

Externe Qualitätssicherung der Krankenhäuser im Land Bremen

2002 / 2003

Herausgegeben vom



im Auftrag des Lenkungsausschusses Qualitätssicherung Bremen



bei der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e.V.

Anne-Conway-Straße 10

28359 Bremen

Telefon: 0421/ 24 10 251

Telefax : 0421/24 10 222

E-Mail: qb@hbkg.de

in der Regel ist das Büro montags bis freitags von 8.30 – 12.30
sowie Montag und Mittwoch bis ca. 17.00 besetzt

Mitarbeiterinnen:

Barbara Feder (Montag und Mittwoch 8.30-17.00, Freitagvormittag)

Ärztliches Qualitätsmanagement · Psychotherapie

Leiterin Qualitätsbüro

Ulrike Lehr M.A. (Montag bis Donnerstag 8.30-12.30, Freitagvormittag)

Sozialwissenschaftlerin, Krankenschwester

Inhalt	Seite
Vorwort	1
Externe Qualitätssicherung – Was heißt das?	3
Lenkungsausschuss Bremen	5
Fachgruppen in Bremen	7
Beteiligung der Kliniken an der externen Qualitätssicherung in Bremen (Extrablatt)	
Berichte zu den Modulen aus den Fachgruppen	
Chirurgie	
Cholezystektomie	11
Appendektomie	13
Leistenhernien	15
Carotisrekonstruktion	17
Orthopädie/Unfallchirurgie	
Schenkelhalsfraktur/Petrochantäre Fraktur	19
TEP bei Coxarthrose	21
Hüft-TEP-Wechsel	23
Knie-TEP	25
Knie-TEP-Wechsel	27
Geburtshilfe und Neonatologie	
Perinatalogie/Neonatologie	28
Operative Gynäkologie	
Gynäkologische Operationen	30
Mammachirurgie	32
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
Nasenscheidewandkorrektur	34
Tonsillektomie	34
Neuro-/Handchirurgie	
Dekompression bei Carpaltunnelsyndrom	35
Dekompression bei Ulnarisrinnensyndrom	36
Kardiologie	
Koronarangiografie ggf. PTCA	37
PTCA	39
Herzschrittmacher	
Herzschrittmachererstimplantation	40
Herzschrittmacheraggregatwechsel	42
Herzschrittmacherexplantation/-revision	43
Augenheilkunde	
Kataraktoperation	45
Radiologie	
PTA	46
Pflege	
Teildatensätze Pflege (14/1, 17/1, 17/2)	47

Vorwort

Mit diesem Bericht zur externen Qualitätssicherung in Bremen möchten wir über die Umsetzung der bundesweit verpflichtenden externen Qualitätssicherung (QS) berichten und einen Eindruck von der Fachgruppenarbeit vermitteln. Da in diesem Jahr die Auswertungen teilweise erst in der zweiten Jahreshälfte vorlagen, ist die Berichterstattung zum heutigen Datum noch nicht ganz vollständig. Wir hätten uns einen früheren Abschlusstermin gewünscht und die Planung der Bundesebene lässt hoffen, dass wir 2004 früher über die Ergebnisse verfügen können. Schon jetzt lässt sich folgendes Resümee ziehen:

- Die externe QS hat sich in Bremen etabliert. Im Jahr 2002 wurden im Land Bremen insgesamt rund 24.800 von 33.500 Fällen dokumentiert. Dies entspricht einer auch im Bundesdurchschnitt sehr erfreulichen Dokumentationsrate von knapp 75 %.
- Die detaillierten Auswertungen sind ein kritisches Feedback für die Kliniken. Den teilnehmenden Kliniken konnten für 24 Leistungsbereiche ausführliche klinikbezogene Auswertungen zur Verfügung gestellt werden.
- Die Arbeit in den insgesamt 10 Fachgruppen hat sich größtenteils sehr lebhaft und positiv entwickelt. Die Ergebnisse werden ausführlich und fundiert beraten. Da alle betroffenen Abteilungen in den Fachgremien vertreten sind und sehr offen, kritisch und ergebnisorientiert über sensible Punkte diskutieren, können direkt aus den Fachgruppen Verbesserungsvorschläge in die Abteilungen transportiert werden.
- Der Arbeitskreis externe Qualitätssicherung zum Informationsaustausch mit den Qualitätsmanagern und EDV-Mitarbeitern der Krankenhäuser hat sich ebenfalls fest etabliert. In jährlich vier Sitzungen werden die Krankenhäuser zeitnah über die Weiterentwicklung des Verfahrens informiert und kritische Punkte geklärt.
- Die verpflichtende externe Qualitätssicherung wurde in den letzten Jahren unter Hochdruck bundesweit vorangetrieben. Dadurch ergab sich besonders zu Beginn ein deutlicher Nachbesserungsbedarf. Die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung hat inzwischen zahlreiche Verbesserungsvorschläge erfolgreich umgesetzt. Auch in den Bremer Fachgruppen wurden Stellungnahmen und Anregungen formuliert, die vom Qualitätsbüro weitergeleitet und verfolgt wurden. Diese kontinuierliche Arbeit am Qualitätssicherungsverfahren wird auch weiterhin eine wichtige Aufgabe für alle Beteiligten auf allen Ebenen bleiben.
- In einigen Modulen gab es begründete Kritik an den Vorgaben (Definition der Qualitätsziele, Art und Umfang der Erhebung) der externen Qualitätssicherung. Auch in Bremen sind einige Auswertungen deswegen nur begrenzt aussagekräftig. Es ist erfreulich, dass der Umfang der externen Qualitätssicherung für 2004 überdacht und neu gewichtet wurde.
- Bundesweit wurden die Pflegemodule kritisch diskutiert. Die Bremer Kliniken hatten sich dieser kritischen Betrachtung angeschlossen und die Pflegemodule im Verfahrensjahr 2002 nicht dokumentiert. Die Fachgruppe Pflege hat sich vorwiegend übergreifenden Themen wie Entlassungsmanagement und Dekubitusinzidenz gewidmet.

Wir sind uns bewusst, dass die Einführung der verpflichtenden QS allen Beteiligten viel abverlangt hat und auch problembehaftet war. Sehr herzlich danken wir daher zahlreichen Mitarbeitern der Bremer Kliniken für das Engagement und die gute Kooperation.

Bremen, im Februar 2004

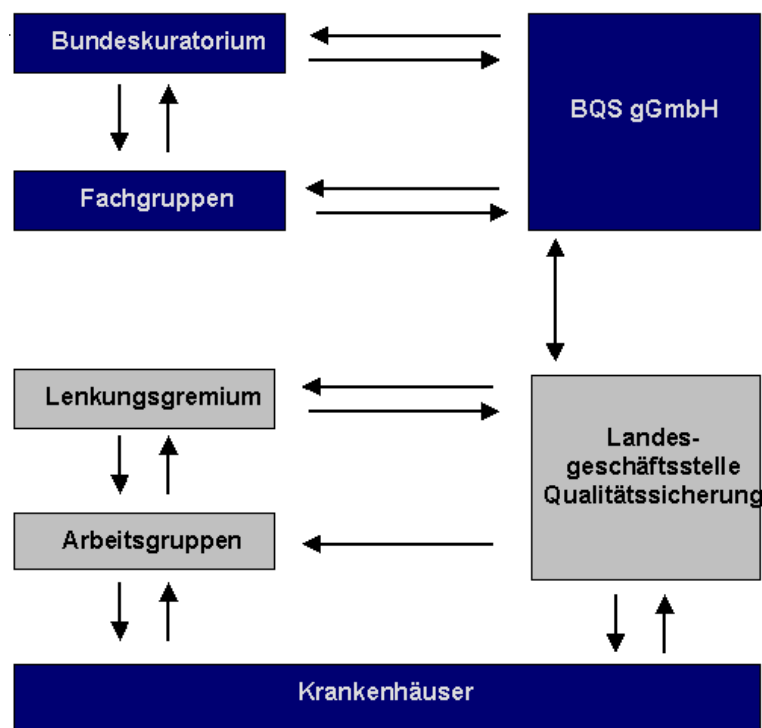
Externe Qualitätssicherung – Was heißt das?

Hinter der externen Qualitätssicherung (QS) steht der fachliche, aber auch der politische und gesellschaftliche Wunsch, medizinische Leistungen zu messen, zu analysieren und zu bewerten. Sowohl Partner als auch Ziel der externen QS soll ein funktionierendes internes Qualitätsmanagement sein, das hilft, gute Ergebnisse dauerhaft zu erzielen, Verbesserungsmöglichkeiten wahrzunehmen und die Arbeitsqualität transparent zu machen. Die Qualitätssicherung zur Optimierung der Patientenversorgung hat in den letzten Jahren stetig an Bedeutung gewonnen.

Nachdem seit Jahren auf vielen Ebenen um die konkrete Umsetzung des gesetzgeberischen Auftrages (§ 137 SGB V) gerungen worden war, wurden mit dem Kuratoriumsvertrag auf Bundesebene die Rahmenbedingungen für die verpflichtende externe Qualitätssicherung für den stationären Bereich vereinbart. Vertragspartner waren die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft, im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer und dem Deutschem Pflegerat. Das zum 1. Januar 2001 in Kraft gesetzte Verfahren dient einem bundesweiten und landesweiten Vergleich der Krankenhäuser. Natürlich soll es auch als krankenhausesinternes Instrument der Qualitätssicherung genutzt werden. Da die freiwillige externe QS in Bundesländern mit einer längeren Tradition in der externen QS (mit Ausnahme der peri- und neonatologischen Erhebungen) nur bescheidene Teilnehmeraten erreichen konnte, wurden finanzielle Sanktionen für die Krankenhäuser bei nicht vollständiger Teilnahme vorgesehen.

