

Externe Qualitätssicherung der Krankenhäuser im Land Bremen 2016

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 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	20
Neonatologie	23
Operative Gynäkologie	
Gynäkologische Operationen.....	26
Mammachirurgie	28
Orthopädie/Unfallchirurgie	
Hüftgelenknahe Femurfraktur, osteosynthetische Versorgung	30
Hüftendoprothesenversorgung	32
Knieendoprothesenversorgung.....	34
Pflege	
Dekubitusprophylaxe	35
Pneumonie	
Ambulant erworbene Pneumonie.....	37
Herzschrittmacher	
Herzschrittmacherimplantation	40
Herzschrittmacheraggregatwechsel	43
Herzschrittmacherexplantation/-revision/-systemwechsel.....	44
Kardiologie	
Implantierbare Defibrillatoren: Implantation	45
Implantierbare Defibrillatoren: Aggregatwechsel.....	47
Implantierbare Defibrillatoren: Explantation/Revision/Systemwechsel	48
Landesprojekte	
Todesfallkonferenz Neonatologie	51
MRE-Netzwerk Bremen	51
Anhang	
Anhang I: Datensatzvollständigkeit in Bremen.....	55
Anhang II: Grundlagen der externen stationären Qualitätssicherung	57
Anhang III: Bewertungsschema strukturierter Dialog.....	59

Einführung

Seit mehreren Jahren informiert das Qualitätsbüro Bremen anhand des jährlich erscheinenden Berichtes über Ergebnisse aus dem Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung und ihrer Umsetzung im Land Bremen. Unser Anliegen ist es, sowohl die Fachöffentlichkeit als auch die interessierte Öffentlichkeit zu erreichen, indem Ergebnisse und wichtige Inhalte aus den Auswertungsberatungen beschrieben, aber auch das Verfahren selbst skizziert werden.

Erneut ist die Anzahl der an die Krankenhäuser gerichteten Anfragen (strukturierter Dialog) im Vergleich zu den Vorjahren gesunken – die Auswertungsergebnisse aus dem Jahr 2016 bewegen sich im Land Bremen auf einem konstant hohen Niveau.

Gleichwohl haben einige Fachgruppen mehr Struktur- und Prozessmängel als in den Vorjahren festgestellt, die zu qualitativ auffälligen Bewertungen geführt haben. Die betroffenen Krankenhäuser wurden gezielt aufgefordert, Mängel abzustellen und Verbesserungen zu erwirken, sofern sie nicht bereits im laufenden Jahr durch entsprechende Veränderungen auf die Entwicklungen reagiert hatten.

In dem vorliegenden Bericht ergänzen und veranschaulichen graphische Darstellungen die Entwicklung einzelner Indikatoregebnisse 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 Landesauswertungen Bremen sowie der Bundesauswertung des IQTiGs für 2016 entnommen.

Viele GBA-Richtlinien, die Aspekte der Versorgungsqualität vor allem in Krankenhäusern berühren, entwickeln sich gegenwärtig sehr dynamisch: Ergebnisse aus dem Qualitätssicherungsverfahren sollen auch für die Krankenhausplanung in den Ländern herangezogen werden können. Seit 2017 werden vorgeschriebene personelle Anforderungen an bestimmte neonatologische Intensivstationen geprüft. Flankiert werden diese Entwicklungen von erheblichen Ausweitungen der Validitätsprüfungen der Qualitätsdaten, da deren Güte zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung wurde nach dem Leistungsbereich „PCI/Koronarangiographie“ 2017 bundesweit das zweite Verfahren „nosokomiale Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ eingeführt. Die Landesverträge zur Umsetzung der Richtlinie stehen kurz vor der Unterzeichnung.

Die diesjährigen Fachgruppenberatungen zeichneten sich wie in den Jahren zuvor 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.

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 Anfang 2018 wird dieser Bericht auch unter www.qbbremen.de abrufbar sein.

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

Bremen, im Dezember 2017

Lenkungsausschuss Qualitätssicherung Bremen

Vorsitz: Frau Hille Glaeseker (bis 23.10.17), Herr Jürgen Scholz ab 24.10.2017

Stellvertr. Vorsitz: Frau Heidrun Pundt (bis 23.10.17), Herr Prof. Dr. Tido Junghans ab 24.10.2017

Mitglieder:

AOK Bremen/Bremerhaven

N.N.

Vertretung: Frau Daniela Rywak

BKK-Landesverband Mitte, Landesvertretung Bremen

Herr Stephan Hartmann

Vertretung: Herr Tim Bokern

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; Herr PD Dr. Uwe Neubauer

Ärztekammer Bremen

Frau Dr. Heidrun Gitter

Herr Dr. Klaus Hermes

Vertretung: Frau PD Dr. Heike Delbanco; Herr Franz-Josef Blömer

Bremer Pflegerat

Frau Hille Glaeseker

Vertretung: Frau Heidrun Pundt

Patientenvertretung

Frau Sabine Bütow, Netzwerk Selbsthilfe

Herr Joachim Wittrien, Sozialverband Deutschland e. V.

Fachgruppen im Land Bremen

Geburtshilfe und Neonatologie

Vorsitz: Herr Dr. Körner, 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: Frau Wihtol, Rolandklinik

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

Pflege

Vorsitz: Frau Plötz, Rotes-Kreuz-Krankenhaus

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

Pneumonie

Vorsitz: Herr Dr. Baumann, AMEOS-Klinikum Am Bürgerpark Bemerhaven

Stellvertretung: Herr Dr. Neumann, Krankenhaus St.-Joseph-Stift

Begriffe, Abkürzungen, Zeichen

Angiographie

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

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 Kohlenstoffdioxidanreicherung im Blut (Hyperkapnie).

Auffälligkeitskriterium

Definiertes Merkmal zur Prüfung der Dokumentationsgenauigkeit (zum Beispiel E-E-Zeit geringer als drei Minuten).

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**quired **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 (Cardiac Resynchronization Therapy; 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.

E-E-Zeit

Zeit zwischen dem Entschluss zum Kaiserschnitt und der Entwicklung des Kindes.

Episiotomie

Dammschnitt (Geburtshilfe).

Extirpation

Vollständige Entfernung von Organen, umschriebenem Gewebe oder einzelnen Lymphknoten.

Frühgeborenenretinopathie/ROP (Retinopathy of prematurity)

Netzhauterkrankung bei Frühgeborenen

HELLP-Syndrom (Haemolysis Elevated Liver enzyme levels Low Platelet count)

Seltene, sehr gefährliche Schwangerschaftskomplikation (Variante der Präeklampsie mit Hämolyse, massiv erhöhten Leberwerten und niedrigen Thrombozytenzahlen).

Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie

Zellschäden im Gehirn des Neugeborenen infolge Sauerstoffmangels. Die Unterversorgung des Gehirns mit Sauerstoff führt häufig zu neurologischen Erkrankungen bei Kindern.

Ikterus

Gelbfärbung von Haut, Schleimhäuten sowie der Bindehaut der Augen in Folge einer erhöhten Konzentration von Bilirubin (Abbauprodukt des Blutfarbstoffes Hämoglobin) im Blut. Ikterus ist ein Symptom, das bei vielen Erkrankungen auftreten kann, z. B. bei Erkrankungen der Gallenwege.

IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen)

Das Institut wurde 2015 vom Gemeinsamen Bundesausschuss 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).

Präeklampsie

Schwangerschaftskomplikation in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft. Symptome sind u. a. Bluthochdruck, Eiweißausscheidung im Urin, Wassereinlagerung.

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: E-E-Zeit über 20 Minuten bei Notfallkaiserschnitt).

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 Hohlorganen (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 2016 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: 426

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenz- bereich
Offen-chirurgisch						
Indikation bei						
603	asymptomatischer Karotisstenose	98,90	95,58	90,00-100,00	%	≥ 95,00
604	symptomatischer Karotisstenose	99,69	100,00		%	≥ 95,00
Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei						
605	asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose		1,08	0,00-3,33	%	nicht definiert
606	asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose		0,00		%	nicht definiert
52240	asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	19 (6,46%)	0 (0,00%)		Fälle	Sentinel Event
51859	symptomatischer Karotisstenose		2,88	0,00-6,67	%	nicht definiert
Indikatorengruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod						
11704	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate	1,05	1,40	0,00-3,00	O/E	≤ 3,19
51175	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod		2,95	0,00-8,00	%	nicht definiert
Indikatorengruppe: Schwere Schlaganfälle oder Tod						
11724	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate	1,10	1,06	0,00-2,77	O/E	≤ 4,58
51176	Schwere Schlaganfälle oder Tod		1,11	0,00-4,00	%	nicht definiert
Kathetergestützt						
Indikation bei						
51437	asymptomatischer Karotisstenose	97,63	96,39	85,00-100,00	%	≥ 95,00
51443	symptomatischer Karotisstenose	99,41	97,37	85,71-100,00	%	≥ 95,00
Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei						
51445	asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose		5,48	0,00-7,69	%	nicht definiert
51448	asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose		0,00		%	nicht definiert
51860	symptomatischer Karotisstenose		5,41	0,00-33,33	%	nicht definiert
Indikatorengruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod						
51873	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate	0,90	2,11	1,27-6,62	O/E	≤ 2,89
51457	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod		8,05	6,90-20,00	%	nicht definiert
Indikatorengruppe: Schwere Schlaganfälle oder Tod						
51865	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate	0,89	1,87	0,00-5,41	O/E	≤ 4,24
51478	Schwere Schlaganfälle oder Tod		4,70	0,00-7,81	%	nicht definiert

Aus den Fachgruppenberatungen:

In zwei von vier Fällen hatte ein Haus zur **Indikationsstellung bei offen-chirurgischen Verfahren** den höheren Stenosegrad des Gefäßes nach Duplex-Sonographie anstatt der Angaben nach NASCET-Kriterien aus der CT-Angiographie herangezogen. Beide bildgebenden Verfahren gelten der Leitlinie zufolge als gleichwertig, für die Berechnung des Indikators werden allerdings nur die NASCET-Kriterien berücksichtigt. In die Indikationsentscheidungen flossen weitere Kriterien wie z. B. Embolierisiko ein.

Die operative Entnahme eines Halstumors erforderte eine anschließende Rekonstruktion der A. Karotis. Es handelte sich hier nicht um die operative Versorgung einer Karotisstenose. In einem weiteren Fall wurden im QS-Datensatz die Seitenangaben des Stenosegrades vertauscht.

Eine Indikation zur Operation lag nach Ansicht der Fachgruppe Gefäßmedizin in allen Fällen vor.

Eine Krankenhausabteilung hatte in drei Fällen fehlerhafte Angaben zum Stenosegrad und zur Seitenangabe in den Datensatz eingepflegt, was zur Auslösung des strukturierten Dialoges im Indikator **Indikationsstellung bei kathetergestützten Verfahren** geführt hatte.

Fälschlicherweise hatte eine weitere Klinik den Grad der symptomatischen Stenose in der QS-Dokumentation mit 0% anstatt 99% angegeben. Auf Grund des kompletten Verschlusses wurde der Patientin ein Stent gesetzt.

Wegen Mängeln in der Dokumentation konnte die Fachgruppe in beiden Fällen die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator nicht bewerten.

Periprozedurale Schlaganfälle bzw. schwere Schlaganfälle oder Todesfälle bei kathetergestützten Verfahren waren in drei Kliniken aufgetreten:

Nach dem Eingriff verschlechterte sich bei einem Patienten die Sehschärfe. Die daraufhin eingeleiteten Untersuchungen ergaben Verschlüsse der Zentralarterie rechts und eines Arterienastes links, wobei letzterer bereits vor dem Eingriff bestanden hatte. Eine eindeutige Ursache für die Sehschärfenverschlechterung konnte nicht ermittelt werden, Infarkt und Blutung wurden allerdings ausgeschlossen. Durch gezieltes Sehtraining verbesserte sich das Sehvermögen deutlich.

In einem anderen Haus zeigten drei Patienten während bzw. kurz nach Intervention neurologische Symptome (u. a. Hemiparese, verwaschene Sprache, Kribbeln einer Gesichtshälfte). Bei einem Patienten wurde ein kleiner kortikaler Insult diagnostiziert, vermutlich waren Mikroembolien für die Symptomatik verantwortlich, die trotz des Einsatzes eines Protektionssystems nicht verhindert werden konnten. Bei den anderen Patienten wurden Gefäßverschlüsse ausgeschlossen.

Bei hochgradigen Stenosen der A. Karotis interna beidseits erhielt eine Patientin zur Vorbereitung einer großen Herzoperation links einen Stent. Der unmittelbare postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos. Nach zwei Tagen wurde die Patientin plötzlich reanimationspflichtig und verstarb. Nach Ansicht der Fachgruppe handelte es sich um einen schicksalhaften Verlauf. Das zweizeitige Vorgehen der Klinik entsprach den Empfehlungen der aktuellen Leitlinie.

Bei hochgradiger symptomatischer Stenose der linken A. Karotis interna wurde eine Patientin des dritten Hauses mit einem Stent versorgt. Die Intervention konnte trotz schwieriger Bedingungen des Gefäßes (langstreckige kalzifizierte Tandemstenose) erfolgreich durchgeführt werden. Nach dem Eingriff zeigte sich bei der Patientin allerdings eine vorübergehende Ischämie in der Nähe des Operationsgebietes. Nach Analyse der angiographischen Befunde wurde als Ursache eine Stenose der A. cerebri media links vermutet.

Im Vorfeld einer komplexen Herzoperation wurde bei einem weiteren Patienten einseitig eine hochgradige Stenose der A. Karotis interna mit dringendem Sanierungsbedarf festgestellt. Interdisziplinär (Kardiologie, Kardiochirurgie) wurde nach sorgfältiger Abwägung entschieden, zweizeitig vorzugehen, da eine parallele (einzeitige) Operation am Herzen und der A. Karotis als zu risikoreich für den Patienten eingeschätzt wurde. So war zunächst das präoperative Stenting der Stenose geplant, im zweiten Schritt sollte die Herzoperation folgen.

