweise abgelehnt. Am 7. postoperativen Tag wurde sie leblos im Bett aufgefunden, vermutlich ist sie einem thromboembolischen Ereignis erlegen.

Eine Patientin verstarb nach schwerem Verlauf einer intrazerebralen Blutung auf der ITS. Die neurologische Befunderhebung war bei dieser Patientin wegen einer speziellen interventionellen Therapie viele Jahre zuvor sehr eingeschränkt.

Ein Patient mit zweizeitigem TEP-Wechsel (nach septischem Infekt) war einer fulminanten Lungenembolie erlegen. Das OP- und Narkoserisiko war durch Adipositas per magna, respiratorische Insuffizienz, Schlafapnoe und chronische Anämie erhöht. Nach verlängerter intensivmedizinischer Therapie aufgrund pulmonaler Insuffizienz und niedrigem HB (Ablehnung von Transfusionsgaben), erholte sich der Patient und konnte rasch mobilisiert werden. Am 12. postoperativen Tag verstarb er plötzlich. Eine eindeutige Ursache konnte nicht ermittelt werden.

Trotz Lysetherapie war ein Patient nach Versorgung mit zementierter Duokopfprothese wenige Tage postoperativ einem Hirninfarkt erlegen.

Eine betagte Patientin mit Polytrauma nach Verkehrsunfall und schweren kardialen Grunderkrankungen entwickelte eine schwere Dyspnoe aufgrund hochgradiger Trikuspidalklappeninsuffizienz bei Cor pulmonale und mittelgradiger pulmonalvaskulärer Hypertonie; CPAP und medikamentöse Therapie entlasteten nur unzureichend. Trotz Diuretikagabe und anderer entlastender Maßnahmen entwickelte sich ein akutes Nierenversagen. Die Patientin wurde in Absprache mit den Angehörigen palliativ behandelt und verstarb wenige Tage später.

Aus Sicht der Fachgruppe ist es medizinisch nicht nachvollziehbar, weshalb Fälle mit endoprotetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur und Polytrauma der QS-Dokumentationspflicht unterliegen (Patienten mit osteosynthetischer Versorgung sind hiervon ausgeschlossen). Die Patienten weisen aufgrund ihrer schweren Unfallverletzungen deutlich höhere Mortalitäts- und Morbiditätsrisiken auf – unabhängig von der Versorgungsart. Die Fachgruppe unterstrich, dass die Kriterien Auswahl für Ein- und Ausschlussdiagnosen in der externen Qualitätssicherung methodisch und fachlich fundiert sein müssen. Sie hat die Bundesfachgruppe Orthopädie-Unfallchirurgie und das IQTiG auf den aus ihrer Sicht methodischen Fehler hingewiesen und um rasche Änderung gebeten.

Zu den vorgestellten Patienten mit **allgemeinen Komplikationen** lagen nach Einschätzung der Fachgruppe die Indikationen für ein- bzw. zweizeitige Hüft-TEP-/Komponentenwechsel vor. Die Patienten wiesen ein höheres Operations-/Narkoserisiko wegen ihrer zum Teil schweren Grunderkrankungen bzw. der Einnahme bestimmter Medikamente wie Immunsuppressiva oder einzelne Antibiotikagruppen auf. Postoperativ waren u. a. Hämatinerbrechen (ohne zu ermittelnde Blutungsquelle), schwere kardiale Symptome und Nierenversagen nach Vancomycingaben dokumentiert worden. Mit engmaschigen Spiegelkontrollen der Nierenwerte, Bilanzierungen und Volumensubstitution reagiert die Klinik auf die bekannten Nebenwirkungen des Medikamentes, um frühzeitig gegensteuern zu können.

Als **spezifische Komplikation** wurde ein Hämatom bei einem multimorbiden Patienten nach Explantation eines Gammanagels bei Cutting off und TEP-Implantation erfolgreich ausgeräumt, in einem zweiten Revisionseingriff wurde ein altes großflächiges Hämatom ausgeräumt. Auf weitere invasive Maßnahmen wurde wegen des sich deutlich verschlechternden Allgemeinzustandes, zurückzuführen u.a. auf maligne Prozesse, verzichtet. Der Patient wurde in Absprache mit den Angehörigen nach Revisionen und Konsolidierung des Gewebes mit einer ableitenden Fistel entlassen.

Bei einem weiteren Patienten zeigte sich eine Läsion des N. femoralis mit Schwäche der Hüftbeuger und Kniestrecker, diese war noch während des stationären Aufenthaltes rückläufig. Versorgungsmängel konnte die Fachgruppe nicht feststellen.

Eine patientenseitig provozierte Luxation nach Hüft-TEP wurde in Kurznarkose erfolgreich reponiert.

Ebenfalls erfolgreich revidiert werden konnte ein Ausriss der Trochanter-major-Spitze einige Tage nach komplexer Hüft-TEP-Implantation bei stark fortgeschrittener Coxarthrose.

Nach Einschätzung der Fachgruppe hatten die Abteilungen in den beschriebenen Fällen umsichtig und angemessen reagiert.

Rechnerische Auffälligkeiten zu den Follow-Up-Indikatoren – über diese werden in der Längsschnittbetrachtung definierte Aspekte zur Qualitätsbewertung (wie Reoperationen) dargestellt – lagen nicht vor.

Knieendoprothesenversorgung (Modul KEP)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 2.496

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
54020	Indikation zur elektiven Knieendoprothesenimplantation	97,64	99,60	96,30-100,00	%	>= 90,00
54021	Indikation zur Schlittenprothese	95,93	98,69	93,10-100,00	%	>= 90,00
54022	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel/-Komponentenwechsel	90,88	96,45	85,9-100,00	%	>= 86,00
54123	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesenimplantation	1,48	1,76	0,00-3,70	%	<= 5,29
50481	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel/-Komponentenwechsel	3,14	2,99	0,00-100	%	<= 9,31
54124	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesenimplantation	1,09	0,96	0,00-2,08	%	<= 4,00
54125	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel/-Komponentenwechsel	5,01	4,14	0,00-25,00	%	<= 14,70
54026	Beweglichkeit bei Entlassung	92,42	96,25	85,19-100,00	%	>= 80,00
54028	Gehunfähigkeit bei Entlassung	0,94	0,53	0,00-1,16	O/E	<= 4,22
54127	Todesfälle bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit	71 (= 0,04%)	0		Fälle	sentinel event
54128 - FU	Knieendoprothesenimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf	99,81	99,79	99,43-100,00	%	>= 98,55

Aus den Fachgruppenberatungen:

Wie in den vergangenen Jahren lagen die Auswertungsergebnisse zu diesem Modul weitgehend innerhalb der Referenzbereiche. Für fünf Patienten waren allgemeine bzw. spezifische Komplikationen im Rahmen eines Knie-TEP-Wechsel dokumentiert worden. Ein Haus hatte den Referenzwert zur Indikationsstellung leicht unterschritten, der Fall ließ sich über den Datensatz nicht adäquat abbilden.