Strukturen der externen Qualitätssicherung

Der BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung mit Sitz in Düsseldorf) 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 Kostenträgern im Einvernehmen mit der Ärztekammer und dem Pflegerat am 16. Mai 2001 geschlossen und eine Geschäftsordnung vereinbart. Auf dieser Basis wurde das Qualitätsbüro Bremen als Landesgeschäftsstelle eingerichtet, das seine Tätigkeit am 15. November 2001 aufnehmen konnte.

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 Vorsitz des LQB wechselt turnusmäßig. Die Geschäftsführung für das Qualitätsbüro wurde der Bremer Krankenhausgesellschaft übertragen.

Der Rahmenvertrag und die Geschäftsordnung sind beim Qualitätsbüro erhältlich.

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

- Information und Beratung der Krankenhäuser (Weiterleitung von Informationen der Bundesebene, Austausch und Rückmeldung zu Umsetzungsproblemen, Klärung von Verfahrensfragen etc.).
- Aufbau und Unterstützung der zehn 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.

Inzwischen wurden die Strukturen für die Umsetzung der externen QS in Bremen aufgebaut. Für die Krankenhäuser, die Bundesebene, aber auch für Gremien und Kostenträger wurde eine funktionierende Anlaufstelle geschaffen. Für das Qualitätsbüro ist die möglichst reibungslose und vollständige Umsetzung der externen QS in den Krankenhäusern oberstes Ziel. Dabei ist die ohnehin hohe Belastung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Kliniken zu bedenken: Der Aufwand für diese Maßnahmen muss in einem ausgewogenen Verhältnis zum Nutzen stehen. Deswegen nutzt das Qualitätsbüro die vorhandenen Strukturen, um stetig an der Optimierung der externen QS mitzuwirken. Auf der inhaltlichen Ebene werden fachliche Verbesserungsvorschläge in den Bremer Fachgruppen diskutiert und in die Bundesebene transportiert, auf der logistischen Ebene findet ein kritischer Austausch mit anderen Geschäftsstellen und der BQS statt.

Die Arbeit in den Fachgruppen und mit den Krankenhäusern hat sich lebendig und konstruktiv entwickelt. Während sich in Bremen im Startjahr 2001 nur einige Pioniere an der externen QS beteiligten, kann sie mittlerweile als flächendeckend bezeichnet werden.

Lenkungsausschuss Qualitätssicherung Bremen

Vorsitz seit August 2003 (Ärztékammer)
Stellvertr. Vorsitzender

: **Dr. Ursula Auerswald**
: Ralf Gronemeyer

Vorsitz von Mai 2001 bis August 2003 (Krankenhausgesellschaft)
Stellvertr. Vorsitzender

: **Jürgen Scholz**
: Dr. Peter Stremmel

AOK Bremen/Bremerhaven
Olaf Woggan
Vertretung: Uwe Schneider

BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen
Holger Kammann
Vertretung: Hans-Hermann Runge

IKK Landsverband Bremen
Susanne Frischmuth
Vertretung: Herr Dahme

VdAK-/AEV Landesverband Bremen
Karl Nagel
Vertretung: Ralf-Peter Bahlo

Krankenhausgesellschaft Bremen
Jürgen Scholz
Dr. G. W. Kirchgesser
Vertretung: Dr. Peter Stremmel; PD Dr. Uwe Neubauer

Ärztékammer Bremen
Dr. Ursula Auerswald
Ralf Gronemeyer
Vertretung: Gerd Wenzel; Franz-Josef Blömer

Bremer Pflégerat
Anette Weinert
Vertretung: n.n.

Fachgruppen in Bremen

Augenheilkunde

Vorsitz: Dr. Mohr, Krankenhaus St. Joseph-Stift
Stellvertreter: Herr Ritzel, Klinikum Bremen-Mitte

Chirurgie

Vorsitz: Prof. Dr. Wenk, Klinikum Bremen-Nord
Stellvertreter: Prof. Dr. Dr. Braun, Rotes Kreuz Krankenhaus

Geburtshilfe und Neonatologie

Vorsitz: Dr. Albrecht, Klinikum Bremen-Mitte
Stellvertreter: Dr. Knoll, Klinikum Bremen-Nord

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Vorsitz: Dr. Fastenau, Klinikum Bremen-Mitte

Neuro- und Handchirurgie

Vorsitz: Dr. Mahlmann, ZKH Reinkenheide
Stellvertreter: Dr. Bauer, Rolandklinik

Operative Gynäkologie

Vorsitz: Dr. Frank, Evangelisches Diakoniekrankenhaus
Stellvertreter: Prof. Dr. Friedmann, ZKH Reinkenheide

Orthopädie/Unfallchirurgie

Vorsitz: PD Dr. Neudeck, Klinikum Bremen-Nord
Stellvertreter: Prof. Dr. Hahn, Klinikum Bremen-Mitte

Pflege

Vorsitz: Chr. Dölker, Klinikum Links der Weser
Stellvertreterin: A. Weinert, Klinikum Bremen-Nord

Radiologie

Vorsitz: Dr. Sternberg, Klinikum Bremen-Mitte
Stellvertreter: Dr. Graf, St.-Joseph-Hospital

Schrittmacher

Vorsitz: Dr. Bögemann, Krankenhaus St.-Joseph-Stift
Stellvertreter: Dr. Widjaja, Klinikum Links der Weser

Hinweise zum Aufbau der Auswertungen

Im Folgenden sind die einzelnen Leistungsbereiche mit den Qualitätsmerkmalen und den jeweiligen Ergebnissen für 2002 dargestellt. In der Regel sind der Landes- und Bundesdurchschnitt sowie die Spannweite der Landesergebnisse aufgeführt. Sofern ein bundesweiter Referenzwert definiert wurde, ist er in der rechten Spalte abzulesen.

Zwei grundlegende Arten der Auswertungen müssen unterschieden werden: Module, in denen hohe Fallzahlen von einer Reihe der Kliniken erbracht werden (v. a. chirurgische und orthopädische Module), sind in reinen Landesauswertungen dargestellt.

Um in den Bereichen mit weniger Fallzahlen eine Interpretation und Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten, wurden in diesen Fällen die Daten aus Bremen mit den Daten aus verschiedenen anderen Bundesländern gemeinsam in einem Datenpool ausgewertet. Diese Information findet sich jeweils am Anfang eines jeden Moduls.

Cholezystektomie (Modul 12/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1851

Qualitätsindikator	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Referenzwert
Laparoskopisch begonnene OPs	94,54%	97,1%	93,1%-99,0%	>= 80%
Anteil an Patienten mit fraglicher Indikation	1,92%	2,22%	0,0%- 4,7%	<= 10%
Anteil notwendiger Operationen mit typischer Symptomatik	87,3%	91,41%	81,1% - 97,7%	
Blutbedarf Patienten ohne Transfusion	98,71%	99,03%	95,2%- 100%	
Verweildauer in Tagen (Median) - offen-chirurgisch - laparoskopisch	13,0 6,0	12,0 5,0	11,5-13 3,0-6,0	
Verweildauer in Tagen (Median) Alle Patienten ASA 1 und 2		5,0	3,0-7,0	
Eingriffsspezifische Komplikationen Pat. mit mind. einer Komplikation	1,26%	1,03 %	0,0-2,4%	
Postoperative Komplikationen - alle Patienten - offen-chirurgisch - laparoskopisch	6,84% 18,9% 5,22%	5,40% 13,00% 3,81%	2,5%-7,1% 6,7%-20,8% 2,5%-5,7%	
Reinterventionsrate	2,16% (Spannbreite Bund: 0- 14,3 %)	1,19%	0,4 %-2,7%	<5%
Letalität	0,78%	0,76%	0,0-1,6%	

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Chirurgie:

- Qualitätsmerkmal: **Laparoskopisch begonnene Operationen**

Die laparoskopische Operationstechnik hat sich auch im Land Bremen fest etabliert. Der Anteil laparoskopisch begonnener Operationen liegt deutlich über dem Referenzwert. Gleichwohl wurde festgestellt, dass der möglichst häufige laparoskopische Beginn einer Operation allein kein ausreichendes Qualitätsziel sei.

- Qualitätsmerkmal: **Indikationen**

Zu den Qualitätszielen: „**Nur notwendige Operationen**“ bzw. „**Selten fragliche Indikationen**“ hat die Fachgruppe sehr ausführlich beraten und festgestellt, dass es Fallkonstellationen gibt, in denen eine Cholezystektomie eindeutig indiziert ist, dies aber mit den aufgeführten Kriterien nicht dokumentiert werden könne. Zur Klärung wurden für alle als „fraglich“ in der Indikationsstellung eingestufte Patienten bei den betreffenden Krankenhäusern nähere Informationen angefordert.

Die Prüfung durch die Fachgruppe ergab, dass die Indikationsstellung nachvollziehbar begründet wurde. Hier werden in Bremen noch Hinweise für die BQS erarbeitet, um welche Kriterien der Indikationskatalog ergänzt werden sollte.

- Qualitätsmerkmal: **Postoperative Komplikationen**

Zur Gesamtdarstellung der Krankenhausergebnisse ist zu beachten, dass hinsichtlich der Komplikationsbedeutung (Embolie oder Harnwegsinfekt!) nicht unterschieden wird. Dies wurde von der Fachgruppe kritisiert. Andererseits sind – auch abhängig vom gewählten Verfahren – sehr unterschiedliche Komplikationsraten dokumentiert.