Während der Intervention an der A. Karotis wurde der Patient plötzlich reanimationspflichtig und verstarb an den Folgen seiner schweren Grunderkrankungen. Nach Ansicht der Fachgruppe handelte es sich um einen schicksalhaften Verlauf. Sie regte an, bei ähnlich schweren Befunden auch eine neurochirurgische Einschätzung zum Vorgehen zu erwägen.

Einen Anhalt auf qualitative Mängel in der Versorgung konnte die Fachgruppe für alle drei Häuser nicht feststellen.

Geburtshilfe (Modul 16/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 9.665 (9.872 Kinder)

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalem stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	96,26	98,4	90,91-100,00	%	≥ 95,00
50046	Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung		98,28	75,00-100,00	%	nicht definiert
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	98,72	99,42	98,44-100,00	%	≥ 90,00
52249	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kaiserschnittgeburten	0,99	0,93	0,79-1,20	O/E	≤ 1,27
52243	Kaiserschnittgeburten		30,13	22,5-38,02	%	nicht definiert
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	692 (0,32%)	0 (0,00%)		Fälle	Sentinel Event
51826	Azidose bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien pH-Bestimmung		0,91	0,00-4,76	%	nicht definiert
321	Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	0,21	0,31	0,00-0,45	%	nicht definiert
51397	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	1,01	1,53	0,00-2,33	O/E	nicht definiert
51831	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	1,00	1,48	0,00-8,85	O/E	≤ 5,02
318	Anwesenheit eines Padiaters bei Frühgeburten	96,06	97,93	96,51-100,00	%	≥ 90,00
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	0,97	1,19	0,00-1,43	O/E	≤ 2,19
1059	Kritisches Outcome bei Reifgeborenen		0,06	0,00-0,1	%	nicht definiert
51181	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten	0,99	1,29	0,6-1,51	O/E	≤ 2,09
322	Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten		1,72	0,73-2,14	%	nicht definiert
323	Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten ohne Episiotomie		1,56	0,61-2,01	%	nicht definiert
324	Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten mit Episiotomie		2,53	1,20-4,24	%	nicht definiert
52244	Mütter und Kinder, die zusammen nach Hause entlassen wurden		94,53	92,09-96,24	%	nicht definiert
52254	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Müttern und Kindern, die zusammen nach Hause entlassen wurden		1,01	0,98-1,03	O/E	nicht definiert
331	Müttersterblichkeiten bei Geburten	16 (0,00%)	0 (0,00%)		Fälle	Sentinel Event

	Sectio caesarea (Entbindungen per Kaiserschnitt Bund und Bremen) Bund: 773.338 Kinder* Bremen: 9.872 Kinder*			
	absolut		in %	
	Bund	Bremen	Bund	Bremen
Per Kaiserschnitt entbunden (insgesamt)	247.529	3062	32,01	31,02%
Kaiserschnitt war geplant (= primäre Sectio caesarea)	105.941	1.281	13,70%	12,98%
Entscheidung zum Kaiserschnitt fiel im Geburtsverlauf (= sekundäre Sectio caesarea)	123.557	1.736	15,98%	17,59%
Sectio caesarea ohne nähere Angaben	18.031	45	2,33%	0,46%

* alle lebend- und totgeborenen Kinder

Aus den Fachgruppenberatungen:

Eine besondere Konstellation in der mütterlichen Anamnese führte dazu, dass Angaben eines Kindes fälschlicherweise dem Indikator **antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt der Mutter von mindestens zwei Kalendertagen** zugeordnet wurden: Auf Grund der schwierigen Vorgeschichte der Mutter (ohne dokumentierte Vorsorgeuntersuchungen) ergaben sich Terminunklarheiten zum Geburtstermin. Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme wurde die Dauer mit 38+2 SSW angenommen. Eine Kortikosteroidtherapie wird in diesem Alter nicht gegeben. Bei Verdacht auf Plazentainsuffizienz und mangelndem Wachstum des Kindes (pathologisches CTG, beginnende Präeklampsie der Mutter) musste die Geburt etwa 30 Stunden nach stationärer Aufnahme eingeleitet werden. Erst nach der Geburt wurde eine Schwangerschaftsdauer von 33 Wochen angenommen.

Nach notfallmäßiger stationärer Aufnahme einer Schwangeren mit starken vaginalen Blutungen, vorzeitiger Plazentaablösung und einer Bradykardie des Kindes musste das Kind per Notsectio (E-E-Zeit 7 Minuten) entbunden werden. Das Frühgeborene war perinatal leblos, konnte aber initial erfolgreich reanimiert werden, zur weiteren Behandlung wurde es in eine Kinderklinik verlegt. Die **Nabelarterien pH-Bestimmung des Frühgeborenen** zeigte eine hochgradige **Azidose**, als schwere Folge der vorzeitigen Plazentaablösung. Nach Einschätzung der Fachgruppe hat das Haus angemessen und umsichtig auf die schweren Bedingungen der Geburt reagiert.

Die übrigen Indikatorergebnisse der Bremer Kliniken wiesen keine rechnerische Auffälligkeit auf.

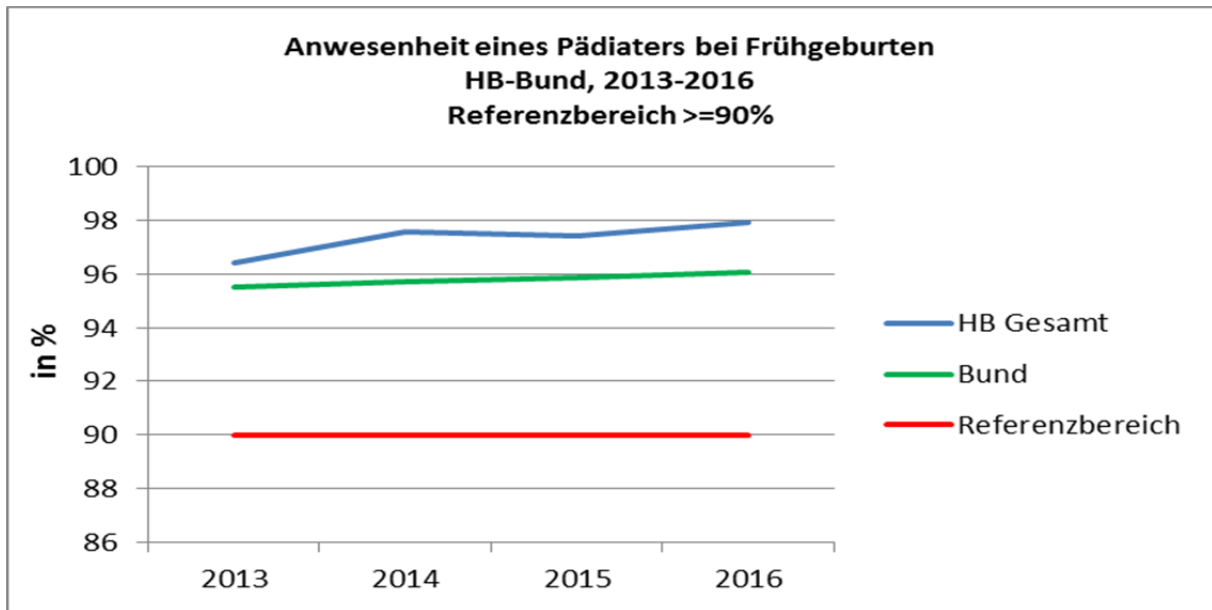


Abbildung 1: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

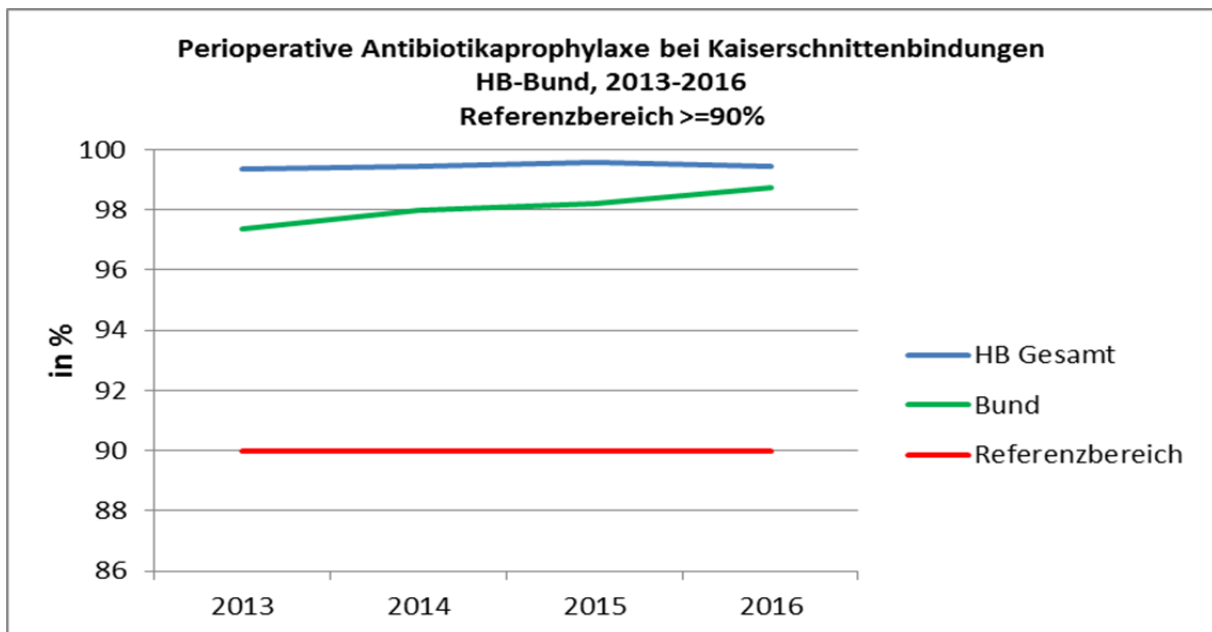


Abbildung 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindungen

Zu den auch planungsrelevanten Indikatoren **Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten** sowie **perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindungen** wiesen die Bremer Kliniken in den vergangenen Jahren konstant gute Ergebnisse auf.

In den Jahren 2013-2016 wurde lediglich eine Klinik in den strukturierten Dialog zum oberen Indikator einbezogen (Anwesenheit eines Pädiaters). Zu einer Frühgeburt war der Kinderarzt nicht rechtzeitig eingetroffen, um die Versorgung des Neugeborenen zu übernehmen. Die besonderen Umstände waren nach Ansicht der Fachgruppe plausibel dargelegt worden.

Im selben Zeitraum lagen die Ergebnisse der Bremer Krankenhäuser zum unteren Indikator stabil innerhalb des bundesweiten Richtwertes und oberhalb des Bundesdurchschnittes.

Neonatologie (Modul Neo)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1.926

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
51070	Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)		0,68	0,00-1,40	%	nicht definiert
51120	Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten		0,79	0,00-2,68	%	nicht definiert
50048	Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate an Todesfällen bei Risiko-Lebend-Geburten (ohne zuverlegte Kinder)	0,99	1,29	0,00-2,77	O/E	≤ 2,28
51832	Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	5,15	4,64	0,00-7,22	%	nicht definiert
51837	Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate an Todesfällen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	1,03	1,53	0,00-1,72	O/E	nicht definiert
51076	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	3,75	6,12	0,00-7,53	%	nicht definiert
50050	Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate an Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	0,96	1,66	0,00-4,66	O/E	nicht definiert
51838	Nekrotisierende Enterokolitis (NEC) mit Operation bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	1,16	0,00		%	nicht definiert
51843	Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate an nekrotisierender Enterokolitis (NEC) mit Operation bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	0,97	0,00		O/E	nicht definiert
51077	Zystische periventriculäre Leukomalazie (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	1,38	0,00		%	nicht definiert
50051	Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate an zystischer periventriculärer Leukomalazie (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	0,94	0,00		O/E	nicht definiert
51079	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	6,28	4,71	0,00-7,14	%	nicht definiert
50053	Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate an bronchopulmonaler Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	0,77	0,99	0,00-1,83	O/E	nicht definiert
51078	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	3,36	1,37	0,00-2,33	%	nicht definiert
50052	Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate an höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	0,89	0,91	0,00-1,05	O/E	nicht definiert
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	0,89	1,29	0,00-2,05	O/E	≤ 1,86

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
50060	Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate an Kindern mit nosokomialen Infektionen pro 1.000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)	1,01	1,08	0,00-1,41	O/E	≤ 2,77
50062	Rate an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)	0,95	0,63	0,00-2,06	O/E	≤ 2,30
51087	Pneumothorax bei Kindern unter oder nach Beatmung		2,52	0,00-6,45	%	nicht definiert
52262	Zunahme des Kopfumfanges bei Entlassung	15,43	22,04	0,00-26,58	%	nicht definiert
50063	Durchführung eines Hörtests	97,46	96,02	94,09-99,05	%	≥ 95,00
50064	Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad	4,30	4,96	0,00-6,10	%	≤ 9,44
51845	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	1,37	0,47	0,00-1,79	%	≤ 6,17

Aus den Fachgruppenberatungen:

Zum Indikator **Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung** hatte eine Kinderklinik die Krankheits- und Behandlungsverläufe von drei Kindern mit schwerwiegenden Komplikationen wie Hirnblutung und bronchopulmonaler Dysplasie geschildert. Zwei der Kinder wurden wegen gravierender Schwangerschaftskomplikationen (vaginale Blutungen, Krampfanfall bei HELLP-Syndrom) unterhalb der 30. SSW vorzeitig per Kaiserschnitt entbunden. Trotz Blutungsprophylaxe trat im Behandlungsverlauf eine Hirnblutung (IVH III°) auf. Die Blutungen wurden vollständig resorbiert und die Kinder ohne weitere Symptome entlassen.