Als **spezifische Komplikation** wurde nach der Versorgung einer Tibiakopftrümmerfraktur, u. a. bei Zustand nach rezidivierenden Stürzen, osteosynthetisch versorgter Tibiaschaftfraktur und liegender zementierter Knie-TEP eine inkomplette N. Peroneus-Parese diagnostiziert, die im Verlauf rückläufig war. Nach Einschätzung der Fachgruppe handelte es sich aufgrund der vielen Voroperationen um einen sehr komplexen und schwierigen Fall. Einen Hinweis auf Versorgungsfehler konnte sie nicht feststellen.

In einem anderen Fall entwickelte sich nach einem Wechseleingriff aufgrund eines Infektes ein Hämatom, das erfolgreich ausgeräumt wurde.

Intraoperativ kam es bei einer Patientin zu einer Fraktur im Bereich der Stress-Shielding-Zone, die wenige Tage später durch Wechsel auf einen Sonderschaft erfolgreich revidiert werden konnte. Der postoperative Verlauf der Patientin war unauffällig.

Nach zunächst unauffälligem postoperativem Verlauf musste wegen diffuser Blutungsneigung, wie sich intraoperativ zeigte, ein Hämatom ausgeräumt werden. Das Antithrombosepräparat wurde gewechselt und intraartikulär Tranexamsäure verabreicht. Den Erfahrungen dieses Hauses zufolge hat sich durch letzteres der Blutverlust in den Redondrainagen deutlich reduziert.

Ein bereits zur Krankenhausaufnahme vorhandener Harnwegsinfekt wurde fälschlicherweise als im Krankenhaus erworben verschlüsselt. Aufgrund der geringen Fallzahl wurde durch diesen Fall der Referenzbereich zum Indikator **allgemeine Komplikation** leicht überschritten.

Die in einer Stellungnahme beschriebene operative Versorgung eines Spätinfektes nach Knie-TEP aus dem Jahr 2011 lieferte nach Einschätzung der Fachgruppe keinen Hinweis auf Versorgungsmängel.

Für einige Fälle waren den Berechnungen zufolge die **Indikation zu Wechsel-/Komponentenwechseleingriffen** nicht hinreichend begründet. Im strukturierten Dialog stellte sich heraus, dass die Begründungen für das operative Vorgehen nachvollziehbar und plausibel waren: Postoperativ lag in 2 Fällen eine Faszienlücke mit Wunddehizens vor, in zwei weiteren waren Wundheilungsstörungen aufgetreten (diese konnten als Indikation über den Datensatz nicht angegeben werden). Eine Wundrevision als Indikation zum Revisionseingriff ist im Datensatz nur bei gleichzeitig vorhandener Faszienlücke vorgesehen. Dies ist nach Einschätzung der Fachgruppe ärgerlich, da Wundheilungsstörungen auch ohne Faszienlücke oftmals mit Revision und dem Wechsel von mobilen Komponenten einhergehen. Eine entsprechende Empfehlung wurde an die Bundesfachgruppe herangetragen.

Auch in den diesjährigen Auswertungen lagen alle Ergebnisse zu den Follow-Up-Indikatoren innerhalb der bundesweit geltenden Referenzbereiche.

Die Fachgruppe geht davon aus, dass sich die Versorgung in der Knieendoprothetik in den nächsten Jahren – auch vor dem Hintergrund der Mindestmengenregelung – zunehmend auf Einrichtungen mit höheren Fallvolumen verlagern wird.

Pflege: Dekubitusprophylaxe (Modul Dek)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 2.666

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
52009	Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	1,01	0,94	0,24-1,41	O/E	<= 2,39
52010	Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	137 (=0,01%)	10 (=0,005%)	0-4	Fälle	sentinel event

Aus den Fachgruppenberatungen:

Die Ergebnisse zum Indikator **im Krankenhaus erworbener Dekubitus Grad 4** wurden für alle sechs Kliniken als qualitativ unauffällig gewertet. Die vorgestellten Patienten waren schwerst krank und aus diversen Gründen sehr schwer zu lagern oder durften aus medizinischen Gründen zunächst nicht oder nur sehr eingeschränkt bewegt werden. Nach Einschätzung der Fachgruppe konnte die Entstehung der Druckgeschwüre nicht verhindert werden – Prozessmängel oder Mängel der pflegerischen Strukturqualität konnte sie nicht ausmachen:

Eine hochbetagte Patientin nach osteosynthetisch versorgter Femurfraktur tolerierte die Lagerung schlecht und drehte sich selbstständig aus der Position heraus, pflegerische Maßnahmen wurden dadurch erschwert, weitere Eigenbewegungen zeigte die Patientin nicht. Die Pflegedokumentation beschrieb einen starken mentalen Abbau der Patientin sowie die regelmäßige Ablehnung pflegerischer Maßnahmen über einen längeren Zeitraum.

Angezeigte pflegerische Maßnahmen konnten bei dem Patienten wegen der schweren Grunderkrankungen nur eingeschränkt durchgeführt werden und es bildete sich ein Dekubitus mit progredientem Verlauf – regelmäßige Lagerungswechsel waren wegen der schlechten Sauerstoffsättigung nicht möglich. Aufgrund der schlechten pulmonalen Situation des Patienten standen die Bemühungen um eine aufrechte Sitzposition im Vordergrund der Entscheidungen für geeignete Lagerungskonzepte. Der Patient wurde daher in einem Vis-à-vis-Völkerbett gelagert.

Eine schwer kranke, beatmete und sehr unruhige Patientin führte Eigenbewegungen durch, wodurch die Lagerung erschwert wurde. Der Dekubitus war an der Fußaußenseite lokalisiert, die Patientin hatte mit den Füßen am ungepolsterten Ende des Gitters gelegen. Gezielte Lagerungen zur Dekubitusprävention wurden durch die Eigenbewegungen nahezu wirkungslos.