Zur Klärung wurden jene Krankenhäuser um nähere Erläuterungen zu der Art der Komplikationen gebeten, die bei offen-chirurgischen Operationen eine Komplikationsrate von mehr als 15 % aufweisen.

Die ausführlichen Stellungnahmen schilderten sehr komplexe Krankheitsbilder, bei denen nach Einschätzung der Fachgruppe durch die beschriebenen Krankheitsverläufe die Komplikationen nachvollziehbar und ausreichend erläutert wurden. Die hohen Raten ließen sich u. a. durch die Multimorbidität in dieser selektiven Gruppe erklären.

Im Weiteren wurden die Auswertungsergebnisse beraten, ohne dass speziellerer Klärungsbedarf bestand.

Ausdrücklich positiv wurde die in ganz Bremen sehr geringe Reinterventionsrate gewürdigt, die mit 1,19% auch deutlich unter dem Referenzbereich von 5% lag.

Appendektomie (Modul 12/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1106

Qualitätsmerkmal	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhaus-ergebnisse in Bremen	Referenzwert
Indikation (Anteil an Patienten mit histologisch nachgewiesener Entzündung/Perforation, die zuvor auch klinisch so eingeschätzt wurden)	67,48%	62,99%	46,0%-92,2%	
Histologische Untersuchung (Anteil an Patienten mit histologischer Untersuchung)	94,76%	97,47%	84,5-100%	>= 95 %
Ausreichende Diagnostik	95,07% (6,3-100%)	61,66%	45,3%-92,2%	
Perforation und präoperative Verweildauer (Patienten mit histologisch nachgewiesener Perforation und einer präoperativen Verweildauer >= 1 Tag)	7,83%	7,19 %	2,9%-5,3%	
Wundheilungsstörungen (Anteil an Patienten mit Wundinfektion/Abszessbildung)	3,08%	3,71%	0,6 %-7,8%	< 10 %
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen	6,35%	6,51%	2,1%-15,2%	
Letalität	0,23%	0%	0%	

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Chirurgie:

- Qualitätsmerkmal: **Indikation**

In der lebhaften Diskussion wurde nach genauer Prüfung der dargestellten Qualitätsmerkmale festgestellt, dass das wichtige Ziel: „möglichst wenig Appendektomien mit histologisch unauffälligem Befund“ mit den vorliegenden Auswertungen nicht abgebildet ist. Die Darstellung jener Patienten, deren Appendix histologisch Zeichen der akuten Entzündung oder Perforation zeigt und die zuvor auch klinisch so eingeschätzt wurden, ermöglicht keine grundsätzliche Bewertung der Indikationsstellung. Bremen setzt sich dafür ein, zukünftig diese Darstellung zu präzisieren.

Ähnlich kritisch wurden die Auswertungskriterien hinsichtlich der **ausreichenden Diagnostik** beraten.

- Qualitätsmerkmal: **Histologischer Befund**

Es bestand einhellig Konsens, dass ein histologischer Befund nach jeder Appendektomie zwingend erforderlich ist. Selbstkritisch führten die Fachgruppenmitglieder Quoten unter 100 % auf Dokumentationsmängel (Eintreffen des histologischen Befundes nach Abschluss des QS-Bogens) zurück. Auch bestand Klärungsbedarf zur Frage, ob ein fehlender pathologischer Befund gleichbedeutend mit einem unauffälligen Befund sei. Dieses Missverständnis führte ebenfalls zu Dokumentationsfehlern. Es wurde inzwischen geklärt, dass auch jene Klinik, die lediglich für 84,5% der Patienten das Vorliegen eines histologischen Befundes dokumentiert hatte, durch die klinikinternen Abläufe eine durchgängige histologische Befundung sicherstellt und die vermeintlich fehlenden Befunde erhoben wurden.

- Qualitätsmerkmal: **Perforation und präoperative Verweildauer**

Die Fachgruppe stellte fest, dass dieser Sachverhalt mit den zugrunde gelegten Items nicht abgebildet werde. Korrekt sei das Merkmal zu bezeichnen: „Patienten mit Perforation, die nicht am Aufnahmetag operiert wurden“. Hierfür wurden mehrere plausible Fallkonstellationen diskutiert, z. B. bei der Aufnahme vorübergehende Stabilisierung nach vorheriger häuslicher Perforation oder eine zunächst notwendige präoperative Stabilisierung des Patienten. Zu den vorliegenden Zahlen wurde kein Handlungsbedarf für Bremen gesehen.

Hernienoperation (Modul 12/3)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1111

Qualitätsmerkmal	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhaus-ergebnisse in Bremen	Referenzwert
Indikation Bruchgeschwulst sichtbar oder tastbar	96,82%	90,55%	74,1-97,8%	
Inkarzerierte Hernie und präoperative Verweildauer (Patienten mit inkarzierter Hernie und präoperativer Verweildauer > 1Tag)		17,92%	13,6-19,1%	
Präoperative Verweildauer (Patienten mit präoperativer Verweildauer > 1Tag bei ASA 1-2)	8,56%	5,92%	1,6-8,7%	
OP-Team (Operateur oder 1. Assistent mit Facharztstatus)	98,38%	88,12%	66,9-99,7%	
Abtragung eines Bruchsackes bei Kindern Qualitätsziel: immer Abtragung	86,41%	92,86%	95-95%	
Reinterventionsrate	1,03 %	1,17%	0,8-2,2 %	
Eingriffsspezifische Komplikationen	5,34%	6,21%	3,1-9,6%	
Allgemeine postoperative Komplikationen	4,41%	4,54%	1,8-5,9%	
Thromboembolische Komplikationen		0,18%	0-1,4%	
Wundhämatom/Nachblutungen/Abszessbildung	2,68%	2,7%	1,2-3,8%	
Letalität	0,21%	0,09%	0,0-0,4%	

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Chirurgie:

- Zum Qualitätsmerkmal: **Indikationsstellung**

wurde darauf verwiesen, dass die Bruchgeschwulst (auch von der Figur des Patienten abhängig) nicht immer sichtbar oder tastbar sei und es noch andere Möglichkeiten zur Diagnosesicherung, z.B. sonographisch, gäbe. Gleichwohl erschien die Spannweite bei diesem Qualitätsmerkmal der Fachgruppe klärungsbedürftig. Die dementsprechenden Klärungsprozesse sind noch nicht abgeschlossen.

- Zum Qualitätsmerkmal: **OP-Team/Facharztstatus**

unterstrich die Fachgruppe einhellig, dass selbstverständlich entweder der Operateur oder der erste Assistent über den Facharztstatus verfügen müsse. Einige Fachgruppenmitglieder stellten ein Dokumentationsproblem in ihren Abteilungen fest, da die klinikspezifischen Auswertungen nicht die Realität spiegelten. Auch hier sind die entsprechenden Klärungsprozesse noch nicht abgeschlossen.

- Zum Qualitätsmerkmal: **Eingriffsspezifische Komplikationen**

Hier war als Maximum eine relativ hohe Rate von 9,6% dokumentiert. Es wurde geklärt, dass diese Rate im Wesentlichen durch eine starke Zunahme von Skrotalschwellungen in einem Haus bedingt ist. Diese Steigerung beruht auf einer Umstellung der OP-Technik, da nunmehr überwiegend laparoskopisch operiert werde. Aufgrund der vielen Verfahrensvorteile hatte man sich entschieden, diese eher harmlose, vorübergehende Komplikation in Kauf zu nehmen. Diese

Ausführungen wurden in der Fachgruppe einhellig unterstützt. Die Fachgruppe empfiehlt der Bundesebene, den Katalog der grundsätzlich sehr schwerwiegenden eingriffsspezifischen Komplikationen zu überarbeiten, die Skrotalschwellung auszunehmen und bei den spezifisch männlichen Komplikationen lediglich Hodenschwellung und -hochstand aufzuführen.

Im Übrigen wurden die Auswertungen beraten, ohne dass sich ein besonderer Berichtsbedarf ergab.

Insbesondere bei diesem Modul stellte die Fachgruppe ausdrücklich die erfreuliche Datenvalidität der chirurgischen Auswertungen fest. Klärungsbedürftige „Nullprozentkomplikationsraten“ waren kaum zu verzeichnen.

Carotis-Rekonstruktion (Modul 10/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze : 7155 (Datenpool)

Qualitätsmerkmal	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Datenpool	Spannweite der Krankenhaus-ergebnisse Datenpool	Referenzwert
Indikationstellung				
• bei asymptomatischer Stenose, Anteil an Patienten mit einer Stenose $\geq 60\%$	89,16%	89,35%	71,8-100%	>90%
• bei symptomatischer Stenose, Anteil an Patienten mit einer Stenose $\geq 50\%$	95,10%	95,05%	84,0-100%	
Perioperative Schlaganfälle oder Todesfälle				
• bei asymptomatischer Stenose (Stenose $\geq 60\%$) ohne kontralateralen Verschluss oder kontralateraler Stenose $\geq 75\%$	1,80%	1,74%	0-8,3%	< 3%
• bei asymptomatischer Stenose (Stenose $\geq 60\%$) mit kontralateralen Verschluss oder kontralateraler Stenose $\geq 75\%$	3,02%	2,87 %	6,1-14,7%	<5,0%
• bei symptomatischer Stenose mit Stenosegrad $\geq 70\%$	3,31%	3,69%	0-15%	< 6 %
• bei symptomatischer Stenose mit Stenosegrad von 50-69 %	2,79 %	2,97 %		< 6 %
Anteil an Patienten mit schweren Schlaganfällen	1,61%	1,75%	0-10,0%	
Postoperative Komplikationen	7,8%	7,77%		

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Chirurgie:

Die vorliegende Auswertungsstruktur in diesem Modul verfügt über eine breite Akzeptanz, sowohl auf der Bundesebene als auch in der hiesigen Fachgruppe. Die verwendeten Qualitätsindikatoren und Ziele sind allgemein anerkannt und basieren auf nationalen und internationalen Leitlinien.