Auch das dritte Kind musste vorzeitig entbunden werden: Aufgrund eines HELLP-Syndroms der Mutter wurde die Geburt mit einem geplanten Kaiserschnitt in der 30. SSW eingeleitet. Vor der Geburt hatte der Fötus einmalig eine Lungenreifebehandlung erhalten. Postpartal wies das Kind eine respiratorische Anpassungsstörung auf und musste wegen einer bronchopulmonalen Dysplasie beatmet werden. Während der Behandlung verbesserte sich der Gesundheitszustand deutlich und das Kind konnte ohne zusätzlichen Sauerstoffbedarf entlassen werden.

Den aufgezeigten Fällen lagen besondere Umstände zu Grunde, die Einfluss auf die Kindesentwicklung nahmen. Nach Ansicht der Fachgruppe hatte die Klinik umsichtig auf diese Herausforderungen reagiert.

Zwei Kinder sind in einem Haus **verstorben**: Ein Kind wurde in einer auswärtigen Geburtsklinik per Notkaiserschnitt wegen akuter Uterus- und Harnblasenruptur der Mutter entbunden. Bei katastrophalen Vitalzeichen (APGAR 0/0/4) musste es reanimiert werden. Nach der umgehenden Verlegung in die Kinderklinik verschlechterte sich der ohnehin kritische Zustand des Kindes erheblich, so dass die Therapie bei infauster Prognose nach Rücksprache mit den Eltern beendet wurde.

Das zweite Kind verstarb an den Folgen seiner schweren Grunderkrankung (Mitochondriopathie im Rahmen eines Syndromes). Es wies diverse Anomalien wie Vierfingerfurche, starke Nackenfalte und weitere auf. Die Prognose des Kindes war infaust.

Die Bewertung des Ergebnisses eines Hauses zum Indikator **Durchführung eines Hörtests** war auf Grund erheblicher Mängel in der Dokumentation nicht möglich. Der während des stationären Aufenthaltes durchgeführte Hörtest wurde nicht im QS-Datensatz dokumentiert.

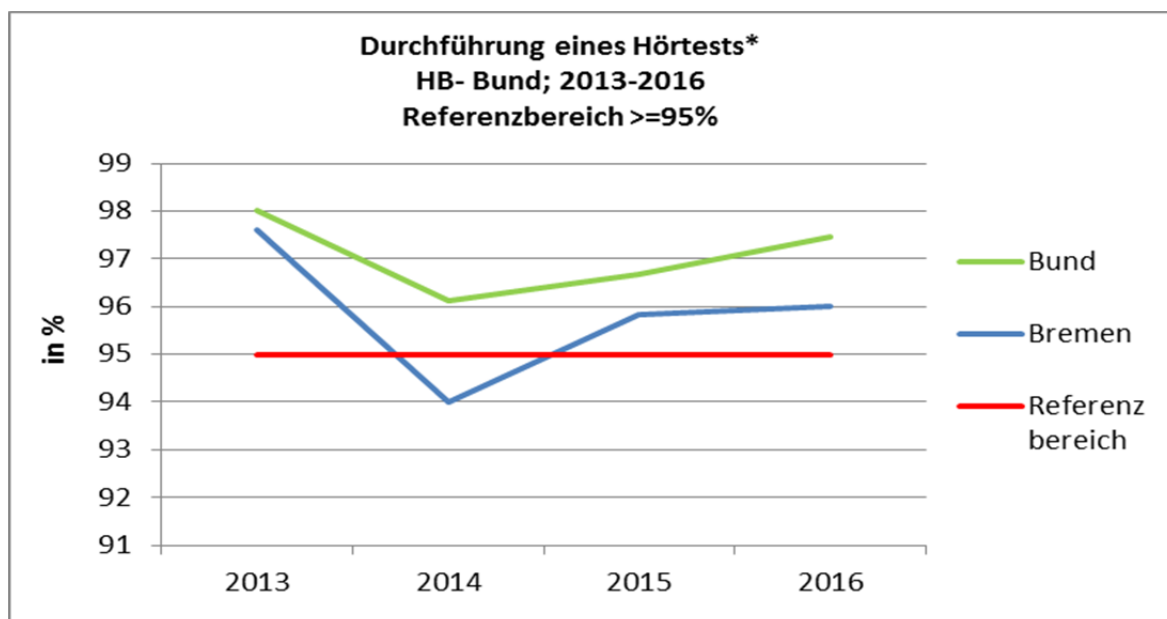


Abbildung 3: Durchführung eines Hörtests
*eingeschränkt vergleichbar

2009 wurde bundesweit verpflichtend ein Neugeborenen-Hörscreening eingeführt mit dem Ziel, primär angeborene Hörstörungen frühzeitig diagnostizieren und behandeln zu können. Seit einigen Jahren wird über das Qualitätsverfahren geprüft, ob dieser Test durchgeführt worden ist.

Der Einbruch 2014 (s. Abbildung 3) ist auf ein Zusammentreffen von diversen Faktoren zurück zu führen: Eine fehlende Antwortmöglichkeit über das Datenfeld, unpräzise Ausfüllhinweise sowie gleichzeitig eine Erweiterung der Grundgesamtheit auf alle lebend nach Hause entlassenen Kinder führten zu einer Verschlechterung der Ergebnisse bremen- wie bundesweit. Seit der Anpassung der Ausfüllhinweise und des Datenfeldes ist eine deutliche Verbesserung der Ergebnisse erkennbar.

Gynäkologische Operationen (Modul 15/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1.906

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
51417	Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen		0,77	0,00-1,75	%	nicht definiert
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen	0,94	1,13	0,00-2,49	O/E	≤ 3,41
51418	Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen (Patientinnen ohne Karzinom, ohne Endometriose, ohne Voroperation im OP-Gebiet)	0,38%	1 (0,16%)	0-1	Fälle	Sentinel Event
12874	Fehlende postoperative Histologie bei isoliertem Ovareingriff	1,33	1,75	0,00-3,85	%	≤ 5,00
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	11,51	11,89	2,50-19,44	%	≤ 20,00
51907	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne spezifische Angabe zum Befund	15,08	14,10	2,50-20,59	%	≤ 28,46
52535	Beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen bis 45 Jahre	96 (24,3%)	3 (21,43%)	0-1	Fälle	Sentinel Event
60676	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an beidseitigen (Salpingo-) Ovariectomien an Ovar- und Adnexeingriffen mit benigner Histologie	1,00	1,33	0,00-1,77	O/E	nicht definiert
612	Organerhaltung (benigne Histologie und Alter ≤ 40 Jahre)	91,03	87,58	83,72-100,00	%	≥ 79,11
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	3,12	1,43	0,00-3,98	%	≤ 6,85

Aus den Fachgruppenberatungen:

Hinsichtlich des Indikators **Organverletzungen bei laparoskopischer Operation** hatte eine Klinik einen falschen Prozedurencode (OPS) verwendet; diese Prozedur hatte die Dokumentationspflicht eines bei korrektem Prozedurenschlüssel an sich nicht dokumentationspflichtigen Falles ausgelöst: Es wurde eine Hysterektomie (mit Salpingovarektomie) durchgeführt, die seit mehreren Jahren nicht mehr dokumentationspflichtig ist.

Wegen Verdachts auf einen malignen Prozess links wurde bei einer Patientin eine Ovariectomie durchgeführt (der rechte Eierstock war bereits entfernt). Nach Einschätzung der Fachgruppe war die Indikation zum Eingriff plausibel dargelegt, das Haus hatte angemessen gehandelt. Hier wurde ein strukturierter Dialog ausgelöst, da nunmehr beide Ovarien entfernt waren. In der Berechnung des Indikators **beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen bis 45 Jahren** bleibt unberücksichtigt, dass der rechte Eierstock bereits vor Jahren entfernt wurde und es sich im aktuellen Fall nicht um eine einseitige Ovariectomie beidseits handelte.

Zum selben Indikator hatte ein anderes Haus einen Dokumentationsfehler eingeräumt: Im aktuellen Aufenthalt wurde eine Adnektomie rechts durchgeführt. Anders als im QS-Datensatz angegeben, waren Eierstock und Eileiter links noch vorhanden.

Zyklusabhängige und zunehmende Depressionen waren unter GnRH-Analoga vollständig rückläufig, so dass sich eine gynäkologische Abteilung unter Einbindung eines Neurologen und auf aus-

drücklichen Wunsch der Patientin zu der Einzelfallentscheidung der beidseitigen Adnexentfernung entschloss (Indikator: s. o.). Die Familienplanung war glaubhaft abgeschlossen; der Patientin geht es seither gut, die Depressionen sind nicht wieder aufgetreten. Der Eingriff war nach Auffassung der Fachgruppe indiziert.

Die übrigen Ergebnisse der Bremer Kliniken im Leistungsbereich lagen innerhalb der bundesweiten Referenzbereiche.

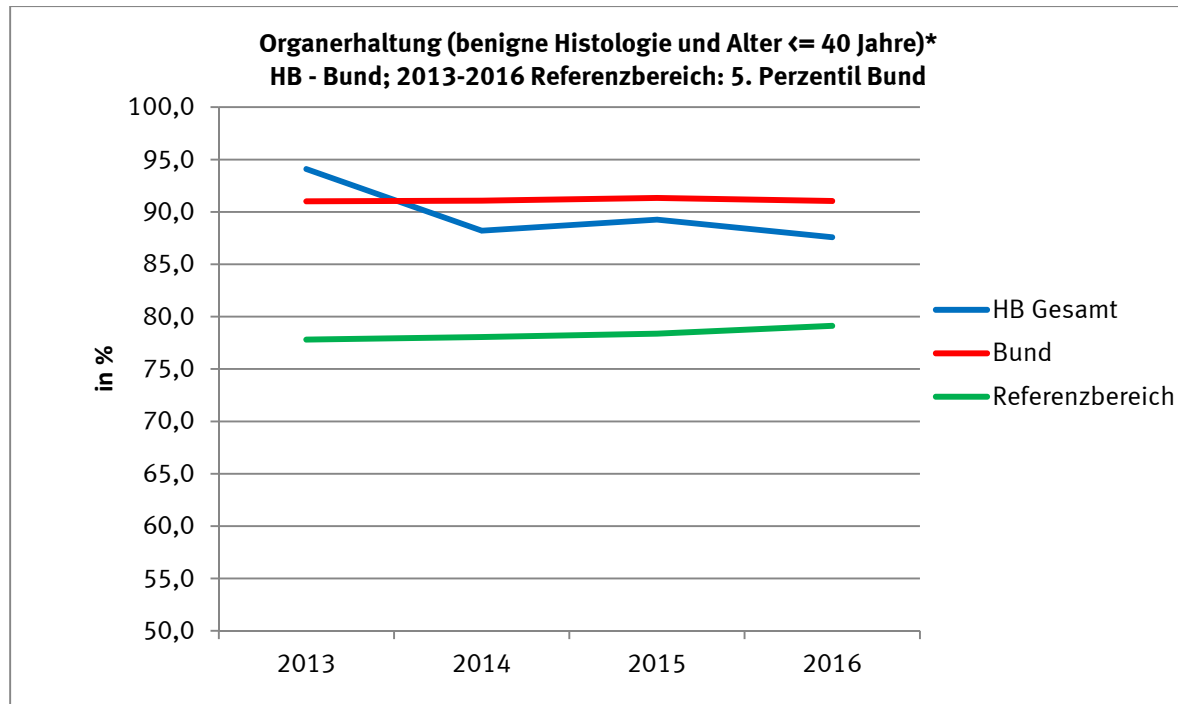


Abbildung 4: Organerhalt bei Patientinnen mit benigner Histologie und Alter ≤ 40 Jahre
* eingeschränkt vergleichbar

Die Ergebnisse zu dem Indikator **Organerhaltung** (s. Abbildung 4) waren in den vergangenen vier Jahren weitgehend unauffällig, d.h. die Bremer Krankenhäuser haben die Indikation zur Organentfernung bei Frauen im gebärfähigen Alter zurückhaltend gestellt. Die Bundesergebnisse liegen seit 2014 etwas oberhalb der Bremer Ergebnisse.

Im betrachteten Zeitraum hatte im Land Bremen eine Klinik den Referenzbereich überschritten. Aus der Stellungnahme des Krankenhauses ging hervor, dass große Tumoren und andere Umstände die Eingriffe indizierten und einem organenthaltenden Vorgehen indizierten.

Mammachirurgie (Modul 18/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1.512

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
51846	Prätherapeutische histologische Diagnose-sicherung (Stanz- oder Vakuumbiopsie)	96,34	97,93	93,33-99,23	%	>= 90,00
52268	Positivitätsrate HER2/neu	13,62	12,07	9,09-21,43	%	nicht definiert
52273	Verhältnis beobachtete zu erwarteter Rate Positivitätsrate HER2/neu	0,99	0,89	0,65-1,72	O/E	nicht definiert
52330	Intraoperative Präparatradiographie oder -sonographie bei mammographischer Drahtmarkierung	98,52	91,4	51,61-100,00	%	>= 95,00
52279	Intraoperative Präparatradiographie oder -sonografie bei sonographischer Drahtmarkierung	90,71	97,13	64,52-100,00	%	>= 95,00
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	8 (0,12%)	0 (0,00%)		Fälle	Sentinel Event
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	10,34	13,33	0,00-28,57	%	<= 18,39
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	95,44	93,04	81,97-100,00	%	>= 90,00
51370	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation unter 7 Tage	6,33	4,6	1,21-13,48	%	<= 24,15
51371	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation über 21 Tage		28,62	13,89-58,18	%	nicht definiert
60659	Nachresektionsrate	19,09	16,72	7,14-37,78	%	nicht definiert

Aus den Fachgruppenberatungen:

Der Verdacht auf Dokumentationsfehler zum Auffälligkeitskriterium **Patientinnen ohne Angaben zur Ro-Resektion bei invasivem Mamma-Karzinom** hatte sich für ein Haus bestätigt. Die Fachgruppe empfahl dem Haus nachdrücklich, die Datensätze unterjährig und regelmäßig zu kontrollieren; hausinterne Auswertungen können diese Prozesse hilfreich unterstützen.