Zu zwei Anfragen waren vereinzelte Dokumentationsfehler festgestellt worden, die Ergebnisse eines Hauses werden im folgenden Jahr kritisch nachverfolgt.

Ein Haus berichtete zu allen Fällen mit schwersten Grunderkrankungen und medizinisch indizierten Limitationen pflegerischer Maßnahmen, insbesondere der Lagerung. Beispielsweise wurde zu einem Patienten wegen des äußerst kritischen Gesundheitszustandes und um das Operationsergebnis nicht zu gefährden, zunächst ein No-Handling angeordnet. Hautbeobachtung nicht zugänglicher Körperteile und Lagerungen waren in diesem Zeitraum nicht möglich, d.h. der sedierte Patient lag ausschließlich und fest in Rückenlage.

Im Vorfeld der Übernahme aus dem OP hätten aus Sicht der Fachgruppe ein zeitiger Hinweis des Operateurs auf die eingeschränkten postoperativen Lagerungsmöglichkeiten geeignete pflegerische Maßnahmen besser vorbereiten lassen: Die Fachgruppe empfahl, Vertreter der Chirurgie für wichtige pflegerische Aspekte der schwerkranken Patienten zu sensibilisieren und für eine verbesserte Kommunikation zwischen den Beteiligten zu werben.

Sie fordert, stets eine systematische Dekubitusrisikoeinschätzung zu erfassen und zu dokumentieren. Dies ist den Unterlagen zufolge nicht im gewünschten Umfang geschehen. Das Haus hat selbstkritisch Verbesserungsbedarf gesehen und Maßnahmen zur Sicherstellung der Erfassung auf den Weg gebracht.

Seit Einführung des ratenbasierten Indikators zu im Krankenhaus erworbenen Dekubitus größer als Grad 1 lagen die Bremer Ergebnisse stets innerhalb des bundesweit geltenden Referenzbereiches, wie Abbildung 3 zeigt:

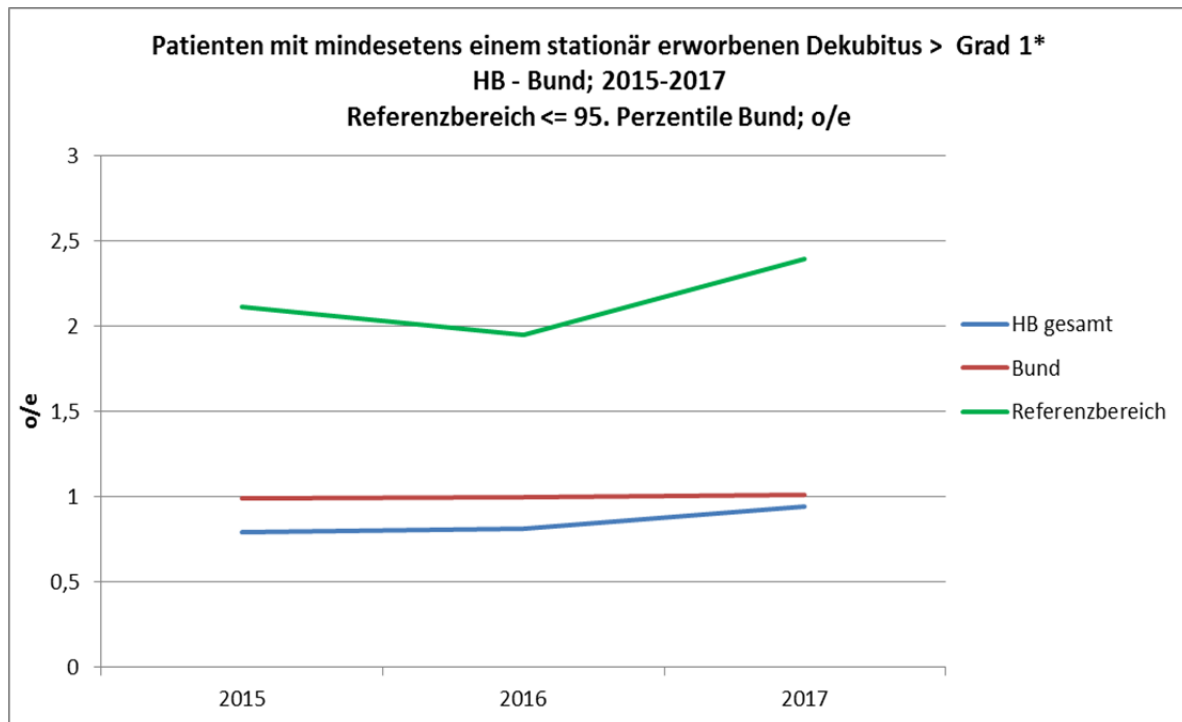


Abbildung 3: Patienten mit mindestens einem im Krankenhaus erworbenen Dekubitus > Grad 1
*: mit den Vorjahren eingeschränkt vergleichbar.

Ambulant erworbene Pneumonie (Modul Pneu)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 2.655

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
2005	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 h nach Aufnahme	98,43	99,13	98,11-99,42	%	>= 95,00
2009	Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 h nach Aufnahme	95,27	95,40	75,64- 98,98	%	>= 90,00
2013	Frühmobilisation innerhalb von 24 h nach Aufnahme bei Risikoklasse 2	94,01	92,14	83,97-99,24	%	>= 90,00
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien zur Entlassung	95,59	95,61	78,26-100,00	%	>= 95,00
50778	Todesfälle	1,04	1,33	0,87-1,58	O/E	<= 1,58
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	96,25	96,26	94,87-100,00	%	>= 95,00

Aus den Fachgruppenberatungen:

Die Ergebnisse eines Hauses zu den Indikatoren **antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme** und **Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden** hatten sich im Vergleich zum Vorjahr zum Teil deutlich verschlechtert.

Die Stellungnahme hatte den Verdacht auf prozessorale und strukturelle Versorgungsprobleme nicht entkräftet, so dass die Fachgruppe das Ergebnis als qualitativ auffällig wertete.

In einem gemeinsamen Gespräch zwischen Fachgruppe und Geschäftsführung des Krankenhauses wurden die kritischen Aspekte eingehend beraten. Die Klinik hatte verdeutlichen können, bereits Gegenmaßnahmen zu den im Sommer identifizierten Mängeln auf den Weg gebracht zu haben. Nachhaltigkeit und Erfolg dieser Maßnahmen werden von der Fachgruppe regelmäßig geprüft werden.