Die Qualitätsziele

Indikation bei asymptomatischer Carotisstenose:

„nur Stenosen operieren mit einem Stenosegrad von $\geq 60\%$ “

Indikation bei symptomatischer Carotisstenose:

„nur Stenosen operieren mit einem Stenosegrad von $\geq 50\%$ “

wurden auch in der Bremer Fachgruppe unterstützt. Die Recherche hat ergeben, dass alle Bremer Krankenhäuser dieses Qualitätsziel erreicht haben.

Auch die Referenzwerte für die in den weiteren Qualitätsmerkmalen dargestellten Komplikationen (Schlaganfälle, Todesfälle) sah die hiesige Fachgruppe als sinnvolle oberste Grenzwerte an. Die Recherche hatte auch hier ergeben, dass alle Bremer Krankenhäuser die Qualitätsziele erreicht haben.

Zur Datenerfassung in der externen Qualitätssicherung schlug die Fachgruppe der Bundesebene eine Präzisierung, z.B. in den Ausfüllhinweisen, vor:

Beim Item 59 **Neuro-Monitoring** sei klarzustellen, dass eine **jugularvenöse** Oxymetrie gemeint sei. Eine periphere Oxymetrie wie die Puls-Oxymetrie zur Anästhesieüberwachung sei hier nicht anzugeben.

Abweichend von einigen Auffälligkeiten im gesamten Datenpool hat sich gezeigt, dass in allen Kliniken des Landes Bremen gute Ergebnisse erzielt wurden, die alle deutlich innerhalb der Referenzbereiche lagen.

Schenkelhalsfraktur/Pertrochantäre Fraktur (Modul 17/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 661

Qualitätsmerkmal	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Referenzwert
OP-Verfahren (endoprothet. Versorgung bei Pat. zw. 65-80 Jahre)		72,04%	44,4-85%	
Gefäß-/Nervenschäden	0,17%	0,15%	0-1,8%	
Implantatfehl- oder Prothesenluxation	2,02%	1,06%	0-3,9%	<5%
Reinterventionsrate	5,27%	5,45%	0-12%	
Harnwegsinfekt	6,02%	3,93%	0-8,9%	
Präoperative Verweildauer (Verweildauer ≤ 2 Tage bei ASA 3-5 und TEP)	%	74,85%	65,8-84,6%	
Wundinfektionsrate (bei perioperativer Antibiotikaprophylaxe)		2,42%	0-5%	
Wundinfektionsrate (Anteil Patienten mit Endoprothetik und Wundinfektion bei perioperativer Antibiotikaprophylaxe)	2,48%	2,48%	0-4,4%	
Dekubitus	1,83%	1,06%	0-3,3%	
Thromboembolische Komplikationen	1,22%	0,76%	0-3,6%	
Gehfähigkeit bei Entlassung (selbständige Gehfähigkeit)	72,41%	69,74%	55,5-95,7%	
Postoperative Verweildauer und Gehfähigkeit bei Entlassung (Anteil Patienten mit post-op. Verweildauer 16-20 Tage und bei Entlassung selbständig gehfähig)		78,1%	80-80%	
Letalität	3,4%	4,54%	0-11%	

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie:

- Qualitätsmerkmal: **Implantatfehl- oder Prothesenluxation**

Die Fachgruppe zeigte sich erfreut, dass alle Bremer Kliniken unterhalb des empfohlenen Referenzwertes von 5% liegen.

- Qualitätsmerkmal: **Reinterventionsrate**

Dieses Qualitätsmerkmal wurde engagiert diskutiert. Beispielsweise könnte die unterschiedliche Handhabung von Wundhämatomen (Versorgung im OP oder am Krankenbett) durchaus als Ursache für die verschiedenen Raten in Betracht gezogen werden.

Alle deutlich vom Median (0-2% bzw. 10-12%) abweichenden Werte wurden als auffällig erachtet. Aus den Stellungnahmen der betroffenen Krankenhäuser ging hervor, dass sich diese Fälle sowohl durch sehr frühzeitige interventionelle Maßnahmen (Hämatomausräumung unter OP-Bedingungen) oder eine geringe Fallzahl erklären lassen.

Die geringen Komplikationsraten ließen sich auch nach genaueren Recherchen bestätigen.

- Qualitätsmerkmal: **Harnwegsinfekt**

Eine Rate von 0-2% wurde als sehr niedrig angesehen. Zugleich wurde von der Fachgruppe die Frage aufgeworfen, ob die Kliniken routinemäßig auf Harnwegsinfektion prüfen oder nur bei Symptomatik.

- Qualitätsmerkmal: **Wundinfektionsrate**

Die durchschnittliche Infektionsrate von 2,4% in Bremen ist erfreulich niedrig.

- Qualitätsmerkmal: **Thromboembolische Komplikationen**

Der Wert von 0%, den einige Häuser erreicht hatten, erschien der Fachgruppe als sehr niedrig. Eine Prüfung dieser Ergebnisse bestätigte die niedrigen Raten.

- Qualitätsmerkmal: **Gehfähigkeit bei Entlassung**

Sehr differenziert setzte sich die Fachgruppe mit diesem Merkmal auseinander. Dabei wurde deutlich, dass die breite Streuung der Werte nicht auf eine operationsbedingte Gehunfähigkeit, sondern auf unterschiedliche Vorerkrankungen zurückzuführen ist.

- Qualitätsmerkmal: **Letalität**

Die zunächst spektakulär wirkende Spannbreite wurde sorgfältig hinterfragt. Dabei wurde abgewogen, dass sich die Patientengruppe nicht zufällig auf die Krankenhäuser verteilt, es sich um einen Wahleingriff handelt und dass in dieser Patientenklientel schon häufig eine altersbedingte prävalente Mortalität zu bedenken ist.

Unter Würdigung dieser Aspekte wurde entschieden, die jeweiligen Ergebniswerte genauer zu hinterfragen.

Mit ersten Stellungnahmen hat sich die Fachgruppe bereits auseinandergesetzt, der Klärungsprozess dauert noch an.

TEP bei Coxarthrose (Modul 17/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1205

Qualitätsmerkmal	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Referenzwert
Indikation (Anteil Patienten mit Schmerzen seit mind. 6 Monaten, Destruktion der Hüftpfanne bzw. Dislokation des Hüftkopfes)	81,16%	76,16%	48,3-98,2%	
OP-Dauer (Median)	80 Minuten	95 Minuten	73-110 Minuten	
Blutbedarf (Anteil Pat. mit >2 Transfusionseinheiten)	21,83%	35,52%	8,1-61,5%	<25%
Blutersatz mit Eigenblut (Anteil Eigenbluteinheiten an den gegebenen Bluteinheiten)	52,89%	41,2%	13,8-66,7%	
Intensivstation (Anteil Pat. mit Aufenthalt auf Intensivstation bei ASA 3)		35,59%	0-98,9%	
Postoperative Nachbehandlung (med. Thromboseprophylaxe)	99,17%	99,09%	96,4-100%	
Gehfähigkeit bei Entlassung (Anteil Pat., die bei Entlassung mit Gehstützen gehfähig sind bei einer Aufenthaltsdauer von 16-20 Tagen)	99,3%	99,14%	96,9-100%	
Antibiotikaprophylaxe und OP-Dauer (Anteil Pat. mit Single-Shot-Antibiotikaprophylaxe bei OP-Dauer zwischen 60-und 89 Minuten)		81,49%	8,3-98,3%	
Antibiotikaprophylaxe und Alter (Anteil Pat. > 60 Jahre mit Antibiotikaprophylaxe Single-Shot)		75,05%	5,3-98,4%	
Mobilität/Gehfähigkeit bei Entlassung	94,48%	94,04%	80,4-100%	
Postoperative Komplikationen (Pat. mit mind. 1 Komplikation)	11,22%	10,79%	7,3-17,1%	
Postoperative Komplikation und post-op. Verweildauer (Median der postoperativen Verweildauer bei Pat. mit mind. 1 post-op. Komplikation)		19 Tage	19-22 Tage	
Wundinfektion und OP-Dauer	0,93%	0,41%	0-2,9%	<2%
Gefäß- und/oder Nervenschäden	0,57%	0,58%	0-5,7%	
Thromboembolische Komplikationen (bei med. Thromboseprophylaxe)		1,42%	0-5,5%	
Wundhämatome/Nachblutungen	2,61%	2,32%	0-8,9%	
Prothesenluxation	1,25%	1,16%	0-3,3%	<5%

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie:

- Qualitätsmerkmal: **Indikationsstellung**

Konsens bestand darüber, dass in der Regel vor einer TEP bei Coxarthrose konservative Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft wurden. Eine Schmerzanamnese < 6 Monate ist selten anzutreffen.