Die Ergebnisse eines Hauses zu den Indikatoren **intraoperative Präparateradiographie oder intraoperative Präparatemammographie bei mammographischer Drahtmarkierung** und **intraoperative Präparateradiographie oder intraoperative Präparatemammographie bei sonographischer Drahtmarkierung** wertete die Fachgruppe als qualitativ auffällig, da zu den angefragten Fällen die erforderlichen radiologischen bzw. sonographischen Untersuchungen nicht erfolgten und die Ausführungen der Stellungnahme das abweichende Vorgehen nicht hinreichend begründeten.

Aus der Stellungnahme zum Indikator **Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB)** gingen die Gründe für den Verzicht auf eine SLNB und die Entscheidung zur Lymphknotenadenektomie nicht klar hervor. Die Fachgruppe konnte abschließend nicht erkennen, ob die Entscheidung zur abweichenden Therapie z. B. auf ein technisches, aber behebbares Problem zurückzuführen war. Das Ergebnis wurde als qualitativ auffällig gewertet.

Im Falle technischer Probleme erwartet die Fachgruppe einen Umstieg auf adäquate alternative Verfahren (hier: z. B. Blauspritzen). Lymphknotenadenektomien gehen mit einer erhöhten Morbidität für die Patientinnen einher und sollten möglichst vermieden werden, die Indikation ist sehr streng zu stellen.

Nachdem in einem weiteren Haus bereits 2015 aufgrund eines technischen Defekts an der Gammasonde in einzelnen Fällen Sentinel-Lymphknoten nicht (ausreichend) detektiert wurden, waren trotz umfangreicher Maßnahmen (Reparatur, Ersatzsonde, hausinterne Prozessänderungen) auch 2016 einige wenige Fälle aufgetreten, in denen die SLNB nicht zuverlässig identifiziert werden

konnten. Wegen begründeter Zweifel an der technischen Zuverlässigkeit der Sonde entschloss sich das Haus zu einer Ersatzbeschaffung. Es hatte sich nach Feststellen des technischen Problems glaubhaft um Abhilfe bemüht und adäquat reagiert. Gleichwohl war das Problem 2016 noch nicht behoben, so dass zwei Patientinnen statt einer SLNB eine Lymphadenektomie erhielten, die mit stärkeren Begleitsymptomen einhergehen kann. Wegen Hinweises auf einen Strukturmangel durch ein technisches Problem wertete die Fachgruppe das Ergebnis als qualitativ auffällig.

Bei vier Patientinnen mit **DCIS und brusterhaltender Therapie (BeT)** erfolgte **eine Sentinel-Lymphknotenentnahme**, zumeist als Präventiveingriff im Vorfeld tumoradaptierter Reduktionsplastiken. Dieses Vorgehen wird weder von der aktuellen S3-Leitlinie noch von den AGO-Empfehlungen (Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie) empfohlen. Die Fachgruppe erkannte hier auf Prozessprobleme und wertete das Ergebnis des Hauses als qualitativ auffällig.

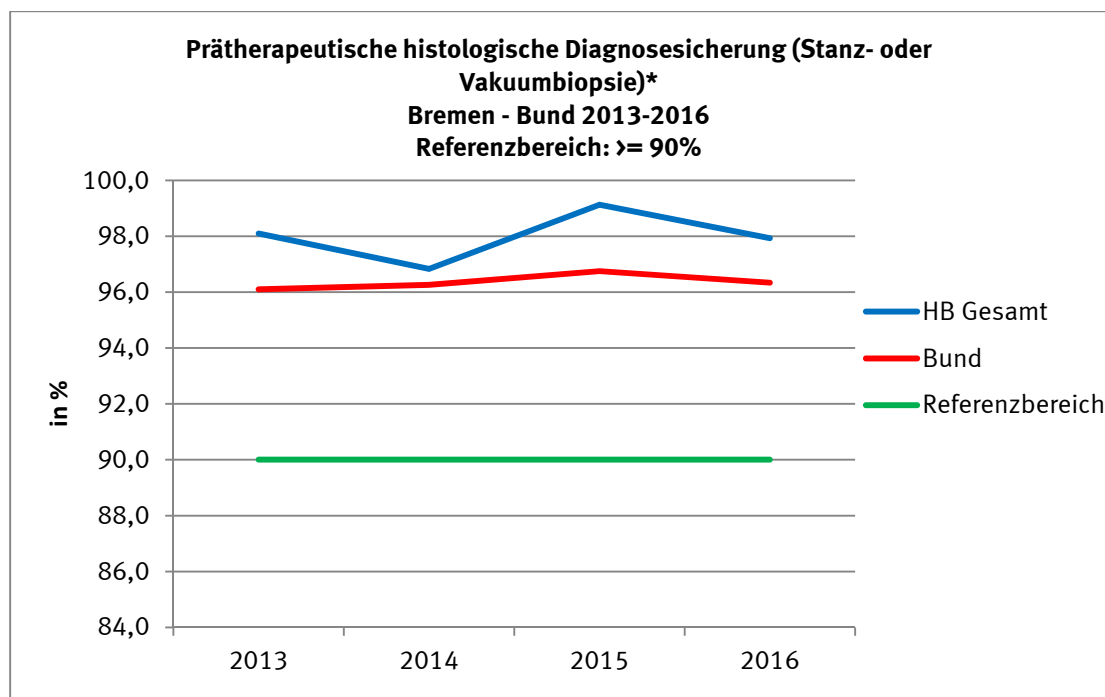


Abbildung 5: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung
* eingeschränkt vergleichbar

Der Abbildung 5 ist zu entnehmen, dass vor Brustkrebsoperationen zuvor die Diagnose Brustkrebs nahezu vollständig durch histologische Untersuchungen von Gewebe, das durch eine Vakuum- oder Stanzbiopsie gewonnen wurde, abgesichert ist. Seit Einführung des Indikators liegen die Ergebnisse der Bremer Krankenhäuser auch im bundesweiten Vergleich auf einem überdurchschnittlich hohen Niveau. Ein strukturierter Dialog ist bisher nicht eingeleitet worden, da die Kliniken stets den geforderten Referenzbereich erreicht hatten.

Darstellungen oder Indikatoren zur Nachresektionsrate nach Brustkrebsoperationen sollten nach Meinung der Bremer Fachgruppe auch Informationen darüber enthalten, ob der Initialeingriff im eigenen oder einem fremden Krankenhaus durchgeführt wurde, da sich hierdurch Hinweise auf die Güte und Sorgfalt des Ersteinriffes ergeben können.

Zu den übrigen Ergebnissen der Bremer Krankenhäuser wurden weder rechnerische noch qualitative Auffälligkeiten festgestellt.

Hüftgelenknahe Femurfraktur, osteosynthetische Versorgung (Modul 17/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 674

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
54030	Präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus	19,66	18,99	10,53-44,83	%	≤ 15,00
54031	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	99,52	99,55	97,37-100,00	%	≥ 95,00
54033	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,00	0,83	0,09-1,63	O/E	≤ 2,27
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	1,07	1,04	0,00-3,95	%	≤ 4,46
54036	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Implantatfehlstelle, -dislokation oder Fraktur	0,83	1,04	0,00-3,08	O/E	≤ 4,30
54035	Implantatfehlstelle, -dislokation oder Fraktur		0,89	0,00-2,63	%	nicht definiert
54038	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an postoperativen Wundinfektionen	0,92	0,89	0,00-2,93	O/E	≤ 3,14
54037	Postoperative Wundinfektion		0,59	0,00-1,72	%	nicht definiert
54039	Wundhämatom/Nachblutung		0,89	0,00-2,41	%	nicht definiert
54040	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Wundhämatomen/Nachblutungen	0,87	0,80	0,00-2,04	O/E	≤ 3,72
54042	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen	0,95	1,25	0,00-1,97	O/E	≤ 2,19
54041	Allgemeine postoperative Komplikation		8,01	0,00-12,96	%	nicht definiert
54046	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen	0,98	1,21	0,00-2,43	O/E	≤ 2,00
54045	Sterblichkeit im Krankenhaus		6,08	0,00-12,93	%	nicht definiert
54034	Gefäßläsion/Nervenschaden		0,00		%	nicht definiert
54043	Reoperation aufgrund von Komplikationen		1,48	0,00-4,31	%	nicht definiert

Aus den Fachgruppenberatungen:

Mehrheitlich wurde in diesem Leistungsbereich mit sieben Kliniken der strukturierte Dialog zum Indikator **präoperative Verweildauer > als 24 Stunden nach Aufnahme** geführt. Die Ergebnisse der meisten Krankenhäuser haben sich im Vergleich zum Verfahrensjahr 2015 stark verbessert, zum Teil im zweistelligen Bereich. Zugleich zeigt der Landesdurchschnitt einen deutlich positiven Trend – auch liegt er unterhalb des Bundesdurchschnittes. Im Bundesvergleich gehört Bremen zu den Ländern mit den deutlichsten Verbesserungen im Indikator.

Dennoch wurden die Ergebnisse zweier Häuser als qualitativ auffällig gewertet: für ein Haus hatten sich die Ergebnisse im Vergleich zu den Vorjahren erheblich verschlechtert. Den Ausführungen zufolge begründeten Strukturprobleme wie fehlendes Fachpersonal oder OP- sowie postoperative Überwachungs Kapazitäten die verlängerten Verweilzeiten der überwiegend multimorbiden Patienten. Die Fachgruppe hatte das Haus aufgefordert darzulegen, welche Konsequenzen aus dem diesjährigen Ergebnis gezogen und mit welchen Maßnahmen auf das Problem reagiert wurde. Das Papier wurde noch nicht abschließend beraten, es wurde aber deutlich, dass hausintern OP-Planung und Verlegungsmanagement unterjährig reorganisiert wurden.

Die S2-Leitlinie „Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen“ fordert seit 2015 die operative Versorgung möglichst innerhalb von 24 Stunden. Nach Einschätzung der Fachgruppe hatte das zweite Haus nicht hinreichend dargelegt, weshalb es in den ausgewiesenen Fällen von den Leitlinienempfehlungen abgewichen ist. Sie wertete das Indikatorergebnis daher als qualitativ auffällig, trotz der positiven Entwicklungen seit Ende 2016, von denen das Haus anhand hausinterner Auswertungen berichtete.

In den übrigen Kliniken begründete darüber hinaus oftmals der schlechte Gesundheitszustand von Patienten eine operative Versorgung oberhalb von 24 Stunden nach Krankenhausaufnahme. Diese Patienten mussten präoperativ zunächst stabilisiert werden, um sowohl Narkose- als auch OP-Fähigkeit zu erlangen, was nicht immer innerhalb von 24 Stunden möglich war.

Manche Patienten wiesen ältere Frakturen auf, die einer zügigen, aber nicht prioritären Versorgung bedurften. Ein Haus hatte versehentlich gestauchte Schenkelhalsfrakturen nach Garden I und einen Trochanterabriss über den Datensatz dokumentiert – die operative Versorgung kann hier etwas später erfolgen als bei der hüftgelenknahen Femurfraktur.

Zumeist haben die in den strukturierten Dialog einbezogenen Kliniken eingeführte oder weiter geplante Bemühungen zur Verkürzung der präoperativen Verweildauer skizziert. Zur Reduktion von Dokumentationsfehlern haben die Kliniken ihre Schulungen verstärkt.

Zwei Krankenhäuser wurden zum Indikator **Sterblichkeit** um Stellungnahmen gebeten. Nach Einschätzung der Fachgruppe hatten beide die Verläufe ausführlich und nachvollziehbar beschrieben und analysiert; ein Anhalt für Probleme in der medizinischen Versorgung ergab sich für die Fachgruppe nicht. In fast allen Fällen des einen Hauses handelte es sich um Patienten mit pertrochantären Frakturen, die eine operative Versorgung verlangen. Die meisten Patienten litten unter schweren Begleiterkrankungen (ASA 4), das Durchschnittsalter betrug knapp 90 Jahre, Revisions Eingriffe waren nicht erforderlich. Fast alle Patienten wurden postoperativ intensivmedizinisch nachbetreut und etwa die Hälfte der Patienten wünschte aufgrund einer Patientenverfügung keine Therapieeskalation. Weder in abteilungsübergreifenden M&M-Konferenzen noch in der Fachgruppe konnten eindeutige Korrelationen zu den Verläufen hergestellt werden. Ein kritisches Augenmerk wird die Klinik zukünftig auf den Operationszeitpunkt legen, der in der überwiegenden Zahl der Patienten innerhalb von 24 Stunden lag.

Auch die Patienten des zweiten Hauses litten nachweislich unter sehr schweren Krankheiten, denen sie trotz intensiver Therapie erlegen sind (paralytischer Subileus, der sich trotz symptomatischer Therapie verschlechterte; Multiorganversagen bei Pneumonie und Lungenembolie; postoperativ schwere Wundheilungsstörungen mit septischem Verlauf nach Unterschenkelamputation, später auch der Oberschenkelwunde, bei pAVK Grad IV, Diabetes mellitus, Z. n. Mediainfarkt und anderen schweren Erkrankungen). Einige Patienten hatten schriftlich eine Therapiebegrenzung verfügt.