Gezielte Schulungsmaßnahmen für das medizinische Personal der Inneren - und anderer Fachabteilungen, in denen Außenlieger internistisch betreut werden, sollen die routinemäßige Erhebung der **klinischen Stabilitätskriterien** sowie die Erinnerung durch einen Stempelaufdruck im Kurvenblatt bis zur Entlassung sicherstellen. Darüber hinaus erhält das Pflegepersonal in diesem Haus am Aufnahmetag der Patienten einen konkreten Zeitplan zur Messung der geforderten Parameter.

Die regelhafte Messung definierter Parameter bei Außenliegern ist für die Kliniken in der Regel aufwendig zu organisieren. Gleichwohl stellte die Fachgruppe zu den Indikatoren (**klinische Stabilitätskriterien und Atemfrequenzmessung bei Aufnahme**) eine kontinuierliche Ergebnisverschlechterung für eine Klinik fest. Aufgrund der konstatierten Prozessprobleme hinsichtlich der Außenlieger (fehlende Dokumentation oder Erhebung der Stabilitätskriterien) und verschiedenen nicht optimal geregelten Abläufen in der zentralen Notaufnahme (Messung und Dokumentation der Atemfrequenz) wertete die Fachgruppe diese Ergebnisse als qualitativ auffällig. Sie fordert die routinemäßige Messung dieser Vitalzeichen, da sie zur Diagnostik und klinischen Einschätzung relevant seien.

Ein von der Klinik angeführter Hinweis zur Erklärung der Hintergründe für die angezeigten Fälle ohne **Frühmobilisation innerhalb 24 Stunden**, erwies sich als nicht stichhaltig und wurde von der Fachgruppe widerlegt. Das Indikatorergebnis hatte sich seit 2015 deutlich verschlechtert.

Wegen Hinweises auf Prozessmängel wertete die Fachgruppe das Ergebnis als qualitativ auffällig. Sollten die in der Stellungnahme aufgezeigten Verbesserungsmaßnahmen im kommenden Jahr

nicht die gewünschten Ergebnisse bringen und sich der positive Trend aus dem 1. Quartal 2018 nicht fortsetzen, behält sich die Fachgruppe die Einleitung weiterer Maßnahmen vor.

Die leichte Referenzbereichsunterschreitung eines weiteren Krankenhauses zum selben Indikator wurde dagegen als nicht qualitativ auffällig eingestuft: im Vergleich zum Vorjahr hat sich das Ergebnis verbessert. Vielfach wurde versäumt, in der QS-Dokumentation die chronische Bettlägerigkeit (die zum Ausschluss aus dem Indikator führt) in der QS-Dokumentation zu bestätigen. Es wurde deutlich gemacht, dass das Item „chronische Bettlägerigkeit“ nicht immer valide beantwortet werden kann, da dieser Status bei Aufnahme nicht zwangsläufig erkennbar ist. Ersten Auswertungen des Hauses zufolge scheinen die verstärkten Schulungsmaßnahmen erfolgreich zu sein, da sich für das letzte Quartal 2017 eine positive Entwicklung der Ergebnisse zeigt.

Vereinzelte Dokumentationsprobleme (die Daten wurden nicht in die QS-Software übernommen) bedingten diskrete Referenzbereichsabweichungen zur **Atemfrequenz bei Aufnahme**.

Im Vergleich zum Vorjahr hatte sich die Anzahl der Anfragen nahezu halbiert.

Herzschrittmacherimplantation (Modul 9/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 621

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
54139	Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	92,75	96,12	90,00-100,00	%	>= 90,00
54140	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	98,28	97,43	86,05-100,00	%	>= 90,00
54141	Systeme 1. Wahl	96,41	93,65	72,09-100,00	%	nicht definiert
54142	Systeme 2. Wahl	0,20	1,20	0,00-13,95	%	nicht definiert
54143	Systeme 3. Wahl	1,67	2,57	0,00-4,88	%	<= 10,00
52139	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechselln	88,65	78,34	40,00-92,71	%	>= 60,00
10117	Dosis-Flächenprodukt	88,20	85,81	53,70-100,00	%	>= 53,11
52305	Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	95,68	95,42	90,73-100,00	%	>= 90,00
1103	Chirurgische Komplikationen	0,84	0,81	0,00-2,33	%	<= 2,00
52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	1,41	4,03	0,00-40,00	%	<= 3,00
51191	Todesfälle	0,97	0,92	0,00-3,22	O/E	<= 3,99
2190 - FU	Laufzeit des alten Herzschrittmacheraggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen	88 (=0,05%)	1 (=0,09%)		Fälle	sentinel event
2194 - FU	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	0,94	1,33	0,00-3,01	O/E	<= 2,67
2195 - FU	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	1,01	1,43	0,00-3,18	O/E	<= 5,55

Aus den Fachgruppenberatungen:

Bei alten Patienten mit dünnem und wenig elastischem Perikard kann der Fachgruppe zufolge die Gefahr für Perikardtamponaden – auch in Abhängigkeit vom Lokalisationsort – steigen (Indikator **peri- bzw. postoperative Komplikation**).

In einer Schwerpunktambulanz wurden vermehrt Risikopatienten behandelt mit einem per se höheren Dislokationsrisiko: Patienten mit stark vorgeschädigten Herzen, kardialen Voroperationen (Fibrose), Unruhe/Durchgangssyndrom, extremer Kachexie, CRT-Implantaten, technischen Besonderheiten (z. B. MRT-Fähigkeit bei jungen Patienten). Nach Einschätzung der Fachgruppe handelte es sich um eine stark selektierte Patientengruppe mit schweren Vorerkrankungen bzw. limitierenden Bedingungen und entsprechend höherem Risiko für Komplikationen.

Als qualitativ auffällig wurde das Ergebnis eines Hauses mit geringen Fallzahlen zu den Indikatoren **Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechselln** und **Sondendislokationen/Dysfunktionen** wegen erheblichen Überschreitens des Referenzbereiches und fachlich fragwürdigem Vorgehen gewertet. Auf Nachfrage des Lenkungsausschusses hatte die Klinik berichtet, Ergebnisse und Entwicklung bereits unterjährig intern kritisch diskutiert zu haben. Parallel zu weiteren Strukturveränderungen wurde entschieden, Leistungen der Herzschrittmacherversorgung zukünftig nicht mehr anzubieten.