Die Dokumentationsrate für die entsprechenden Indikationsaspekte sollte nach Meinung der Fachgruppe 70% nicht unterschreiten. Die Überprüfung der Ergebnisse ergab Ungenauigkeiten in der Dokumentation der entsprechenden Fälle.

- Qualitätsmerkmal: **Blutbedarf**

In Bremen ist in der Hälfte aller Krankenhäuser ein deutlich von der Bundesfachgruppenempfehlung abweichendes Vorgehen dokumentiert worden. Es wurde rege über die Zusammenhänge und unterschiedliche Hb-Grenzwerte diskutiert. Darüber hinaus wurde deutlich gemacht, dass gerade nach vorheriger Eigenblutspende Transfusionen geboten sein können.

- Qualitätsmerkmal: **Angemessene Antibiotikaprophylaxe**

Die Fachgruppe war sich einig, dass eine Single-Shot-Gabe perioperativ immer geboten sei. In nur wenigen Fällen sei eine Antibiotikaprophylaxe über 24h erforderlich, zumal bei kurzer Operationsdauer. Insofern ist die Single-Shot-Prophylaxe als Standard anzusehen.

Nachfragen zu Abweichungen haben ergeben, dass die Umsetzung in Einzelfällen unterschiedlich gehandhabt wird, nun aber als Konsequenz der Ergebnisse ein einheitliches Vorgehen angestrebt wird.

- Qualitätsmerkmal: **Postoperative Komplikationen**

Hinter der sehr niedrigen Dekubitusrate wurde ein Definitions- und Dokumentationsproblem vermutet. Mit dem ab 2004 eingeführten Dekubitusmodul in der Pflege wird eine deutliche Steigerung der Datenvalidität erwartet.

- Qualitätsmerkmal: **Wundinfektion- und OP-Dauer**

Werte zwischen 0% und 2,9% (letzterer liegt zwar knapp über dem Referenzwert von 2%) erschienen der Fachgruppe nachvollziehbar.

- Qualitätsmerkmal: **Gefäß- oder Nervenschäden**

Eine Rate von 5,7% (deutlich über dem Durchschnitt) wurde als problematisch erachtet. Der Klärungsprozess in diesem Zusammenhang ist noch nicht abgeschlossen.

- Qualitätsmerkmal: **Selten Prothesenluxation**

Insgesamt wurden die Bremer Ergebnisse, die unterhalb des bundesweiten Referenzwertes liegen, positiv bewertet.

Es wurde allerdings auch die Datenvalidität für Kliniken, die hier 0% dokumentiert hatten, kritisch hinterfragt. Recherchen bestätigten in allen betroffenen Bereichen eine Luxationsrate von 0%.

Mit den ersten Stellungnahmen hat sich die Fachgruppe bereits auseinandergesetzt, der Klärungsprozess dauert noch an.

Hüft-TEP-Wechsel (Modul 17/3)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 3398 (Datenpool)

Qualitätsmerkmal	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Datenpool	Spannweite der Krankenhausergebnisse im Datenpool	Referenzwert
Indikation (Belastungsschmerz oder Schmerzen beim Treppensteigen oder Drehschmerz und/oder Lockerung von Pfanne oder Schaft)	43,96%	45%	0-71,4%	
OP-Dauer (Median)	138 Minuten	145 Min.	75-226 Min.	
Blutbedarf (Anteil Pat. mit >2 Transfusionseinheiten)	56,87%	59,54%	15,6-97,6%	
Blutersatz mit Eigenblut (Anteil Eigenblut zu Transfusionseinheiten insgesamt)	20,08%	17,36%	0-76,3%	
Postoperative Nachbehandlung (med. Thromboseprophylaxe)	99,1%	99,18%	89,5-100%	
Antibiotikaprophylaxe (Anteil Pat. ohne Antibiotikaprophylaxe)	2,76%	2,88%	0-43,2%	
Zustand bei Entlassung (selbständig gehfähig)	93,61%	94,06%	82,6-100%	
Zustand bei Entlassung (Treppensteigen, selbständiges Gehen)	82,39%	84,05%	60,9-100%	
Mobilität/Selbständigkeit bei Entlassung (selbständige tgl. Hygiene; Treppensteigen, selbständiges Gehen bei Entlassung möglich)	82,47%	84,04%	66,7-100%	
Selbständige Versorgung in der tägl. Hygiene (selbständige tgl. Hygiene bei post-op. Verweildauer von 21-25 Tagen)	95,35%	95,8%	97,1-100%	
Postoperative Komplikationen (Pat. mit mind. 1 post-op. Komplikation)	21,79%	21,84%	2,5-52,4%	
Wundinfektionen (Anteil Pat.)	2,36%	2,27%	0-13%	
Gefäß-/Nervenschäden	1,06%	0,97%	0-10%	
Wundhämatom/Nachblutungen	4,59%	4,12%	0-16,7%	
Prothesenluxation	3,39%	3,09%	0-16,7%	
Gelenkpunktion bei septischem Prothesenwechsel (bei Entzündungszeichen)	43,97%	55,49%	40,4-100%	
Letalität	1,23%	1,29%	0-4,8%	

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie:

Die Ergebnisse dieses Moduls wurden ähnlich denen der TEP bei Coxarthrose diskutiert, da sowohl die Items als auch die entsprechenden Ergebnisse eng beieinander liegen. So fanden sich in dieser Auswertung auch Qualitätsziele und -merkmale, wie Fragen nach Anzahl der verabreichten Transfusionseinheiten, Op-Dauer, postoperativer Behandlung, Komplikationsrate und Mobilität, die an anderer Stelle bereits ausführlich erörtert worden sind. Insofern konnten die hierzu gewonnenen Erkenntnisse (z. B. mögliche Gründe für eine hohe Transfusionsrate, unterschiedlicher Umgang mit Komplikationen, Dokumentationsungenauigkeiten sowie sehr genaue Dokumentation) aus den anderen Modulen in die Diskussion der hier vorliegenden Daten einfließen.

Knie-TEP (Modul 17/5)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 578

Qualitätsmerkmal	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Referenzwert
Indikation (0 Min. schmerzfreies Gehen, Ruheschmerz und Schmerz seit >= 6 Mon. und Destruktion des Femur oder der Tibia oder Subluxation)		28,55%	12,4-43%	
OP-Team (Anteil OPs mit Operateur oder 1. Assistent mit Facharztstatus)		94,81%	79,3-100%	
OP-Dauer (OP-Dauer zwischen 90 und 120 Minuten)		35,99%	33,6-37,8%	
Blutbedarf (Pat. ohne Bluttransfusionen)	63,16%	76,99%	58,4-97%	
Blutersatz mit Eigenblut (Anteil Eigenblut an Transfusionen insgesamt)	55,12%	57,32%	8,3-74,7%	
Intensiv-/Wachstation (bei ASA 3, insgesamt 6/8 Fälle)		75%		
Postoperative Nachbehandlung (med. Thromboseprophylaxe, Rö-Bild a/p, tgl. Bewegungstherapie)	96,43%	97,92%	96,3-100%	
Medikamentöse Thromboseprophylaxe		99,83%	99,3-100%	
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	96,76%	91,87%	68,3-100%	
Postoperative Bewegungstherapie durch Physiotherapeuten (ab 1. postoperativen Tag)	61,51%	78,37%	60-100%	
Tägl. Bewegungstherapie und CPM	94,15%	99,48%	98,9-100%	
Postoperative Komplikationen/ Verweildauer (Verweildauer bei Pat. mit mind. 1 postoperativen Komplikation)		20 Tage	19-22 Tage	
Wundinfektion und OP-Dauer (OP-Dauer <=90 Min.)		1,1%	0-10%	
Postoperative Komplikationen		16,78%	4,2-27,4%	
Postoperative Komplikationen (Bei ASA 1 und 2)	8,97%	14,44%	2,4-23,3%	
Wundhämatom/Nachblutungen	2,39%	3,11%	0,6-6,2%	
Thromboembolische Komplikationen		2,77%	0-5,2%	
Thrombosen bei Thromboseprophylaxe und einer postop. Mindestverweildauer von mind. 7 Tagen		2,62%	0-5,2%	
Mobilität und Selbständigkeit bei Entlassung	96,22%	98,6%	96,5-100%	

Zustand der Pat. nach mind. 7 postoperativen Tagen (selbständiges Gehen, Treppensteigen, selbständige körperl. Hygiene)		98,61%	96,5-100%	
Zustand der Pat. bei Entlassung (Belastungsfähigkeit von 30 kg nach 15-19 Tagen post-op. Verweildauer)		99,3%	98,8-100%	
Beinachse (Anteil Pat. mit gerader/-physiolog. Beinachse)		99,83%	99,3-100%	
Kollateralbänder (Anteil Pat. mit stabilen Kollateralbändern)		99,13%	97,8-100%	
Postoperative Beweglichkeit (nach Verweildauer von 20-24 Tagen)		96,83%	82,8-99,2%	

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie:

- Qualitätsmerkmal: **Postoperative Komplikationen**

Eine Rate von >20% erschien der Fachgruppe, auch nach Abwägung möglicher Gründe wie sehr genaue Dokumentation, geringe Fallzahlen, als deutlich zu hoch. Die betroffenen Abteilungen wurden um Stellungnahmen gebeten, der Klärungsprozess dauert noch an.

Dieses Modul weist ansonsten ebenfalls hinsichtlich der Qualitätsmerkmale und -ziele Ähnlichkeiten zu den schon diskutierten auf, so dass auch hier die Erkenntnisse aus den vorangegangenen Besprechungen in die Diskussion der Daten eingingen.