Das Krankenhaus hatte nach Einschätzung der Fachgruppe die nachweislich schwer kranken Patienten umsichtig und sehr engagiert versorgt, die tragischen Verläufe der Patienten waren schicksalhaft.

Hüftendoprothesenversorgung (Modul HEP)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 2.780

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
54001	Indikation zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	96,54	98,50	96,75-100,00	%	≥ 90,00
54002	Indikation zum Hüft-Endoprothesenwechsel	93,02	95,62	40,00-100,00	%	≥ 86,00
54003	Präoperative Verweildauer über 48 Stunden	17,46	11,57	0,00-29,31	%	≤ 15,00
54004	Sturzprophylaxe	92,87	98,04	89,29-100,00	%	≥ 80,00
54005	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	99,79	99,89	98,63-100,00	%	≥ 95,00
54015	Allgemeine intra- oder postoperative Komplikation bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	11,53	13,04	0,00-17,39	%	≤ 25,00
54016	Allgemeine intra- oder postoperative Komplikationen bei einer elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1,77	1,45	0,00-3,71	%	≤ 6,35
54017	Allgemeine intra- oder postoperative Komplikationen bei einer Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels	6,16	4,55	0,00-11,11	%	≤ 19,17
54018	Spezifische intra- oder postoperative Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	4,42	4,71	0,00-9,72	%	≤ 11,55
54019	Spezifische intra- oder postoperative Komplikationen bei elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantationen	2,37	2,20	0,00-2,94	%	≤ 8,00
54120	Spezifische intra- oder postoperative Komplikationen bei Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels	10,19	10,95	0,00-33,33	%	≤ 23,95
54010	Beweglichkeit bei Entlassung	97,98	99,41	75,00-100,00	%	≥ 95,00
54012	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	0,91	0,92	0,00-2,08	O/E	≤ 2,15
54011	Gehunfähigkeit bei Entlassung		4,47	0,00-40,91	%	nicht definiert
54013	Sterblichkeit während des akut-stationären Aufenthaltes mit geringer Sterbewahrscheinlichkeit	406 (0,20%)	2 (0,09%)	0-2	Fälle	Sentinel Event
54014	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an an Todesfällen		0,92	0,00-1,72	O/E	nicht definiert
10271	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (Follw-up)	1,00		0,0-1,43	O/E	≤ 2,39

Aus den Fachgruppenberatungen:

Zum Indikator **präoperative Verweildauer bei endoprothetisch versorgter hüftgelenknaher Femurfraktur oberhalb von 48 Stunden** hat sich das Bremer Landesergebnis im Vergleich zu 2015 deutlich verbessert (-4%) und liegt weit unter dem bundesweiten Referenzbereich. Das Bundesergebnis wird sogar um 6% unterschritten. Es zeigt sich, dass die Bemühungen um eine frühzeitige operative Versorgung Früchte tragen, denn der Großteil der Kliniken hat sein Indikatorergebnis deutlich verbessern können. Zwei Kliniken hatten den Referenzbereich nicht erreicht (2015 waren es vier Kliniken): Ein Haus, das in den vergangenen Jahren stets innerhalb des

Richtwertes lag, hatte nach Einschätzung der Fachgruppe die längeren Verweildauer gut begründet darlegen können. Die Patienten mit sehr schweren Begleiterkrankungen bedurften umfangreicher Maßnahmen der präoperativen Stabilisierung von schweren internistischen Grunderkrankungen. Durch die Einnahme gerinnungshemmender Medikamente wiesen viele Patienten höhere Blutungsgefahren auf. Diese konnten therapeutisch nicht immer im anvisierten Zeitraum von 48 Stunden reduziert werden.

Zur Diagnosesicherung wurden in einigen Fällen weitere Untersuchungen erforderlich, wodurch sich die präoperative Verweildauer ebenfalls verlängerte.

Im zweiten Haus hatte sich die präoperative Verweildauer im Vergleich zum Vorjahr erheblich verschlechtert. Die Klinik hatte insbesondere organisatorisch-strukturelle Gründe (Kapazitäten auf der Intensivstation, in der Anästhesie oder am Wochenende) für die längeren Verweildauern angeführt. Die Fachgruppe hatte die Stellungnahme intensiv erörtert und Struktur- bzw. Prozessmängel identifiziert.

Zum Qualitätsindikator **Indikation bei Hüft-TEP-Wechsel/-Komponentenwechsel** wies ein Haus Abweichungen vom Referenzbereich auf. Es stellte sich heraus, dass es sich bei korrekter Indikationsstellung vereinzelt um Dokumentationsfehler handelte, die die Abweichung begründeten. In einigen Fällen bestätigte sich der Verdacht auf einen Infekt nach dem Revisionseingriff nicht, dieser Sachverhalt lässt sich allerdings nicht über den Datensatz abbilden, so dass sich eine systembedingte Ungenauigkeit in der Dokumentation nicht verhindern ließ.

Hinsichtlich des Indikators **spezifische Komplikationen nach Hüft-TEP-Wechsel** hatte eine Abteilung in einem Fall den Grund für die Wechseloperation (Erstimplantation auswärtig) – rezidivierende Luxationen – versehentlich als Komplikation dokumentiert. Bei einer 82jährigen Patientin mit deutlich reduziertem Allgemeinzustand entwickelte sich nach der operativen Versorgung der Oberschenkelhalsfraktur eine Infektion, die chirurgisch behandelt werden musste. Bei einem weiteren Patienten unter Marcumartherapie konnte ein nach der chirurgischen Versorgung der Schenkelhalsfraktur postoperativ aufgetretenes Hämatom erfolgreich ausgeräumt und der Patient wie geplant zur weiteren Mobilisation in die Geriatrie verlegt werden.

Das **postoperative Bewegungsausmaß** wurde für einen Patienten nicht korrekt im QS-Bogen dokumentiert. Einen Hinweis auf Mängel in der medizinischen Versorgung hatte die Fachgruppe nicht ausmachen können.

Die geschilderten Verläufe der zwei Patienten mit elektiver Hüft-TEP-Implantation, die während des stationären Aufenthaltes **verstorben** waren, lieferten nach Einschätzung der Fachgruppe keinen Hinweis auf Mängel in der Versorgungsqualität. Beide Patienten wiesen ausgeprägte orthopädische Befunde bis zur Immobilität auf und wurden über das z. T. deutlich erhöhte Operationsrisiko (u.a. wegen schwerer Niereninsuffizienz, Diabetes mellitus, Leberzirrhose) aufgeklärt und präoperativ internistisch entsprechend vorbereitet.

Die Ergebnisse aller Bremer Krankenhäuser lagen zu dem neu eingeführten Indikator in der Follow-Up-Betrachtung der Hüftendoprothesenversorgung und früherer Wechseleingriffe innerhalb des bundesweit geltenden Referenzbereiches.

Knieendoprothesenversorgung (Modul KEP)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1.749

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
54020	Indikation zu Knie-Totalendoprothese	97,43	99,47	95,56-100,00	%	≥ 90,00
54021	Indikation zur Schlittenprothese	94,25	99,26	96,00-100,00	%	≥ 90,00
54022	Indikation zum Knie-Endoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel	91,02	97,83	94,12-100,00	%	≥ 86,00
54023	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	99,75	99,94	99,80-100,00	%	≥ 95,00
54123	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	1,27	1,61	0,00-6,45	%	≤ 5,01
50481	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel	2,50	2,26	0,00-16,67	%	≤ 9,09
54124	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	1,13	0,99	0,00-1,69	%	≤ 4,14
54125	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel	4,50	4,38	0,00-11,76	%	≤ 12,85
54026	Beweglichkeit bei Entlassung	92,03	94,98	84,72-100,00	%	≥ 80,00
54028	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	0,72	0,85	0,00-4,14	O/E	≤ 3,41
54027	Gehunfähigkeit bei Entlassung		0,71	0,00-6,67	%	nicht definiert
54127	Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit	63 (0,04%)	0 (0,00%)		Fälle	Sentinel Event
54128	Knieendoprothesen Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf (Follow-up)	98,18		97,26-100,00	%	≥ 94,91

Aus den Fachgruppenberatungen:

Ergebnisse und Hintergründe zum Indikator **allgemeine Komplikationen** bei Knie-TEP-Implantation wurden nach Einschätzung der Fachgruppe nachvollziehbar und plausibel dargelegt: Zwei Patienten mit klarer Indikation für die Implantation eines künstlichen Kniegelenkes nach Ausschöpfung der konservativen Therapie, aber erhöhten Op- und Narkoserisikos (Bluthochdruck, AV-Block 1. Grades, chronische Niereninsuffizienz bzw. chronische Herz- und Niereninsuffizienz, KHK und arterieller Hypertonus) waren nach zunächst komplikationslosem Verlauf wenige Tage postoperativ an den Folgen eines kardiogenen Schocks bzw. eines Herzinfarktes verstorben. Nach Einschätzung der Fachgruppe handelte es sich um schicksalhafte Verläufe, die Indikation zum operativen Eingriff war in beiden Fällen gegeben.

Hinweise auf Mängel in der Versorgung konnte die Fachgruppe auch zum Indikator **Gehfähigkeit zur Entlassung** bei Knieendoprothesenversorgung nicht erkennen. Die verzögerte Mobilisierung erklärte sich durch schwere internistische Vorerkrankungen.

Die Ergebnisse Bremer Krankenhäuser zum neu eingeführten Indikator in der Follow-Up-Betrachtung in der Knieendoprothesenversorgung und früher Wechseleingriffen wichen nicht von dem Referenzbereich ab.

Pflege: Dekubitusprophylaxe (Modul Dek)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 2.575

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
52009	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	1	0,81	0,35-1,75	O/E	≤ 1,95
52008	Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus (ohne Dekubitalulcera Grad/ Kategorie 1)		0,33	0,12-0,79	%	nicht definiert
52326	Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie 2		0,28	0,10-0,73	%	nicht definiert
52327	Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad 3 oder Grad/ Kategorie "nicht näher bezeichnet"		0,04	0,00-0,07	%	nicht definiert
52010	Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie 4	1232 (0,01%)	9 (0,00%)	0-3	Fälle	Sentinel Event

Aus den Fachgruppenberatungen:

Für das Jahr 2016 wurden neun **in Krankenhäusern entstandene Dekubitusgeschwüre Grad 4** dokumentiert. Für zwei Kliniken wurden Prozess- bzw. Strukturprobleme identifiziert, die die Entstehung dieser schweren Hautschädigungen zum Teil vermutlich begünstigt hatten:

Ein Patient mit schweren Durchblutungsstörungen entwickelte eine schwere Hautläsion, bei der es sich wahrscheinlich nicht um ein Druckgeschwür, sondern um nekrotisches Gewebe in Folge der Durchblutungsstörungen handelte.

Vermutlich postoperativ bzw. postinterventionell trat bei einem Patienten in derselben Klinik nach Angiographie durch die mehrfache lange Rückenlage auf Op- bzw. Angiographie-Tisch ein Dekubitus Grad 4 auf. Die Auflagen geben dem langen Liegedruck nach gewisser Zeit nach. Trotz dieser schweren, in sich schlüssigen und vermutlich nicht zu verhindernden Verläufe stellte die Fachgruppe Lücken in der Dokumentation fest, die auf Prozessmängel schließen ließ, wie fehlendes Aufnahmescreening und fehlende Verlaufsdokumentation. So konnte die Fachgruppe die Entstehung der Ulcera aufgrund fehlender Ersteinschätzung nicht nachvollziehen. Sie wertete das Ergebnis als qualitativ auffällig.

Der pflegerischen Geschäftsführung wurde dringend empfohlen, geeignete Maßnahmen einzuleiten, die das Screening des Hautstatus bei Aufnahme sowie dessen Dokumentation auf peripheren und Intensivstationen sicherstellen. Die Wundverlaufsdokumentation sollte in dem Haus vereinfacht und übersichtlicher organisiert werden (derzeit wird diese an mehreren Stellen sowohl elektronisch als auch auf Papier zu erfasst).

Der vorgestellte Fall eines weiteren Hauses hätte sich aufgrund des komplexen Krankheitsgeschehens wahrscheinlich nicht verhindern lassen. Zudem sprach die Beschreibung des Hautdefekts nach Ansicht der Fachgruppe eher für einen Grad 3 als einen Grad 4. Gleichwohl hatte sie Prozessprobleme (nicht dokumentierte Risikoeinschätzung bei Aufnahme oder zu anderem Zeitpunkt, fehlende Verlaufsdokumentation) identifiziert, weshalb sie das Ergebnis als qualitativ auffällig gewertet hatte.

Vier Krankenhäuser hatten nachvollziehbar dargelegt, weshalb trotz angemessener prophylaktischer Maßnahmen die Entstehung von schweren Druckulcera bei sechs Patienten nicht verhindert werden konnte. Bei erschwerenden krankheitsbedingten Umständen und erheblichen Mobi-

litätseinschränkungen waren die schweren Dekubitus entstanden – die Möglichkeiten der Prävention waren in diesen Fällen ausgeschöpft worden. Beispielsweise waren für einen Patienten in sehr kritischem Zustand kreislaufbedingt (katecholaminpflichtig) Positionswechsel kaum möglich und es entwickelte sich ein Dekubitus Grad 3 oder 4 unbekannter Tiefe an der Ferse. In Ermangelung adäquater Antwortmöglichkeiten auf dem Dokumentationsbogen hatte das Haus einen Dekubitus Grad vier verschlüsselt, obwohl es sich um einen nicht einstuftbaren Dekubitus Grad 3 oder 4 mit unbekannter Tiefe gehandelt hat, der allerdings über den Datensatz nicht korrekt dokumentiert werden kann. Neben dieser fehlenden Antwortmöglichkeit beklagte die Fachgruppe divergierende Vorgaben zur Dekubitusgradierung von DIMDI und IQTiG, die die Anwender verunsichern: Laut DIMDI ist in Zweifelsfällen der niedrigere Grad anzugeben, das IQTiG verlangt für den Datensatz den höheren.