Um **Sondendislokationen** weitgehend zu verhindern, führt eine Klinik Provokationstests durch und verwendet stets Schraubelektroden; dennoch waren einige Sonden disloziert. Die intraoperativen Messwerte waren sehr gut. Die Fachgruppe wertete die Erläuterungen als gut begründet und nachvollziehbar dargelegt.

Der einschlägigen Literatur zufolge liegen die Dislokationsraten bei CRT-Systemen bei ca. 6%, bei Zwei-Kammersystemen bei etwa 4,5% und bei Einkammergeräten bei 2%. Die geringen bundesweiten Dislokationsraten von gut 1% sind nach Einschätzung der Fachgruppe wenig glaubwürdig.

Die Ergebnisse zweier Häuser mit je einer diskreten Referenzbereichsüberschreitung zu Follow-Up-Indikatoren **Sonden-/Taschenprobleme** und **Laufzeit unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen** wurden als qualitativ unauffällig gewertet. Ein Fall enthielt einen falschen Prozedurenschlüssel und wäre bei korrekter Kodierung nicht in die Berechnungen eingeflossen.

Die Bremer Ergebnisse zur leitlinienkonformen Indikationsstellung bewegen sich seit Jahren auf einem hohen Niveau. Sowohl Bundesdurchschnitt als auch der Referenzbereich wurden stets überschritten, wie untenstehender Abbildung zu entnehmen ist. 2016 wurden die Rechenregeln geändert, was den parallelen Einschnitt von Bundes- und Landesergebnis erklärt.

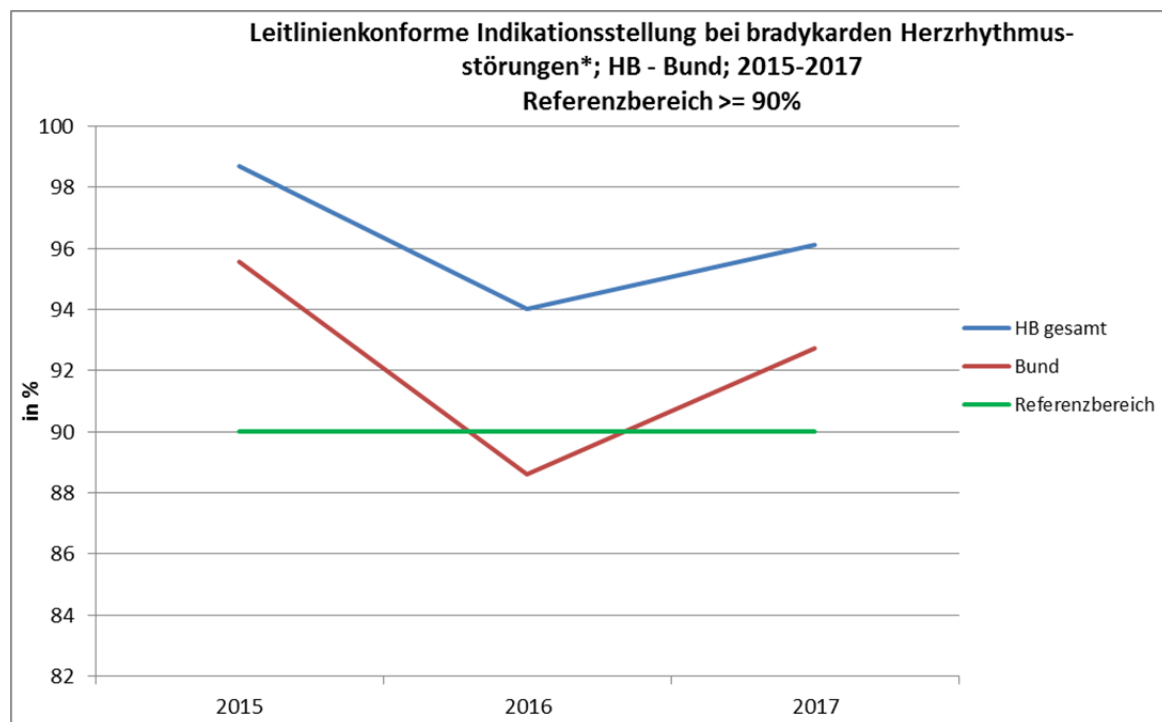


Abbildung 4: Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
* mit den Vorjahren eingeschränkt vergleichbar

Hinsichtlich des Indikators **leitlinienkonforme Indikation** erachtete die Fachgruppe die Entscheidung einer Abteilung als nachvollziehbar und plausibel, bei den sehr alten und multimorbiden Patienten statt des nach Leitlinie indizierten DDD-Schrittmachers als Synkopenschutz einen VDD implantiert zu haben, um die OP-Belastungen wegen der kürzeren Dauer gering zu halten.

Herzschrittmacheraggregatwechsel (Modul 9/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 77

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
52307	Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	97,78	94,93	76,67-100	%	>=95,00
1096	Chirurgische Komplikationen	0,10	0,00		%	<=1,00
51398	Sterblichkeit im Krankenhaus	42 (=0,25%)	1 (=1,13%)		Fälle	sentinel event

Aus den Fachgruppenberatungen

Ein Haus hatte eingeräumt, die notwendigen **Messungen zu Reizschwellen und Signalamplituden** bei Aggregatwechseln nicht im geforderten Maß durchgeführt zu haben. Seit einigen Jahren erreicht es die Referenzbereiche zu diesen Indikatoren nicht. Mittlerweile hat es Maßnahmen eingeleitet, die die Durchführung der Messungen gewährleisten sollen, so dass für das kommende Jahr bessere Ergebnisse erwartet werden. Die Fachgruppe erachtete die Einführung der Verbesserungsmaßnahmen als geboten und betonte die Wichtigkeit dieser Maßnahmen, wertete die Ergebnisse für 2017 gleichwohl wegen Hinweises auf Struktur-/Prozessmängel als qualitativ auffällig.