Knie-TEP-Wechsel (Modul 17/7)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1715 (Datenpool)

Qualitätsmerkmal	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Datenpool	Spannweite der Krankenhausergebnisse im Datenpool	Referenzwert
Indikation (Zeichen der Lockerung oder des Implantatversagens mit relevanter Knochendestruktion)	96,81%	96,33%	40-100%	
OP-Dauer (Median)	120 Minuten	120 Min.	65-175,5 Min.	
Blutbedarf (>2 Bluttransfusionen)	35,94%	35,96%	4,3-57,7%	
Blutersatz mit Eigenblut (Anteil Eigenblut zu Transfusionseinheiten insgesamt)	31,22%	27,54%	0-80,7%	
Perioperative Antibiotikaprophylaxe (Pat. ohne Antibiotikaprophylaxe)	2,36%	1,92%	0-5%	
Nachbehandlung und Diagnostik	93,53%	93,29%	35-100%	
Postoperative Bewegungstherapie durch Physiotherapeuten (ab 1. post-op. Tag)	64,32%	68,86%	0-100%	
Tgl. Bewegungstherapie und CPM	81,81%	75,34%	9,1-100%	
Behandlungsbedürftige chirurgische postoperative Komplikationen (mind. 1 post-op. Komplikation)	6,23%	6,47%	0-35,7%	
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen (Anteil Pat. mit mind. 1 Komplikation)	11,4%	12,94%	0-33,3%	
Wundinfektionen und OP-Dauer	1,68%	1,69%	0-9,5%	
Wundhämatome/Nachblutungen	4,4%	4,55%	0-35,7%	
Gelenkpunktion bei septischem Prothesenwechsel	54,92%	61,79%	100-100%	
Mobilität und Selbstständigkeit bei Entlassung	92,09%	92,29%	54,2-100%	

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie:

Dieses Modul weist hinsichtlich der Qualitätsmerkmale und -ziele Ähnlichkeiten zu den schon diskutierten auf. Die grundsätzlichen Themen wie Op-Dauer, Anzahl der Transfusionsgaben, postoperative Therapie, postoperative Komplikationen sowie Selbstständigkeit und Grad der Mobilität bei Entlassung wurden bereits im Zusammenhang mit der Erstimplantation einer Knie-TEP (mitunter auch weiterer orthopädischer/unfallchirurgischer Module) von der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie intensiv erörtert. So konnten an dieser Stelle ebenfalls Erkenntnisse aus den vorangegangenen Besprechungen (Fragen zur Datenvalidität, mögliche Gründe für Abweichungen von Qualitätsmerkmalen, wie z. B. Höhe der Transfusionsraten, in die Bewertung der Daten eingehen.

Daraus ergab sich für Bremen in diesem Modul kein weitergehender Klärungsbedarf.

Geburtshilfe (16/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 7800 (Geburten), 7984 (Kinder)

Qualitätsmerkmal	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhaus-ergebnisse in Bremen	Referenzwert
Mikroblutuntersuchung bei pathologischen CTG				
• bei Einlingen	20,8%	41,7%	28,5- 50,0%	
• bei sekundärer Sectio bei Einlingen	20,%	42,4%	23,5-56,2%	
Anwesenheit des Pädiaters bei Frühgeburt (Anteil der Lebendgeborenen Frühgeborenen (<= 32 Wochen), bei denen ein Pädiater vor der Geburt eingetroffen ist)	70,7%	54,9%	0 -78,9 %	
Bestimmung Nabelarterien PH-Wert (Anteil der Kinder mit PH-Wertbestimmung bei Lebendgeborenen Einlingen)	97,7%	98,7%	96,7- 99,2%	>= 95 %
Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien PH-Wert-Bestimmung	0,19%	0,2%	0,0-0,3%	<= 0,2%
Damrriß III/IV. Grades (Anteil der Geburten mit Damrriß III/IV. Grades) bei				
• spontanen Einlingsgeburten (alle)	1,81%	2,62%	0,8-5,2%	<=2,6%
– ohne Episiotomie	1,02%	1,47%	0,3-3,1%	<= 1,4%
– mit Episiotomie	3,29%	4,92%	1,1-15,4%	<= 5,1%
Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen (Anteil revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen nach)				
• Spontangeburt	0,14%	0,20%	0,0-0,7%	<= 0,8%
• vaginal-operativer Entbindung	0,68%	0,66%	0,0-2,0%	<= 4,0%
• Sectio caesarea	0,43%	0,09%	0,0-1,4%	<= 2,6%

Die jahrzehntelange, bundesweite Tradition der externen Qualitätssicherung in der Geburtshilfe und Neonatologie ist bekannt. Diese Qualitätssicherung entstand aus der fachlichen Diskussion auf freiwilliger Basis mit einer breiten Beteiligung der geburtshilflichen und neonatologischen Abteilungen. Mit der Integration des umfangreichen geburtshilflichen Erhebungsbogens in die verpflichtende externe Qualitätssicherung wurde eine breite Diskussion angestoßen, die noch andauert.

Einerseits werden der enorme Umfang der traditionellen Erhebung sowie die Aussagekraft der bisher erhobenen Items kritisch zur Diskussion gestellt. Andererseits verweisen die Befürworter der bisherigen Form auf den Wert der umfangreichen Erhebung für weitergehende Studien, zumal die bisherige Erhebung über eine breite Akzeptanz in den Kliniken verfüge.

Die BQS hatte ein Gutachten in Auftrag gegeben, das sich sehr kritisch mit der Aussagekraft der bisher verwendeten Items auseinandergesetzt hat.

2004 sollen aufeinander abgestimmte Erhebungsbögen für die Geburtshilfe und dann auch für die Neonatologie für die zukünftige externe Qualitätssicherung abschließend beraten werden.

Für die Neonatologie nimmt der Bremer Fachgruppenvorsitzende Herr Dr. Albrecht an den Beratungen auf Bundesebene teil.

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Geburtshilfe und Neonatologie:

Eingangs stellte die Fachgruppe fest, dass ein direkter Vergleich der Kliniken nicht möglich sei, zumal es sich um ein kleines Kollektiv handele. Zudem wurde bei der kritischen Würdigung der Ergebnisse für einige Kliniken erkennbar, dass die Ergebnisse für ihre Abteilungen nicht die Realität spiegelten. Dementsprechend werden die betroffenen Abteilungen ihre Dokumentationsabläufe prüfen, um die Dokumentationsqualität zu verbessern.

Besonders intensiv wurden folgende Aspekte diskutiert:

- Qualitätsmerkmal: **Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen**

Es wurde festgestellt, dass die niedrigen Raten nicht die Realität abbildeten, sondern vielmehr erhebliche Dokumentationsmängel vorlägen. Es bestand Übereinstimmung, dass die Geburt von Frühgeborenen unter 32 Wochen in entsprechend ausgestatteten Kliniken mit Anwesenheit eines Pädiaters nahezu immer anzustreben sei. Ausnahmen könnten nur durch Notfallsituationen entstehen.

Die Fachgruppe plädierte darüber hinaus für eine Präzisierung der Definition „Pädiater“: Hier sei klarzustellen, ob es sich um einen Facharzt für Pädiatrie; einen Arzt in Weiterbildung Pädiatrie oder einen Neonatologen handele.

- Qualitätsmerkmal: **Dammriss III./IV. Grades**

Die unterschiedlichen Ergebnisse wurden in der Fachgruppe kritisch verglichen. Kliniken mit höheren Dammrissraten wurde nahe gelegt, die Prozesse einer kritischen Prüfung zu unterziehen, um eine Senkung dieser Quote zu erreichen.

Neonatologische Qualitätssicherung

In der Fachgruppe wurden auch die Auswertungen für die Neonatologie besprochen, an denen sich alle Bremer neonatologischen Abteilungen freiwillig beteiligt haben.

Einige Gesichtspunkte wurden in der Beratung herausgestrichen:

- kein Kind im Land Bremen, das vor der 24. Woche und/oder mit einem Geburtsgewicht von weniger als 500 Gramm geboren wurde, konnte überleben. Diese kritischen Grenzen seien, z.B. auch bei der Beratung von Eltern, zu bedenken.
- Bei der Verteilung der frühgeborenen Kinder auf die Bremer Kliniken sei auch erkennbar, dass das Regionalisierungskonzept (nämlich die Behandlung von Kindern im kritischen Zustand in geeigneten Zentren zu konzentrieren) greife.
- Die Rate schwerer Hirnblutungen ist erfreulich niedrig.