Fersendekubitus sind nach Einschätzung der Fachgruppe trotz Hohllagerung vereinzelt nicht zu verhindern, da die Lagerungsmittel verrutschen können. Dies gilt insbesondere bei Aktivität nicht vollständig immobiler Patienten. Eine Klinik hat spezielle Unterschenkelschienen zur Hohllagerung eingeführt. Allerdings können diese zu Bewegungseinschränkungen führen, die der Mobilisierung entgegenstehen können.

Ein Haus hat gute Erfahrungen damit gemacht, die prä und postoperative oder -interventionelle Hautkontrolle von Fersen und Kreuzbein in die Team-Time-Out-Abfrage zu übernehmen.

Um die Güte der Stellungnahmen im Leistungsbereich Dekubitusprophylaxe weiter zu verbessern, wurde die Matrix zur Gliederung der Stellungnahmen, die seit vielen Jahren erfolgreich eingesetzt wird, präzisiert und erweitert.

Ambulant erworbene Pneumonie (Modul Pneu)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 2.348

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
2005	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach Aufnahme	98,33	98,47	96,53-100,00	%	≥ 95,00
2006	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach Aufnahme an allen Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden		98,46	96,39-100,00	%	nicht definiert
2007	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach Aufnahme an allen Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden		98,70	75-100,00	%	nicht definiert
2009	Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme	95,74	94,81	89,55-97,67	%	≥ 90,00
2012	Frühmobilisation, Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65	97,30	97,22	91,67-100,00	%	≥ 95,00
2013	Frühmobilisation, Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65	93,63	90,18	75,89-100,00	%	≥ 90,00
2028	Vollständig bestimmte klinische Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	95,88	95,22	90,67-100,00	%	≥ 95,00
50778	Verhältnis beobachtete zu erwarteter Rate an Todesfällen	1,00	1,10	0,78-1,52	O / E	≤ 1,56
11878	Sterblichkeit im Krankenhaus		13,80	10,45-20,46	%	nicht definiert
50722	Atemfrequenzbestimmung bei Aufnahme	96,32	93,84	82,56-100,00	%	≥ 95,00

Aus den Fachgruppenberatungen:

Zum Indikator **Atemfrequenzmessung bei Aufnahme** wichen fünf Kliniken vom Referenzbereich ab. In der Mehrheit wiesen sie im Vergleich zum Vorjahr schlechtere Ergebnisse auf; die Indikatorergebnisse von drei Kliniken wurden wegen Hinweises auf Strukturmängel als qualitativ auffällig gewertet. So hatte beispielsweise in einem Haus die zentrale Notaufnahme die dokumentierte Atemfrequenz bei Aufnahme nur lückenhaft in das QS-System übertragen, insbesondere für so genannte Außenlieger (Patienten, die aus Kapazitätsgründen nicht in internistischen Fachabteilungen untergebracht werden). Für diese Gruppe ist die Sicherstellung von Erhebung und Dokumentation diagnostischer Verfahren wie Atemfrequenzmessung organisatorisch oftmals eine Herausforderung. Die nicht erhobene Atemfrequenz bei Patienten mit einer AND-Anordnung (allow-natural death) hatte die Fachgruppe als nicht nachvollziehbar gewertet, da sie weder invasiv noch belastend ist und aufwandsarm gemessen werden kann.

Ein anderes Haus hatte wegen struktureller Probleme (Personalengpässe) die Vorgaben zur Atemfrequenzmessung bei Aufnahme nicht erfüllt. Die Abweichungen zum Indikator wurden verschiedentlich auf eine nicht ausreichende Qualifizierung des Personals und Unterbesetzung insbesondere am Wochenende und an Feiertagen zurückgeführt. Die Fachgruppe Pneumonie forderte das Klinikum auf, dieses Diagnoseverfahren für die Patienten auch an Wochenenden und Feiertagen durch qualifiziertes Personal sicherzustellen.

Wegen Vorliegens eines Strukturmangels – fehlende durchgängige Besetzung der Röntgenabteilung mit Fachpersonal (MTRA) – wertete die Fachgruppe das Ergebnis eines Hauses zum Indikator **antimikrobielle Therapie** als qualitativ auffällig: Den Angaben des Krankenhauses zufolge ist die

Röntgenabteilung des Hauses nicht durchgängig mit Fachpersonal (MTRA) besetzt. In den Abendstunden und am Wochenende existiert demnach lediglich ein Bereitschaftsdienst, der auf Anforderung kommt.

In der Notaufnahme scheuten sich Assistenzärzte, den Bereitschaftsdienst der Röntgenabteilung in den genannten Zeiten z. B. für die Anfertigung einer Lungenaufnahme zur Abklärung einer CAP anzufordern. In der Folge verzögerten sich Diagnosestellung und Beginn der einschlägigen Therapie, im hier angemahnten Fall die Einleitung der antimikrobiellen Therapie.

Die Geschäftsführung des Krankenhauses wurde von der Fachgruppe aufgefordert, in der Röntgenabteilung eine kontinuierliche Präsenz von qualifiziertem Personal sicherzustellen, da die medizinische Versorgung von Patienten mit Verdacht auf (ambulant erworbene) Pneumonie eine Röntgendiagnostik der Lunge unter permanenter Anwesenheit qualifizierten Röntgenpersonals voraussetzt. Eine durchgängige Präsenz des Personals in der Röntgenabteilung ist stets sicherzustellen.

Nach einem kontinuierlichen Anstieg der Ergebnisse zur **Frühmobilisation der Patienten mit Risikoklasse 1 nach CRB-Score** innerhalb der letzten Jahre, haben sich die Bremer Ergebnisse für 2016 leicht verschlechtert (s. Abbildung 6). Die Bundesergebnisse haben sich nicht in gleichem Maße nach oben entwickelt, allerdings hält hier der positive Trend an. Über die Jahre überschreiten beide (Bremen und Bund) den bundesweiten Richtwert deutlich.

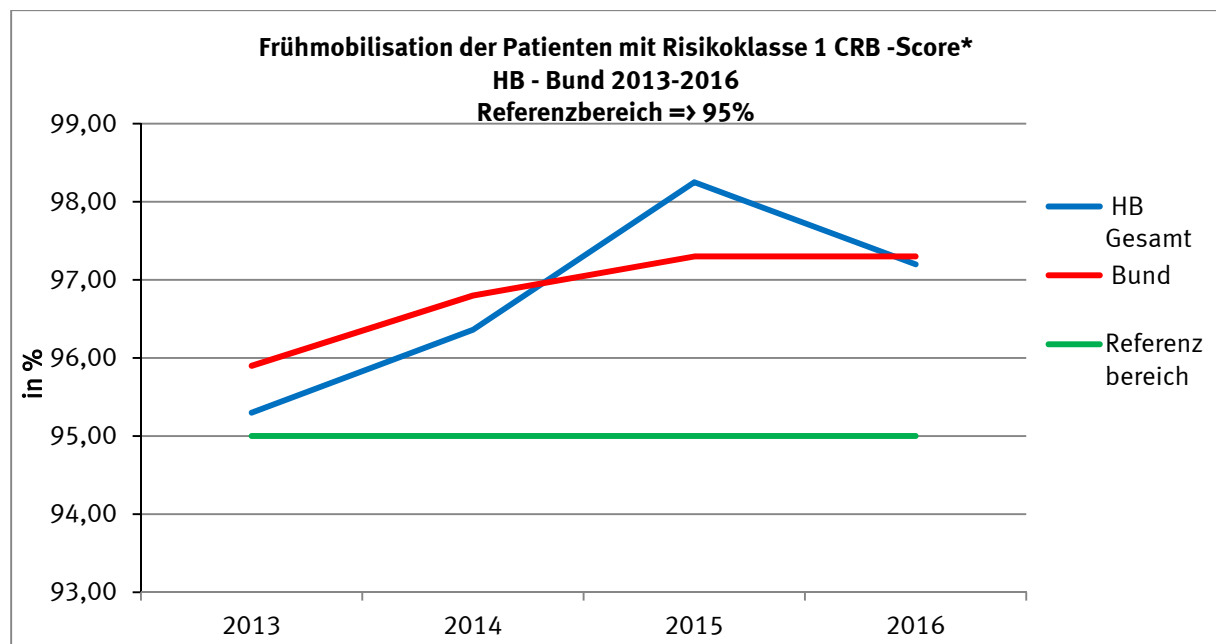


Abbildung 6: Frühmobilisation der Patienten mit Risikoklasse 1 CRB-Score
* eingeschränkt vergleichbar

Die **Frühmobilisation bei Patienten der Risikoklasse 1 oder 2** innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme wurde von insgesamt 7 Kliniken nicht immer gewährleistet, dabei verteilt sich die Ergebnisentwicklung im Vergleich zum Vorjahr unterschiedlich: einige Kliniken wiesen bessere, andere schlechtere Ergebnisse auf. Für fünf Krankenhäuser hatte die Fachgruppe qualitative Auffälligkeiten festgestellt. Begründet wurde die spätere Mobilisierung vor allem mit Personalknappheit, so dass Pflegekräfte und Physiotherapeuten die Mobilisation der Patienten im geforderten Zeitraum vor allem an Wochenende und Feiertagen kaum haben leisten können.

Die Entwicklung der Ergebnisse zur Frühmobilisation der Patienten mit größerer Krankheitslast (Risikoklasse 2) verlief für die Bremer und die Bundesergebnisse im Zeitraum 2013-2016 unterschiedlich (s. Abbildung 7): Die Bundesergebnisse zeigen einen kontinuierlichen Trend nach oben, die Kurve Bremens verläuft diskontinuierlich. Für 2016 lag das Gesamtergebnis Bremen knapp oberhalb des Referenzbereiches, der Bundesdurchschnitt wurde unterschritten.

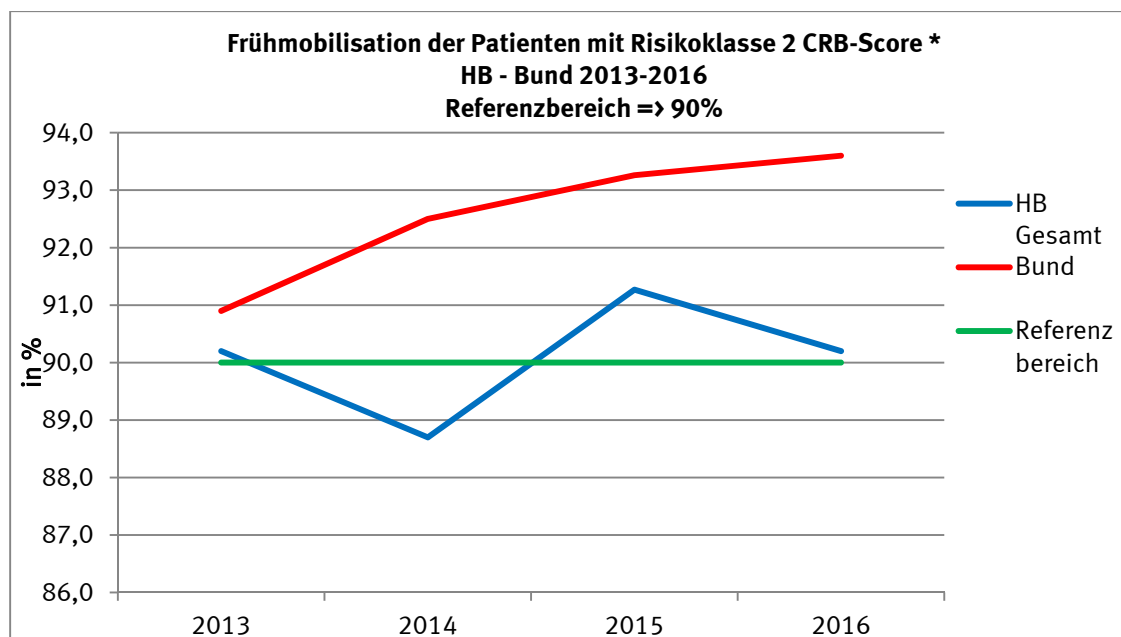


Abbildung 7: Frühmobilisation der Patienten mit Risikoklasse 2 CRB-Score
 * eingeschränkt vergleichbar

Ein Haus mit in der Vergangenheit überwiegend unauffälligen Ergebnissen, hatte erhebliche Dokumentationsprobleme für 2016 eingeräumt. In einer detaillierten Analyse hatte es einschlägige Prozesse und Strukturen skizziert. Es hatte ein umfassendes Schulungskonzept erarbeitet, das unterjährig umgesetzt wurde. In einem anderen Haus führten Anwenderprobleme bei der Übertragung von Patientendaten in ein neues QS-System zu erheblichen Dokumentationsproblemen.

Zum Qualitätsindikator **vollständige Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien zur Entlassung** wurden die Ergebnisse für zwei Häuser als qualitativ unauffällig gewertet, für zwei Krankenhäuser konnten die Daten wegen Dokumentationsmängeln nicht bewertet werden. Hier hatten die fehlende oberärztliche Endkontrolle der Dokumentationsbögen sowie Probleme mit der Datenerfassung über ein neues Dokumentationssystem in der Notaufnahme eine Korrektur bzw. eine korrekte Eingabe verhindert. In der Folge wurden die geforderten Daten zum Indikator nicht oder fehlerhaft in das QS-Programm übertragen.

Vereinzelt konnten Ergebnisse aufgrund von Dokumentationsfehlern nicht bewertet werden.