Ein betagter und schwer kranker Patient war während des Aufenthaltes zum Herzschrittmacher-Aggregatwechsel **verstorben**. Nach Einschätzung der Fachgruppe handelte es sich um einen schicksalhaften Verlauf. Der Patient war aus einem anderen Krankenhaus wegen des Verdachts auf einen Exitblock der Vorhof-/Ventrikelsonde verlegt worden. Wegen eines Oversensings der Ventrikelsonde, eines intermittierenden Exitblocks und reduzierter Batteriekapazität fiel die Entscheidung zum Wechsel des Aggregates und Neuanlage der Ventrikelsonde. Die Platzierung der Sonde gelang nicht, so dass zunächst nur das Aggregat gewechselt wurde. Eine Gefäßdissektion/-perforation ließ sich ausschließen, die Ursache für ein Hämatom im vorderen Mediastinum blieb unklar. In Absprache mit den Angehörigen wurde wegen des deutlich reduzierten Allgemeinzustandes auf eine chirurgische Intervention verzichtet.

Herzschrittmacherexplantation/-revision/ -systemwechsel (Modul 9/3)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 98

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
1089	Chirurgische Komplikationen	0,70	0,00		%	<= 2,00
52315	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	0,78	1,47	0,00-2,04	%	<= 3,00
51404	Todesfälle	1,00	0,00		O/E	<= 5,63

Aus den Fachgruppenberatungen:

Die Indikatorergebnisse aller Bremer Krankenhäuser lagen innerhalb der vorgegeben Referenzbereiche, so dass kein strukturierter Dialog ausgelöst wurde.

Implantierbare Defibrillatoren: Implantation (Modul 9/4)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 273

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
50055	Leitlinienkonforme Indikation	88,99	88,64	66,10-100,00	%	>= 90,00
50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	96,22	94,87	80,00-96,30	%	>= 90,00
52131	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	90,88	86,63	79,73-88,43	%	>= 60,00
10179	Dosis-Flächen-Produkt	87,38	80,59	70,00-91,53	%	>= 56,52
52316	Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	95,92	94,04	92,89-100	%	>= 90,00
50017	Chirurgische Komplikationen	0,68	1,47	0,00-3,70	%	<= 2,00
52325	Sondesdislokation oder -dysfunktion	0,69	0,73	0,00-1,13	%	<= 3,00
51186	Todesfälle	1,08	2,00	0,00-2,46	O/E	<= 5,98

Aus den Fachgruppenberatungen:

Die Erläuterungen zu den Hintergründen der nicht **leitlinienkonform** gewählten **ICD-Systeme** wurden von der Fachgruppe als plausibel und nachvollziehbar gewertet. Zu einem Patienten wurde die Systemwahl zugunsten eines 2-Kammer-Systems getroffen, da sich die Sonde des geplanten CRT-Systems nicht platzieren ließ. Ein weiterer Fall ließ sich nicht adäquat über den Datensatz abbilden, die Systemwahl wurde nach Einschätzung der Fachgruppe korrekt getroffen.

Nach Einschätzung der Fachgruppe war die Entscheidung zur Implantation eines ICD bei allen drei Patienten mit Abweichungen von den Vorgaben einer **leitlinienkonformen Indikation** begründet: Die Implantation eines Ein-Kammer-CRT-Systems mit Vorhof-Elektrode bei beschriebenen Symptomen ist nicht gängige Praxis, wird mittlerweile aber akzeptiert.

Bei vereinzelt Dokumentationsfehlern ohne Hinweise auf Mängel in der Behandlungsqualität wertete die Fachgruppe die Ergebnisse eines anderen Hauses als qualitativ unauffällig: Die Dauer der präoperativen medikamentösen Therapie bei Patienten mit Herzinsuffizienz und primärprophylaktischer Versorgung mittels ICD/CRT-D-System wurde nicht korrekt angegeben. Damit gelten die Vorgaben der Leitlinie als nicht erfüllt. Die Abteilung hat Gegenmaßnahmen eingeleitet, um eine korrekte Dokumentation zu gewährleisten.

In dem einen Fall zum Indikator **chirurgische Komplikationen** nach Implantation eines Einkammer-ICD-Systems war ein Pneumothorax nach Subclaviapunktion aufgetreten, der erfolgreich behandelt werden konnte.

Die Fachgruppe begrüßte die unterjährige notwendige Verbesserungsmaßnahme zum Indikator **Dosis-Flächenprodukt** eines Hauses: Durch Änderungen der Einstellungen zur Bildqualität wurde die Strahlung des Durchleuchtungsprogramms deutlich reduziert.

Bei ICD-Implantationen sollten nach Auffassung der Fachgruppe unter Verwendung entsprechend schonender Techniken spätere Sondenrevisionen bereits antizipiert werden.

Implantierbare Defibrillatoren: Aggregatwechsel (Modul 9/5)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 86

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
52321	Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	98,39	99,22	96,81-100,00	%	>= 95,00
50030	Chirurgische Komplikationen	0,10	0,00		%	<= 1,00
50031	Sterblichkeit im Krankenhaus	21 (= 0,20%)	0		Fälle	sentinel event

Aus den Fachgruppenberatungen:

Zu diesem Leistungsbereich lagen alle Ergebnisse innerhalb der geforderten Referenzbereiche, so dass kein strukturierter Dialog ausgelöst wurde.

Implantierbare Defibrillatoren: Explantation/ Revision/ Systemwechsel (Modul 9/6)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 136

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
52328	Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff	3,78	8,64	0,00-11,57	%	<= 10,07
52001	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	3,16	5,29	0,00-6,20	%	<= 6,00
52002	Infektion als Indikation zum Folgeeingriff	0,62	1,11	0,00-1,65	%	<= 2,38
50041	Chirurgische Komplikationen	1,04	3,68	0,00-3,97	%	<= 2,00
52324	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	0,58	2,61	0,00-2,86	%	<= 3,00
51196	Todesfälle	0,89	1,86	0,00-1,88	O/E	<= 4,10

Aus den Fachgruppenberatungen:

Ein kardiologisches Zentrum mit überwiegend schwer kranken Patientengruppen hatte die Verläufe der Patienten und Hintergründe zu erforderlichen Reoperationen nach Einschätzung der Fachgruppe plausibel darlegen können:

Hardwareprobleme an Sonde oder Aggregat als Indikation zum Folgeeingriff waren insbesondere auf folgende Ursachen zurückzuführen: optische Schäden wie Schleifspuren durch starke körperliche Aktivität an Sonden, Recall von Geräten/Sonden, Dislokation durch Herz- bzw. Kunstherz-OP; Extraktion inaktiver, aber störender Elektroden, symptomatische Subclaviastenose durch stillgelegte RV-ICD-Elektrode, sehr alte Elektroden, Infektionen sowie Oversensing (z.B. bei jungen, sportlichen Patienten mit V. a. Stressermüdung). Der Literatur zufolge fallen etwa 40% der Elektroden wegen Oversensings nach 8 Jahren aus.