Gynäkologische Operationen (Modul 15/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 7767 (Datenpool)

Qualitätsmerkmal	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Datenpool	Spannweite der Krankenhausergebnisse im Datenpool
Obduktionen	9,9%	33,33%	
Revisions-Operationen	1,99%	2,24%	0-9,6%
Organverletzungen	1,14%	1,3%	0-5,6%
Organverletzungen (laparoskop. OPs)	0,45%	0,37%	0-1,1%
Fehlende histologische Organpathologie bei isolierten Ovareingriffen	25,28%	22,65%	7,9-49,1%
Fehlende histologische Organpathologie bei isolierten Ovareingriffen (abdominaler oder vaginaler Zugang)	16,3%	11,64%	0-37%
Fehlende histologische Organpathologie bei isolierten Ovareingriffen (laparoskopischer Zugang)	30,2%	28,45%	9,5-69,6%
Organerhaltend operierte Pat. <40 Jahre mit Dermoid	13,7%	15,38%	
Fehlende Malignitätskriterien unter allen Pat. mit Konisation	9,9%		
Organverletzungen unter allen Pat. mit Uteruseingriffen	1,12%	1,18%	0-3,7%
Organverletzungen unter allen Pat. mit Hysterektomie	1,15%	1,21%	0-3,9%
Organverletzungen unter allen Pat. mit vaginalen Uteruseingriffen	0,8%	0,81%	0-3,6%
Organverletzungen unter allen Pat. mit Hysterektomie (abdominaler Zugang)	1,31%	1,59%	0-10,5%
Organverletzungen unter allen Pat. mit Hysterektomie (vaginaler Zugang)	0,86%	0,79%	0-3,4%
Organverletzungen unter allen Pat. mit Hysterektomie (laparoskopischer Zugang)	0,32%	0%	0%
Wundinfektionen unter allen Pat. mit Hysterektomie	1,11%	1,42%	0-10,3%
Pat. <35 Jahre mit Hysterektomie (benigne Erkrankung)	3,02%	2,43%	0-10%
Heparinprophylaxe (bei Becken-Karzinom-Operation)	97,2%	99,32%	85,7-100%
Blutübertragung (bei Hysterektomie)	2,11%	2,69%	0-20%

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Operative Gynäkologie:

- **Qualitätsmerkmal: Revisions-Operationen**

In den Beratungen der Fachgruppe wurde festgehalten, dass Raten von Revisions-Operationen von 0% ungewöhnlich niedrig, Werte über 6% zu hoch sind. Nachträgliche Recherchen haben ergeben, dass sich die Bremer Kliniken innerhalb dieses Rahmens bewegen.

- **Qualitätsmerkmal: Organverletzungen**

Die Fachgruppe stellte fest, dass eine Organverletzungsrate über 4% klärungsbedürftig ist. Spätere Recherchen haben ergeben, dass die Bremer Kliniken erfreulicherweise unterhalb dieser Grenze liegen.

- **Qualitätsmerkmal: Fehlende histologische Organpathologie unter Patientinnen mit isolierten Ovareingriffen (abdominaler und/oder vaginaler Zugang)**

Eine histologische Organpathologie sollte in mehr als 35% der Fälle bestimmt werden. Auch hier hat sich inzwischen gezeigt, dass sich die Bremer Abteilungen in der definierten Spanne bewegen.

- **Qualitätsmerkmal: Organverletzungen unter allen Patientinnen mit Hysterektomie (mit und ohne Plastik)**

Sowohl Raten von 0%, aber auch >10% wurden von der Fachgruppe als auffällig angesehen. Erfreulicherweise weisen in Bremen die Raten der Organverletzungen deutlich weniger als 10% auf, wie spätere Recherchen ergeben haben.

Qualitätsmerkmal: Patientinnen unter 35 Jahre mit Hysterektomie (benigne Erkrankung)

Die Fachgruppe hat sich sehr kritisch mit den Ergebnissen auseinandergesetzt. Es wurde darauf verwiesen, dass eine Indikationsstellung in einigen Fällen auch bei nicht-malignen Erkrankungen gegeben sein kann.

- **Qualitätsmerkmal: Heparinprophylaxe unter allen Patientinnen mit Beckenkarzinom-Operation**

Als erfreulich bewertete die Fachgruppe das Ergebnis, dass der weitaus größte Teil der Kliniken in nahezu 100% eine Heparinprophylaxe durchführt. Die vom Median und Mittelwert deutliche Abweichung eines Hauses mit 87,5% wird als auffällig erachtet. Die Nachprüfung dieser Fälle hat ergeben, dass dieser Wert allein durch Dokumentationsfehler begründet ist.

Mammachirurgie (Modul 18/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 2473 (Datenpool)

Qualitätsmerkmal	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Datenpool	Spannweite der Krankenhausergebnisse im Datenpool	Referenzwert
Obduktionen	8,16%	0%		
Revisionsoperationen	2,5%	3,17%	0-15,1%	
Postoperativ infektiöse Besonderheiten (Pneumonie, Harnwegsinfekt, Wundinfektion, Abszess, Sepsis, Peritonitis)	2,17%	2,51%	0-14,8%	
Hormonrezeptoranalyse bei Mammakarzinom	94,71%	93,14%	41,4-100%	>95%
Präparatröntgen bei präoperativer Röntgenlokalisierung (Begriff „Röntgenlokalisierung“ wird 2004 durch „Röntgenmarkierung“ ersetzt)	24,5%	29,7%	0-86,4%	
Geplante adjuvante Therapie bei Mammakarzinom mit positiven Lymphknoten oder T3/T4, NO	91,84%	94,69%	88-100%	
Postoperativ infektiöse Besonderheiten (Anteil Pat. ohne perioperative Antibiotikaphylaxe)	2,59%	2,33%	0-5,2%	
Wundinfektionen	1,7%	2,3%	0-14,8%	

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Operative Gynäkologie:

- Qualitätsmerkmal: **Revisions-OPs**

Ausgehend von den vorliegenden Ergebnissen hielt die Fachgruppe fest, eine Revisionsrate von >5% sei als klärungsbedürftig zu bewerten. Spätere Nachforschungen haben gezeigt, dass alle Bremer Krankenhäuser erfreulicherweise unterhalb von 5% liegen.

- Qualitätsmerkmal: **Postoperativ infektiöse Besonderheiten unter allen Patientinnen**

Klärungsbedarf wurde für diejenigen Kliniken gesehen, die mehr als 50 Datensätze dokumentiert haben und eine unter- bzw. überdurchschnittliche Infektionsrate (0 bzw. >6%) aufweisen. Inzwischen haben die Recherchen ergeben, dass die Bremer Kliniken eine Infektionsrate unterhalb von 6% aufweisen.

- Qualitätsmerkmal: **Hormonrezeptorenanalyse bei Mammakarzinom**

Der Standard sollte nach Meinung der Fachgruppe bei 100% liegen. Abzüglich möglicher Fehlerquellen legte die Gruppe einen Wert <95% als auffällig fest. Recherchen haben ergeben, dass die Dokumentationsrate unter 95% in einem Haus ausschließlich auf Dokumentationsfehler zurückzuführen ist, die Analyse also entsprechend bei allen Patientinnen durchgeführt wird.

- Qualitätsmerkmal: **Geplante adjuvante Therapie bei Mamma-Ca und positiven Lymphknoten oder T3/T4,N0**

Der Begriff „geplante ... Therapie“ wurde als nur unzureichend deutlich betrachtet, da sich auch einige Patientinnen gegen die von den Kliniken geplanten Chemotherapien entscheiden. Eine Rate von 100% ist demnach nicht realistisch. Dennoch wurde festgehalten, dass ein Wert $\geq 95\%$ anzustreben sei. Erfreulicherweise hat sich bei späteren Recherchen gezeigt, dass in allen Bremer Kliniken die Durchführung der angesprochenen Therapie in mehr als 95% gegeben ist.

- Qualitätsmerkmal: **Wundinfektionen**

Klärungsbedarf wird sowohl bei Häusern mit einer Rate von 0% als auch einer Rate von mehr als 6% gesehen. Inzwischen hat sich herausgestellt, dass die Bremer Abteilungen hier deutlich unter dem oberen Grenzwert liegen.

Nachfragen zu Komplikationsraten von 0% haben ergeben, dass diese Fälle richtig dokumentiert worden sind.

Kritisch erörtert wurde der Sachverhalt, dass bei etwa 11% der Patientinnen mit einer benignen Histologie eine maligne Entlassungsdiagnose verzeichnet ist. Ebenfalls irritiert zeigte sich die Fachgruppe über 21 Lymphadenektomien bei benigner Histologie. Nachfragen ergaben, dass es sich in diesen Fällen nicht um Auswertungsfehler handelte, sondern dass wie beschrieben dokumentiert worden ist.

Nasenseptumoperation (5/1) Tonsillektomie (7/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze : 21.840 (Datenpool)

Qualitätsmerkmale Nasenseptumoperation	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Datenpool	Spannweite der Krankenhausergebnisse im Datenpool	Referenz- wert
Indikation	99,4%	99,43%	9,1%-100%	
Behandlungspflichtige Komplikationen	2,28%	1,93%	0,0-26,1%	

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze : 33.849 (Datenpool)

Qualitätsmerkmale Tonsillektomie	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Datenpool	Spannweite der Krankenhausergebnisse im Datenpool	Referenz- wert
Leitende Indikation „Sonstige“	1,35%	1,74 %	0-100%	
Altersverteilung (Median in Jahren)	7,0	7,0	4-24	
Tonsillektomie mit Adenotomie				Möglichst häufig
• bei Kindern u. Jugendlichen	50,03%	48,31%	0-100%	
• bei Erwachsenen	10,04%	9,07%	0-100%	<15%
Nachblutungen				
• bei Patienten o. Gerinnungsstörung und o. medikamentös behandlungsbedürftigen Bluthochdruck	1,97%	2,02% (1.-6.Tag post-op.)	0,0-9,9%	
• bei allen Patienten	4,52%	4,52%	0-27%	

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Hals-Nasen-Ohrenheilkunde:

Die kritische Würdigung ergab, dass in den Auswertungen keine besonderen Auffälligkeiten festgestellt wurden, die der näheren Klärung in Bremen bedurft hätten.

Grundsätzlich wird die Auffassung der Fachgruppe auf Bundesebene geteilt, dass in den Leistungsbereichen Tonsillektomie und Nasenscheidewandkorrektur validere Qualitätsindikatoren wünschenswert und zudem Longitudinalbeobachtungen für eine Ergebnisbewertung erforderlich wären. Es wurden in der Fachgruppe aber auch Zweifel geäußert, ob eine externe Qualitätssicherung in der Tonsillektomie überhaupt sinnvoll sei.