Herzschrittmacherimplantation (Modul 9/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 672

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
54139	Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	88,62	94,01	80,00-100,00	%	≥ 90,00
54141	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen: Systeme 1. Wahl		95,96	77,78-98,55	%	nicht definiert
54142	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen: Systeme 2. Wahl		0,31	0,00-5,56	%	nicht definiert
54140	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen: Leitlinien konforme Systemwahl	96,90	97,05	83,33-98,95	%	≥ 90,00
54143	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen: Systeme 3. Wahl	0,84	0,78	0,00-6,67	%	≤ 10,00
52128	Eingriffsdauer bis 50 Minuten bei VVI, AAI, bis 80 Minuten bei VDD, DDD bis 180 Minuten bei CRT-System	86,95	75,71	62,50-93,33	%	≥ 60,00
10117	Dosis-Flächen-Produkt	84,20	83,73	50,00-100,00	%	≥ 37,82
52305	Anteil von Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei neuimplantierten (9/1, 9/3) oder neuplatzierten (9/3) Vorhof- und Ventrikelsonden	95,50	96,43	80,65-100,00	%	≥ 90,00
1103	Chirurgische Komplikationen	0,80	0,89	0,00-1,43	%	≤ 2,00
52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	1,32	2,38	0,00-12,50	%	≤ 3,00
51191	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an verstorbenen Patienten	1,07	0,85	0,00-15,61	O/E	≤ 3,99
1100	Verstorbene Patienten		1,19	0,00-10,53	%	nicht definiert
2190	Herzschrittmacher-Implantation ohne Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen (Follow-up)	99,88		100,00	%	≥ 100,00
2191	Herzschrittmacher-Implantation ohne Hardwareproblem (Aggregat und/ oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb von 8 Jahren (Follow-up)	99,64		91,67-100,00	%	≥ 97,67
2194	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (Follow-up)	1,00		0,00-4,08	O/E	≤ 2,85
2195	Herzschrittmacher-implantationen ohne Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb einer Jahres (Follow-up)	99,62		99,43-100,00	%	≥ 99,00

Aus den Fachgruppenberatungen:

Schwerpunktmäßig wurden die Indikatoren zur **leitlinienkonformen Indikationsstellung** und zur **leitlinienkonformen Systemwahl** dem strukturierten Dialog unterzogen:

Für ein Haus konnten die Ergebnisse zur Indikationsstellung wegen Dokumentationsfehlern nicht bewertet werden. Nach Einschätzung der Fachgruppe wurde die Indikation jeweils korrekt gestellt, deshalb vermutete sie einen systematischen Dokumentationsfehler als Grund für die rech-

nerische Auffälligkeit. Möglicherweise wurde das Aufnahme-EKG und nicht das indikationsführende EKG zur Dokumentation für den Datensatz herangezogen.

Die abweichenden Entscheidungen zur Systemwahl wurden in einem Fall mit Synkopenschutz, in einem weiteren Fall mit einem Dokumentationsfehler begründet: statt permanentem Vorhofflimmern war für den Patienten ein persistierendes dokumentiert worden. Ausschlaggebend für die klinische Entscheidung zur Wahl eines VVI-Schrittmachers bei einer dritten – hochbetagten multimorbiden Patientin mit Bradykardie-Tachykardie-Syndrom bei Sicksinussyndrom – war das geringere Operations- und Narkoserisiko. Die Indikation war aus Sicht der Fachgruppe umsichtig getroffen worden und begründet.

In allen Fällen handelte es sich nach Ansicht der Fachgruppe um Fälle der Regelversorgung: die von der Leitlinie abweichenden Entscheidungen zur Systemwahl waren nachvollziehbar und begründet dargelegt worden.

Eine hochbetagte und multimorbide Patientin mit eindeutiger Indikation zur Herzschrittmacherversorgung (AV-Block III.) entwickelte postoperativ u. a. akutes Nierenversagen. Intensivmedizinische Maßnahmen, auch Dialyse, wurden ausdrücklich abgelehnt. Die Patientin **verstarb** im Krankenhaus. Ein ebenfalls schwerkranker Patient verstarb nach erfolgreich durchgeführter Schrittmacherimplantation nach Verlegung auf die periphere Station vermutlich an einer fulminanten Lungenembolie. Komplikationen im Zusammenhang mit dem kardialen Eingriff konnten ausgeschlossen werden. Die Verläufe der beiden Patienten waren nach Einschätzung der Fachgruppe schicksalhaft.

Zum Indikator **Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen** unterstrich die Fachgruppe, dass bei älteren Patienten mit stark vorgeschädigten Herzen höhere Reizschwellenwerte möglich sind; wichtig sei ein gutes Sensing. Die Fachgruppe empfiehlt das EGM (Elektrogramm) als Beleg für die (QS-) Dokumentation auszudrucken. Bei definierten Befunden kann der Eingriff auch mit höheren Reizschwellen fortgesetzt werden. Hinweise auf Mängel in der medizinischen Versorgung hatte die Fachgruppe für keines der beiden Krankenhäuser mit Abweichungen vom Referenzbereich feststellen können.

In der Analyse der Fälle mit **Sondendislokationen/-dysfunktionen** (Teilindikator zum Indikator **peri- bzw. postoperative Komplikationen**) fiel für eine Abteilung mit überdurchschnittlich vielen Risikopatienten u. a. folgende technische Besonderheit eines Herzschrittmacherimplantates auf: die postoperativen Routinekontrollen zeigten nach unkomplizierter Operation ein stark erniedrigtes RV-Sensing bipolar sowie erhöhte Werte unipolar. Wegen der unbefriedigenden Systemfunktion wurde die RV-Sonde gewechselt. Die Abteilung vermutete, dass der Signaleingangsfiler die Spitzenwerte der Stromkurve „abschneidet“ und künstlich kleinrechnet, was die beschriebenen Folgen nach sich ziehen kann (Indikation zur Sondenrevision durch unvollständige Messwerte aufgrund spezieller Programmierung). Die Herstellerfirma lieferte trotz mehrfacher Aufforderung keine befriedigende Antwort für das Phänomen. Das IQTiG wurde auf die Problematik dieser Herzschrittmacher mit den „kleingerechneten“ RV-Sensings hingewiesen.

Die Fachgruppe wertete die Ausführungen als nachvollziehbar und plausibel.

Der Einsatz von Schraubelektroden bei kabelgebundenen Schrittmachern, Provokationstestes sowie taktile Kontrollen der im Sleeve fixierten Sonde und am Aggregatkonnetktor gehört zum Standard Herzschrittmacherimplantation in der Abteilung. Durchgeführt werden die Eingriffe von erfahrenen Operateuren. In der Ausbildung erfolgt eine 1:1-Supervision.

Durch die Verwendung kabelloser Schrittmacher ist zukünftig eine Reduktion der Rate an Sondendislokationen zu erwarten.

Mit der Sondenrevision hatte ein weiteres Haus nach Einschätzung der Fachgruppe angemessen auf die in der Kontrolluntersuchung ermittelten deutlich erhöhten Reizschwellen nach DDD-Implantation reagiert. Der Grund für den Anstieg der Werte konnte nicht gefunden werden.

Über die so genannten **Follow-Up-Indikatoren** nach Herzschrittmacherimplantation sollen frühe ungeplante Revisionseingriffe abgebildet werden. Neu ist, dass sich diese nicht auf die Patienten

mit Erst- und Revisionseingriff im selben Haus beschränken, sondern auch Verläufe von Patienten betrachtet werden sollen, die den Wechseleingriff ex domo haben durchführen lassen. Darüber hinaus verlängert sich der Beobachtungszeitraum auf mehrere Jahre. Ein Haus wies zu zwei Indikatoren leichte Abweichungen auf und wurde gebeten, Hintergründe zu Revisionseingriffen 2016 und prozedurassoziierten Problemen von Patienten mit Erstimplantation ab 2015 zu benennen. Aus Datenschutzgründen durften dem Haus keine Vorgangsnummern zur Verfügung gestellt werden, was die hausinterne Recherche nahezu unmöglich machte. Die Klinik hatte sich dennoch sehr bemüht, die drei Vorgänge zu identifizieren. Ihren Recherchen zufolge mussten die Revisionseingriffe in anderen Häusern durchgeführt worden sein. Eine Identifizierung der Ersteinriffe war wegen der fehlenden Vorgangsnummern nicht möglich.

Aus Sicht der Fachgruppe handelte es sich bei der Umsetzung des grundsätzlich zu begrüßenden Ansatzes einer langen Nachbetrachtung spezifischer Komplikationen um ein sehr bürokratisches, umständliches, fachlich nicht nachvollziehbares und anwendungsunfreundliches Konzept zu den Follow-Up-Indikatoren, das eine gelebte und transparente Fehlerkultur konterkarierte. Der Bewertung fügte sie folgenden Kommentar bei: „Zu den Erst- und Wechseleingriffen konnte das Krankenhaus ohne Hinweis auf die Vorgänge (Vorgangsnummern) die Fälle nicht identifizieren, so dass eine kritische Fallschilderung nicht vorgenommen werden konnte. Nach Recherchen des Hauses müssen die Wechseleingriffe ex domo durchgeführt worden sein.“

Herzschrittmacheraggregatwechsel (Modul 9/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 82

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
210	Eingriffsdauer <= 45 min	94,62	95,12	50,00-100,00	%	>= 60,00
52307	Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	97,03	96,83	66,76-100,00	%	>= 95,00
1096	Chirurgische Komplikationen	0,12	0,00		%	<= 1,00
51398	Verstorbene Patienten	0,19%	0,00		Fälle	Sentinel Event

Aus den Fachgruppenberatungen

Die beschriebenen Fälle zum Indikator **Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen** wurden nach Auffassung der Fachgruppe nachvollziehbar und plausibel dargelegt, Hinweise auf Mängel in der Versorgung waren nicht erkennbar.

Ein Haus wies eine leichte Überschreitung des Referenzbereichs zum Indikator **Eingriffsdauer** auf, die die Fachgruppe nicht als Hinweis auf mangelhafte Versorgung wertete. Vielmehr war ihrer Einschätzung die Abweichung gut begründet: der Eingriff dauerte wegen eines gynäkologischen Simultaneingriffes an der Brust mit 49 Minuten etwas länger als die geforderten 45 Minuten.

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

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 93

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
1089	Chirurgische Komplikationen	0,72	0,00		%	≤ 2,00
52315	Dislokation oder Dysfunktion einer revidierten bzw. neu implantierten Sonde	0,98	1,61	0,00-2,17	%	≤ 3,00
51404	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen	1,31	0,68	0,00-72,52	O/E	≤ 9,00
51399	Sterblichkeit im Krankenhaus		1,08	0,00-20,00	%	nicht definiert

Aus den Fachgruppenberatungen:

Eine Patientin war während des Aufenthaltes zur Herzschrittmacherexplantation **verstorben**. In der Annahme einer schrittmacherassoziierten Sepsis wurde wegen eines möglichen zeitlichen Zusammenhangs mit der Implantation und einem nachgewiesenen Staphylococcus aureus die Entscheidung zur Explantation getroffen. Trotz ausgiebiger Diagnostik konnte kein Nachweis einer Besiedlung gefunden werden; auch lagen weder eine Wundinfektion noch ein anderer Infektionsfokus vor.

Die Patientin verstarb trotz Maximaltherapie im septischen Schock/Nierenversagen wenige Tage nach dem Ausbau des Herzschrittmachers. Der tragische Verlauf war nach Einschätzung der Fachgruppe schicksalhaft.

Implantierbare Defibrillatoren: Implantation (Modul 9/4)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 260

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
50004	Leitlinienkonforme Indikation	94,42	96,15	95,52-100,00	%	≥ 90,00
50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	95,68	96,54	90,91-100,00	%	≥ 90,00
52129	Eingriffsdauer bis 60 Minuten bei VVI, bis 90 Minuten bei VDD oder DDD und bis 180 Minuten bei CRT-System	88,49	81,85	72,73-95,24	%	≥ 60,00
10179	Dosis-Flächen-Produkt	82,60	83,40	59,09-94,41	%	≥ 46,34
52316	Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	95,64	95,45	93,10-99,17	%	≥ 90,00
50017	Chirurgische Komplikationen	0,63	2,31	0,00-4,76	%	≤ 2,00
52325	Sondendislokation oder -dysfunktion (Patienten ohne S-ICD-System)	0,71	2,32	0,00-3,73	%	≤ 3,00
51186	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen	1,05	0,00		O/E	≤ 5,80
50020	Verstorbene Patienten		0,00		%	nicht definiert

Aus den Fachgruppenberatungen:

Anhand Abbildung 8 ist zu erkennen, dass sich die Bremer Ergebnisse zur **leitlinienkonformen Indikationsstellung** auf einem hohen Niveau bewegen und sich nach einem leichten Einbruch 2014 kontinuierlich nach oben entwickelt haben, dabei den Referenzbereich überschreiten – zum Teil auch den Bundeswert.

Im betrachteten Zeitraum wurden insgesamt zwei Krankenhäuser zum Indikator um Erläuterungen gebeten: Eine Klinik hatte erhebliche Dokumentationsprobleme eingeräumt, so dass die Fachgruppe die Ergebnisse nicht bewerten konnte. Im zweiten Haus handelte es sich bei dem zu Grunde liegenden Sachverhalt um einen Grenzfall wegen erfüllter Kriterien der Sekundärprophylaxe, die in dieser Konstellation im Indikator allerdings nicht berücksichtigt wurden.