Bei Sondenextraktionen besteht der Fachgruppe zufolge grundsätzlich ein erhöhtes Perforationsrisiko. Jeder Wechsel geht mit diesem Risiko einher und die Komplikationsrate liegt bei etwa 3%. Die vorgestellten Revisionseingriffe – zumeist waren Sonden betroffen – konnten erfreulicherweise problemlos durchgeführt werden.

Im Rahmen des Indikators **peri- bzw. postoperative Komplikationen** wurde über zwei sehr betagte Patienten berichtet, die in Folge einer Ventrikelperforation bzw. tamponierendem Perikarderguss bei Elektrodenextraktion verstorben waren. Die Klinik wird die Indikation für Eingriffe mit Sondenextraktionen bei älteren Patienten zukünftig noch enger fassen und nur noch auf wenige Indikationen wie Infektionen beschränken.

Darüber hinaus erforderte die Explantation eines infizierten Systems (Ersteingriff ex domo) eine Wundrevision in einem weiteren Eingriff. Bei einem Patient unter Marcumar®-Therapie bildete sich zwei Wochen nach dem Eingriff ein Taschenhämatom, das erfolgreich revidiert werden konnte.

Das Indikatorergebnis zu **prozedurassoziierten Problemen wie Sonden- oder Taschenproblemen** überschreitet den Referenzbereich geringfügig. Dislokationen, die Revisionseingriffe erforderten, waren vor allem durch starke körperliche Aktivität oder nach postoperativer Aufrüstung des Sys-

tems aufgetreten, in einigen Fällen konnten die Ursachen der Dislokationen nicht ermittelt werden. Außerdem wurden Elektroden u. a. gewechselt wegen länger anhaltender Schmerzen im Operationsgebiet und in einem Fall nach Vorhofsondenperforation.

Nach Einschätzung der Fachgruppe konnten keine Mängel in der Versorgungsqualität identifiziert werden.

Landesprojekte

Todesfallkonferenz Neonatologie

2006 wurde auf Initiative Bremer Neonatologen eine Todesfallkonferenz eingerichtet. Hintergrund war eine zuvor festgestellte auffallend hohe wohnortbezogene Mortalität der Kinder im ersten Lebensjahr im Land Bremen. Die Basis für diese Angaben bildeten die gesetzlich verpflichtenden Geburts- und Sterbemeldungen, in denen der Wohnort der Mutter erfasst ist. Auf Fachebene hatten diese Daten bundesweit Aufsehen erregt.

Auf Wunsch der Neonatologen und mit Zustimmung des Lenkungsausschusses Qualitätssicherung Bremen (LQB) wurde die Organisation dem Qualitätsbüro Bremen als neutraler Instanz übertragen. Anhand Einzelfallanalysen für alle in Bremer Kliniken verstorbenen Kinder bis zum ersten Lebensjahr werden Anamnese, Verlauf und Therapie regelmäßiger vorgestellt und im kritischen Fachdiskurs beraten. Mögliche alternative Vorgehensweisen in Diagnostik und Therapie werden von dem Gremium gemeinsam entwickelt und für das zukünftige Handeln in ähnlichen Fällen empfohlen. Von dieser Form des kollegialen Austausches profitieren nicht nur die betroffenen, sondern alle teilnehmenden Abteilungen.

Darüber hinaus findet ein allgemeiner Fachaustausch der Vertreter untereinander zu Neuerungen, besonderen Erkenntnissen oder speziellen Erfahrungen, z. B. mit besonderen Behandlungsschwerpunkten statt.

Vertreter aller Kinderkliniken im Land Bremen nehmen an der Konferenz, die regelmäßig tagt, teil. Die Teilnahme ist freiwillig.

MRE-Netzwerk Bremen

Um dem bundesweiten medizinischen Problem der nosokomialen Infektionen mit MRSA-Bakterien auch in Bremen aktiv entgegen zu treten, wurde 2008 das MRSA-Netzwerk (2014 umbenannt in MRE-Netzwerk) im Lande Bremen ins Leben gerufen.

In dem Netzwerk haben sich Praktiker aus Laboratorien und anderen Einrichtungen (Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Arztpraxen etc.) zusammengefunden, die sich für ein strategisches Vorgehen gegen die stetig wachsende Zahl von MRSA-/MRE-Trägern aussprechen und eine gemeinsam abgestimmte Handlungsweise vereinbart haben. Das gemeinsame Hauptziel besteht darin, MRSA-/MRE-Besiedlungen frühzeitig zu erkennen, dadurch eine Übertragung der MRSA-/MRE-Bakterien zu vermeiden und die Inzidenz der MRSA-/MRE-Infektionen zu verringern. Koordiniert wird die Gruppe von der senatorischen Gesundheitsbehörde des Landes Bremen.

Im Rahmen dieses Projektes haben sich die Bremer Kliniken freiwillig selbstverpflichtet, definierte Daten zur MRSA-/MRE-Problematik zu erheben. Datenannahme und -auswertung wurde dem Qualitätsbüro Bremen als neutraler Stelle im Land Bremen übertragen.

Von Anbeginn, seit 2009, wertet das Qualitätsbüro Bremen die Daten aller Bremer Kliniken nach definierten Rechenregeln aus, stellt die Ergebnisse dem Netzwerk einmal jährlich in einer vergleichenden Längsschnittpräsentation vor und spiegelt den Kliniken die Ergebnisse ebenfalls einmal jährlich im Longitudinalvergleich und einer Benchmarkdarstellung zurück.

Auf unterschiedlichen Ebenen finden engagierte Fachdiskurse statt, die sich auch in einer stetigen Weiterentwicklung und Optimierung des Verfahrens niederschlagen – das Interesse an den Informationen ist groß. Über Arbeitsgruppen und andere Foren ist das Qualitätsbüro darüber hinaus im Dialog mit den unterschiedlichen Beteiligten.

Die Datenerhebung und -auswertungen haben sich mittlerweile gut eingespielt. Seit 2014 nehmen auch niedersächsische Kliniken an dem Bremer Projekt teil und liefern definierte Daten an das Qualitätsbüro, um sich einem Benchmarkvergleich zu stellen.

Anhang

Datensatzvollzähligkeit Land Bremen, Dokumentationsjahr 2017

Anhang I

Modul	Klinikum Bremen-Mitte	Klinikum Bremen-Ost	Klinikum Bremen-Nord	Klinikum Links der Weser	DIAKO	St.-Joseph-Stift	RKK	Roland-klinik	AMEOS Klinikum Dr. Heines Bremen	Paracelsusklinik	Klinikum Bhv. Reinkenheide	AMEOS Klinikum Am Bürger park Bhv.	AMEOS Klinikum Mitte Bhv.	Gesamt
	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll
9/1	0/0	10/10	54/54	381/381	0/0	7/7	43/43	0/0	0/0	0/0	82/81	1/1	43/43	621/620
9/2	0/0	0/0	2/2	44/44	0/0	0/0	8/8	0/0	0/0	0/0	19/19	0/0	4/3	77/76
9/3	0/0	3/3	7/7	66/63	0/0	1/1	3/3	0/0	0/0	0/0	13/13	0/0	5/5	98/95
9/4	0/0	0/0	0/0	177/177	0/0	0/0	10/10	0/0	0/0	0/0	59/55	0/0	27/27	273/269
9/5	0/0	0/0	0/0	65/65	0/0	0/0	5/5	0/0	0/0	0/0	15/15	0/0	1/1	86/86
9/6	0/0	0/0	0/0	126/123	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	9/9	0/0	1/1	136/133
10/2	181/181	1/1	48/48	68/68	0/0	0/0	73/73	0/0	0/0	0/0	49/47	0/0	25/25	445/443
15/1	341/341	0/0	195/195	319/319	312/308	399/399	7/7	0/0	0/0	1/1	300/301	0/0	0/0	1874/1871
16/1	0/0	0/0	2212/2212	2847/2847	663/663	2105/2105	0/0	0/0	0/0	0/0	1897/1898	0/0	0/0	9724/9725
Neo	141/141	0/0	839/839	640/641	5/5	102/102	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	243/243	0/0	1970/1971
17/1	84/84	34/34	69/69	100/98	68/68	103/103	42/42	0/0	0/0	1/1	84/84	0/0	81/81	666/664
HEP	156/156	35/35	164/164	88/88	780/780	73/73	229/229	551/551	0/0	401/401	172/172	0/0	84/84	2733/2733
KEP	57/57	0/0	69/69	4/4	459/459	0/0	188/188	429/429	0/0	548/548	59/59	0/0	0/0	1813/1813
18/1	311/311	0/0	83/83	79/79	190/190	522/521	0/0	0/0	0/0	0/0	289/289	0/0	3/4	1477/1477
Dek	474/475	387/387	360/360	172/172	175/172	213/213	190/190	4/4	0/0	6/6	205/205	225/227	255/255	2666/2666
Pneu	343/343	251/251	308/308	203/203	311/311	337/337	127/127	0/0	0/0	0/0	285/285	384/384	106/106	2655/2655
Σ	2088/2089	721/721	4410/4410	5379/5372	2963/2956	3862/3861	925/925	984/984	0/0	957/957	3537/3532	853/855	635/635	27314/27297

Grundlagen der verpflichtenden externen stationären Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung zur Optimierung der Patientenversorgung in den Kliniken ist seit Jahren fest etabliert.

In Verträgen auf Bundesebene sowie der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung für Krankenhäuser auf der Basis des gesetzgeberischen Auftrages im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) sind die Rahmenbedingungen klar definiert.

Mit der Umsetzung und Weiterentwicklung des Verfahrens ist seit dem 1. Januar 2016 das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen in Berlin (IQTiG) beauftragt.

Strukturen der externen stationären Qualitätssicherung

Dem Institut nach §137a SGB V auf Bundesebene mit den Fachgremien stehen die Geschäftsstellen mit den Fachgruppen auf Landesebene gegenüber.

Im Land Bremen

wurde der Rahmenvertrag zur Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung nach §112 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen im Land Bremen im Einvernehmen mit der Ärztekammer und dem Pflegerat am 16. Mai 2001 geschlossen und eine Geschäftsordnung vereinbart. Das Qualitätsbüro Bremen untersteht der Fachaufsicht des Lenkungsausschusses Qualitätssicherung Bremen (LQB), der sich aus Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherungen des Landes Bremen, der Bremer Krankenhausgesellschaft, der Ärztekammer Bremen sowie des Bremer Pflegerates zusammensetzt. Der Patientenvertretung obliegt eine beratende Funktion. Der Vorsitz des LQB wechselt turnusmäßig. Die Geschäftsführung wurde der Bremer Krankenhausgesellschaft übertragen. Rahmenvertrag und Geschäftsordnung sind über das Qualitätsbüro Bremen erhältlich und können auf seiner Website eingesehen werden.

Zu den wesentlichen Aufgaben des Qualitätsbüros Bremen gehören u. a.:

- Information und Beratung der Krankenhäuser (Weiterleitung von Informationen der Bundesebene, Austausch und Rückmeldung zu Umsetzungsproblemen, Klärung von Verfahrensfragen etc.).
- Betreuung und Koordination der Bremer Fachgruppen in ihrer Arbeit, z.B. bei der Vorbereitung und Interpretation der Auswertungen und dem fachlichen Austausch zwischen Bundes- und Landesgremien. Als Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Fachgruppe leitet das Qualitätsbüro die kritischen Fragen der Fachgruppe zu den Auswertungsergebnissen an die betroffenen Krankenhäuser weiter und legt die Stellungnahmen anonymisiert den Fachgruppen zur Bewertung vor.
- Mitarbeit in den Bundesgremien und in den für die praktische Umsetzung notwendigen Arbeitsgruppen.
- Umfangreiche Berichterstattung an den GBA nach bundesweit geltenden Vorgaben
- Berichterstattung an den LQB
- Durchführung von Maßnahmen zur Datenvalidierung sowie
- Begleitung und Durchführung lokaler Projekte

Bewertungsschema Strukturierter Dialog

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	01	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	10	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein strukturierter Dialog erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	30	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		31	Besondere klinische Situation
		32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		33	Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	40	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		41	Hinweis auf Struktur- oder Prozessmängel
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhaften Dokumentation	50	Unvollzählige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im strukturierten Dialog
		91	strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)