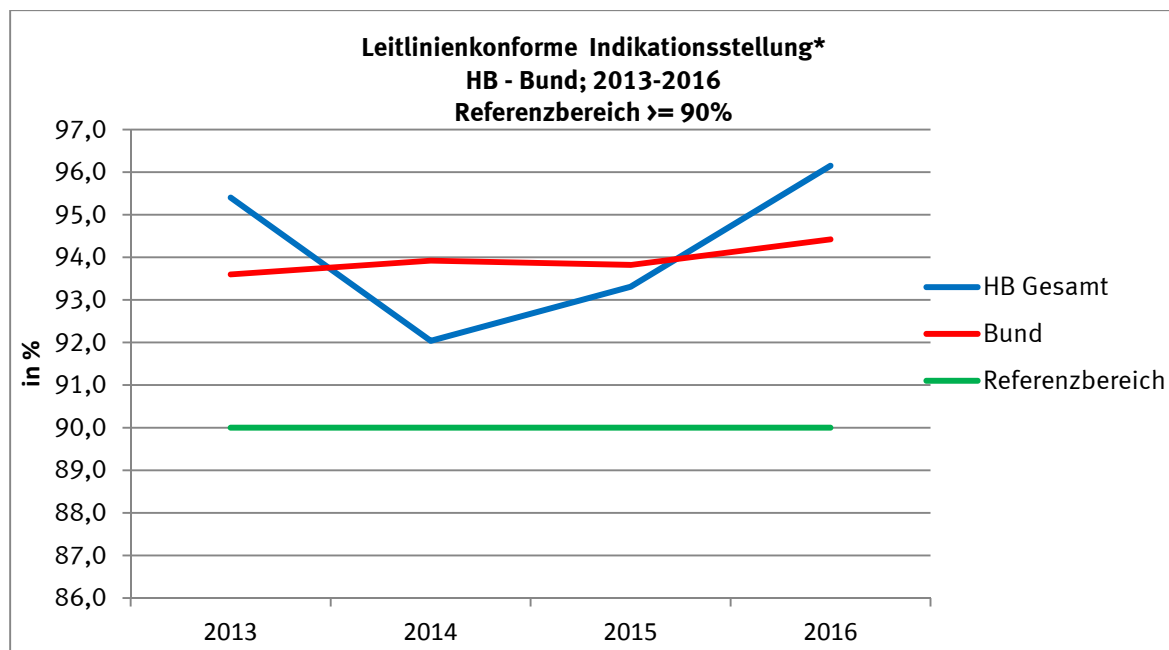


Abbildung 8: Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei ICD-Implantation

* eingeschränkt vergleichbar

Die vorgestellten Patientenverläufe zu **peri-/postoperativen Komplikationen** (Pneumothorax durch Punktion bei Verschluss der Vena subclavia bzw. Fehlpunktion bei Zeitdruck wegen schlechten Ersatzrhythmus; Perikarderguss bei vorausgegangener Perikarditis und OP unter Durchzugstechnik u. a.) ließen nach Einschätzung der Fachgruppe deutliche Rückschlüsse auf die hohe Krankheitslast der Patienten zu, die von Kliniken der Regelversorgung oder anderen kardiologischen Zentren an diese Einrichtung überwiesen werden. Hinweise auf Mängel in der Versorgung konnte sie nicht erkennen, die Ausführungen wertete sie als plausibel.

Umfassend dargelegt und ohne Hinweis auf Mängel in der Behandlungsqualität waren nach Ansicht der Fachgruppe die skizzierten Verläufe von Patienten mit **Sondendislokationen** bei ICD-Erstimplantation. Auch zu diesem Indikator zeigte sich das überdurchschnittlich hohe Risikoprofil der Patienten des kardiologischen Zentrums. Parameter wie hohe Komplexität der Eingriffe, hohes Alter der Patienten mit zumeist stark vorgeschädigten Herzen begünstigen das Auftreten von Komplikationen.

Die übrigen Indikatorergebnisse bewegten sich innerhalb der Referenzbereiche.

Implantierbare Defibrillatoren: Aggregatwechsel (Modul 9/5)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 57

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
50025	Eingriffsdauer bis 60 Minuten	93,62	98,25	*)	%	≥ 60,00
52321	Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei linksventrikulären Sonden (9/4) und bei nicht neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und Ventrikelsonden (9/5, 9/6)	98,24	99,24	*)	%	≥ 95,00
50030	Chirurgische Komplikationen	0,18	0,00		%	≤ 1,00
50031	Verstorbene Patienten	0,21%	0,00		Fälle	Sentinel Event
96443	Anteil von Patienten mit einer Laufzeit des ICD-Aggregats unter 3 Jahren an allen Patienten mit bekanntem Implantationsdatum		0,00		%	nicht definiert

*) Es wird auf die Angabe der Spannweite verzichtet (2 Häuser hatten die Leistungen erbracht)

Aus den Fachgruppenberatungen:

Bei einem Patienten wurden **Signalamplituden und Reizschwellen intraoperativ** zwar gemessen, es wurde allerdings versäumt, die Werte in den Datensatz zu übertragen. Hinweise auf Mängel in der Behandlungsqualität stellte die Fachgruppe nicht fest, bei vereinzelt Dokumentationsfehlern bewertet sie das Ergebnis als qualitativ unauffällig.

Weitere Referenzbereichsabweichungen lagen im Leistungsbereich nicht vor.

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

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 145

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
52328	Hardwareprobleme als Indikation zum Folgeeingriff nach vorangegangener Implantation in derselben Einrichtung	3,43	9,78 *)		%	≤ 8,58
52001	Taschenproblem oder Sondenproblem als Indikation zum Folgeeingriff nach vorangegangener ICD-Operation in derselben Einrichtung	3,43	8,83 *)		%	≤ 6,00
52002	Infektion als Indikation zum Folgeeingriff bei vorangegangener Operation in derselben Einrichtung	0,58	1,26 *)		%	≤ 2,52
50041	Chirurgische Komplikationen	0,96	1,38 *)		%	≤ 2,00
52324	Dislokation oder Dysfunktion einer revidierten bzw. neu implantierten Sonde	0,61	0,92 *)		%	≤ 3,00
51196	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen	0,99	0,86 *)		O/E	≤ 2,83
50044	Verstorbene Patienten		1,38 *)		%	nicht definiert

*) Es wird auf die Angabe der Spannweite verzichtet (2 Häuser hatten die Leistungen erbracht)

Aus den Fachgruppenberatungen:

Mit prophylaktischen Revisionseingriffen von Sonden hatte eine Abteilung auf eine Warnung eines Herstellers – Gefahr plötzlicher Batterieentladung durch Kurzschluss – reagiert, wodurch der Referenzbereich zum Indikator **Hardwareproblem als Indikation zum Folgeeingriff** erheblich überschritten wurde. Die Fachgruppe betonte, dass das Haus umsichtig und adäquat auf das Problem, das kardiologische Zentren mit der gegebenen Infrastruktur für Sondenextraktionen besonders betrifft, reagiert hatte. Sie bewertete das Ergebnis als qualitativ unauffällig mit folgendem Kommentar: „Das Haus hat durch den vorsorglichen Austausch von Aggregaten angemessen und umsichtig auf die Sicherheitswarnung der Firma St. Jude Medical reagiert, der zufolge die Gefahr plötzlicher Batterieentladung durch Kurzschluss besteht. Diese Sicherheitsmaßnahme betrifft mehr als 50% der im Indikator erklärungsbedürftigen Fälle“.

Auch außerhalb dieses besonderen technischen Problems Extraktionen oder Ersetzungen von Defibrillatorsonden vorsorglich vorgenommen worden oder auf technische Komplikationen zurückzuführen.

Die Bundesfachgruppe Kardiologie und das IQTiG wurden über die technische Sicherheitswarnung und die damit einhergehende Verzerrung der Ergebnisse betroffener Häuser informiert.

Das besondere Risikoprofil der Patienten der Klinik schlug sich auch im Indikator **Sondendislokationen als Indikation zum Folgeeingriff** (ICD-Explantation/-Wechsel) nieder, da überdurchschnittlich viele alte Patienten mit erheblicher Fibrose des rechten Vorhofes betroffen waren, wodurch eine sichere Fixierung der Elektrode erschwert ist. Trotz des höheren Risikos der Gewebsperforation wird die Klinik zukünftig bei vergleichbaren Fällen und unter strenger Indikationsstellung vermehrt sehr steife Elektroden verwenden, um Dislokationen zu vermeiden. Darüber hinaus wird sukzessive auf quadripolare Elektroden umgestellt. Der einschlägigen Literatur zufolge müssen etwa 40% der Schock-Elektroden wegen technischer Probleme bereits nach 8 Jahren gewechselt werden.

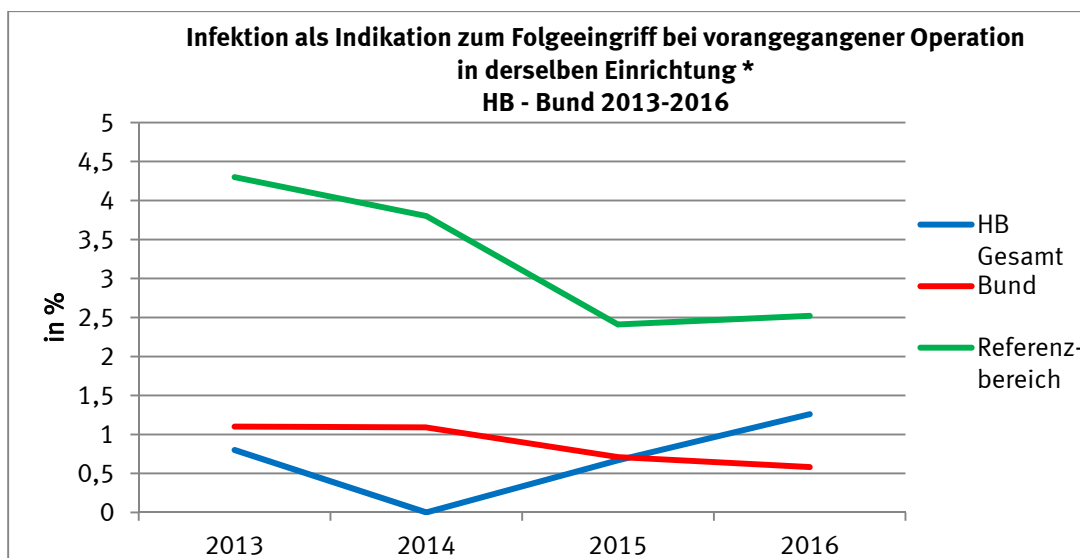


Abbildung 9: Infektion als Indikation zum Folgeeingriff
* eingeschränkt vergleichbar

Abbildung 9 ist zu entnehmen, dass in den vergangenen vier Jahren die Ergebnisse Bremens zum Indikator **Infektion als Indikation zum Folgeeingriff** weit innerhalb der Referenzbereiche lagen. In den vergangenen vier Jahren wurde eine Krankenhausabteilung in den strukturierten Dialog einbezogen, ohne dass zu den zwei Fällen Hinweise auf Versorgungsmängel festgestellt werden konnten.

Gleichwohl ist zu erkennen, dass bei stetig sinkendem Referenzbereich die Entwicklungen bundesweit und bremenweit gegenläufig sind: Die Bremer Ergebnisse nähern sich dem Referenzbereich, das bundesweite Durchschnittsergebnis entfernt sich, d.h., die Ergebnisse verbessern sich. Hinsichtlich der Interpretation der Grafik ist die statistische Unsicherheit zu beachten, da nur zwei Kliniken in diesem Modul Leistungen erbracht haben. Zugleich behandelt eines der beiden Häuser Patienten mit überdurchschnittlich hohem Risikoprofil. Darüber hinaus haben sich im Längsschnittvergleich die Berechnungsgrundlagen für den Indikator geändert, so dass die Ergebnisse nicht oder nur eingeschränkt miteinander verglichen werden können.

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 mehrmals im Jahr 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 2016

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 St.-Joseph 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	8/8	70/71	401/402	0/0	17/17	41/41	0/0	0/0	0/0	101/100	15/15	19/16	672/670
9/2	0/0	1/1	4/4	49/49	0/0	2/2	16/16	0/0	0/0	0/0	8/8	0/0	2/2	82/82
9/3	1/1	0/0	6/6	69/68	0/0	1/1	6/6	0/0	0/0	0/0	5/5	3/3	2/2	93/92
9/4	0/0	0/0	0/0	161/161	0/0	0/0	11/11	0/0	0/0	0/0	67/67	0/0	21/20	260/259
9/5	0/0	0/0	0/0	47/47	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	10/10	0/0	0/0	57/57
9/6	0/0	0/0	0/0	135/131	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	10/10	0/0	0/0	145/141
10/2	167/157	0/0	53/53	58/58	0/0	0/0	79/79	0/0	0/0	0/0	48/48	0/0	21/17	426/412
15/1	363/365	1/1	208/208	344/356	325/322	346/346	5/5	0/0	0/0	1/1	313/313	0/0	0/0	1906/1917
16/1	0/0	0/0	2091/2091	2898/2903	676/680	2143/2128	0/0	0/0	0/0	0/0	1857/1860	0/0	0/0	9665/9662
Neo	112/114	0/0	777/797	689/696	1/1	126/126	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	229/234	0/0	1934/1968
17/1	90/88	29/29	96/96	76/76	55/55	116/116	84/84	0/0	0/0	0/0	83/83	0/0	46/49	675/676
HEP	184/178	58/57	179/179	102/102	791/791	71/71	212/212	592/592	0/0	369/369	164/164	0/0	58/28	2780/2743
KEP	77/76	0/0	38/38	1/1	462/461	0/0	194/194	317/317	0/0	582/581	78/78	0/0	0/0	1749/1746
18/1	325/311	1/1	79/80	82/83	200/200	498/496	0/0	0/0	0/0	0/0	328/328	0/0	1/1	1514/1500
Dek	486/459	404/395	347/355	145/150	194/193	244/242	197/197	10/10	0/1	0/0	191/193	204/204	153/92	2575/2491
Pneu	278/274	271/277	289/290	184/184	269/271	315/315	126/126	0/0	0/0	0/0	259/259	287/289	77/54	2355/2339
Σ	2083/2023	773/769	4237/4268	5440/5467	2973/2974	3879/3860	971/971	919/919	0/1	952/951	3522/3526	738/745	401/297	26888/26771

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 §137 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)