Der Vorsitzende der Bremer Fachgruppe, Herr Dr. Fastenau, hatte sich Anfang dieses Jahres mit einer gründlichen, schriftlichen Analyse für die BQS an der Bewertung der bisherigen Qualitätssicherung beteiligt.

Seit 1.1.2004 ist die verpflichtende Dokumentation für Qualitätssicherung im stationären Bereich für die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde ausgesetzt. Wie bei der Kataraktchirurgie ist zu erwarten, dass mit der Überarbeitung der externen QS für den ambulanten Sektor eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung eingeführt wird, die dann auch den stationären Bereich umfassen würde.

Dekompression bei Carpaltunnelsyndrom (Modul 1/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 6.438 (Datenpool)

Qualitätsmerkmal	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Datenpool	Spannweite der Krankenhausergebnisse im Datenpool
Indikation stets ausreichend gesichert	90,51%	90,65%	0-100%
OP-Verfahren 1	90,10%	91,21%	0-100%
OP-Verfahren 2	70,09%	71,11%	12,5-100%
Einsatz von Allgemeinanästhesien	34,41%	35,54%	0-100%
Vergrößerungstechnik	44,21%	48,89%	53,9-81,0%
Spez. post-op. Komplikationen	0,45%	0,56%	0-9,1%

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Neuro- und Handchirurgie:

- Qualitätsmerkmal: **Indikation**

Dieses Qualitätsmerkmal wurde auch in der Fachgruppenberatung als relevant eingestuft. Für Bremen ergab sich kein Handlungsbedarf.

- Qualitätsmerkmale: **OP-Verfahren 1 und 2**

Die Fachgruppe hat sich ausgiebig mit den Qualitätsmerkmalen auseinandergesetzt und festgestellt, dass wesentliche Kriterien nicht abgebildet werden und die angeführten Aspekte nicht als Qualitätsindikatoren geeignet seien.

- Qualitätsmerkmal: **Einsatz von Allgemeinanästhesien**

Auch hier wurde in einer ausführlichen Diskussion herausgearbeitet, dass es durchaus plausible Indikationen für Narkosen mit Larynxmaske gäbe. Die Fachgruppe kritisierte, dass die Anwendung von Allgemeinanästhesien als negatives Qualitätsziel definiert wurde. Ein Austausch in der Gruppe ergab, dass je nach Ausgangssituation sowohl regionale und lokale Betäubungen als auch Allgemeinanästhesien eingesetzt werden.

- Qualitätsmerkmal: **Vergrößerungstechnik**

In Bremen werden die Vergrößerungstechniken in allen Abteilungen eingesetzt.

- Qualitätsmerkmal: **Spezifische postoperative Komplikationen**

Zu den „spezifischen postoperativen Komplikationen“ ist auf Grund der fehlenden sektorübergreifenden Qualitätssicherung (ambulant-stationär) eine Beurteilung derzeit nicht möglich. Wie auch andere Fachgruppen verweist auch die neurochirurgische Fachgruppe darauf, dass Longitudinalbeobachtungen erforderlich seien. So wäre der Beobachtungszeitraum bis zur Wundheilung aussagekräftiger als der im Qualitätsziel angegebene bis zur Entlassung.

Dekompression bei Ulnarisrinnensyndrom (Modul 1/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze : 1165 (Datenpool)

Qualitätsmerkmal	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Datenpool
Indikation	86,23%	87,81%
Einsatz von Allgemeinanästhesien	58,52%	61,97%
Vergrößerungstechnik	40,07%	33,33%
Spez. post-op. Komplikationen:		
• o. Rezidiv und o. unfallbedingte Knochendeformation	0,97%	1,05%
• mit Rezidiv	3,19%	5,30%
• mit unfallbedingter Knochendeformation	1,94%	2,46%

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Neuro- und Handchirurgie:

Diese Auswertung wurde erst nach der Fachgruppensitzung im Oktober fertig gestellt. Angesichts der bundesweit geringen Fallzahlen im stationären Sektor sowie der in Bremen sehr geringen Beteiligung wurde auf eine Darstellung der Spannweite verzichtet.

Es wurde begrüßt, dass dieses Modul aus der verpflichtenden Qualitätssicherung für den stationären Bereich ab 2004 herausgenommen wurde.

Koronarangiografie, ggf. PTCA (Modul 21/3)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze (>= 18 Jahre): 198.963 (Datenpool)

Anteil PTCAs (>= 18 Jahre): 50.633 (Datenpool)

Anteil Koronarangiografien (>= 18 Jahre): 202.064 (Datenpool)

Qualitätsmerkmal	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Datenpool	Spannweite der Krankenhausergebnisse im Datenpool
Indikation 1 zur Koronarangiografie (Ausschluss KHK)	16,55%	15,96%	1,8-36,8%
Indikation 2 zur Koronarangiografie (ohne Angina pectoris)	24,15%	24,77	4-69,9%
Indikation 3 zur Koronarangiografie (Anteil Koronarangiografie bei Pat. mit KHK mit Angina Pectoris oder Ischämiezeichen bei Belastung)	76,65%	73,81%	31,6-100%
Indikation 4 zur Koronarangiografie (Anteil Koronarangiografie bei Pat. mit Dyspnoe und Kardiomyopathie, Aortenklappen-, Mitralklappenerkrankung, anderes Vitium oder hypertensive Herzerkrankung)	37,2%	34,31	5,8-66,7%
Indikation 5 zur Koronarangiografie (Anteil Pat. bei Zustand nach Myocardinfarkt)	0,97%	1,03%	0-11,3%
Indikation 6 zur Koronarangiografie (Anteil Pat. ohne akutes Koronarsyndrom, ohne Angina Pectoris, ohne Dyspnoe und ohne Ischämienachweis bei Belastung)	9,73%	10,56%	0-34,1%
Strahlenbelastung bei Koronarangiografie (Median Durchleuchtungsdauer)	3 Min.	3 Minuten	1-6 Minuten
Kontrastmittelmenge bei Koronarangiografie	110 ml	110 ml	40-195 ml
Therapieempfehlung (1) (Therapieempfehlung „operativ“ bei Pat. > 74 Jahre)	68,87%	65,71%	30,4-96%

Therapieempfehlung (2) (Therapieempfehlung „konservativ“ bei Pat. mit akutem Koronarsyndrom)	29,99%	32,96%	12,6-94,6%
Postoperative Komplikationen (Tod als post-op. Komplikation)	0,07%	0,08%	0-0,8%
Indikation zur PTCA (prognostische Indikation)	6,15%	6,63%	0-43,5%
Strahlenbelastung bei PTCA (Median Durchleuchtungsdauer)	6 Minuten	6 Minuten	3-12 Minuten
Strahlenbelastung bei PTCA (Median Flächendosisprodukt)	2700 cGy*cm ²	3000 cGy*cm ²	40-6878 cGy*cm ²
Kontrastmittelmenge bei PTCA (Median)	100 ml	100 ml	50-200ml
Stent-Implantationen bei PTCA (durchschnittliche Anzahl Stent-Implantationen/Eingriff)	1,04	1,01	0-1,9
Intraoperative Komplikationen (1) bei PTCA (Verschluss des dilatierten Gefäßes oder Infarkt oder Exitus)	1,73%	1,47%	0-40%
Intraoperative Komplikationen (2) bei PTCA (Anteil PTCA ohne Indikation „Ischämiesyndrom und „akuter Infarkt“ mit mind. 1 Komplikation Verschluss des dilatierten Gefäßes oder Infarkt oder Exitus)	1,02%	0,89%	0-12,1%
Komplikationen am Zugang nach PTCA	0,39%	0,41%	0-2,2%
Postoperative Komplikationen 1 nach PTCA (Anteil Pat. mit mindest. einer post-op. Komplikation einschl. Exitus)	2,08%	1,98%	0-16%
Postoperative Komplikationen 2 nach PTCA (Anteil Pat. mit mindest. einer post-op. Komplikation einschl. Exitus, ausgenommen Indikation akuter Infarkt, Ischämiesyndrom)	1,65%	1,57%	0-16,8%

Aus den Beratungen der Bremer Expertengruppe Kardiologie:

Bereits im Vorwort wurde auf den relativ späten Erscheinungszeitpunkt dieses Berichtes verwiesen, der insbesondere durch das späte Vorliegen der Auswertungen begründet ist. Da die Auswertungen der kardiologischen Module erst in der späten zweiten Jahreshälfte vorlagen, konnten die Ergebnisse bislang leider noch nicht besprochen werden. Die Expertengruppe Kardiologie wird die Auswertung dieses und des folgenden Moduls daher in ihrer nächsten Sitzung beraten.

PTCA (Modul 20/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 11.589 (Datenpool)

Qualitätsmerkmal	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Datenpool	Spannweite der Krankenhausergebnisse im Datenpool
Indikation zur PTCA (Anteil PTCA mit prognost. Indikation)	5,37%	5,48%	0-54%
Strahlenbelastung bei PTCA (Median Durchleuchtungsdauer)	7 Minuten	7 Minuten	3-15 Min.
Strahlenbelastung bei PTCA (Median Flächendosisprodukt)	3249 cGy*cm ²	3927 cGy*cm ²	31-8692 cGy*cm ²
Kontrastmittelmenge (Median)	135 ml	130 ml	60-340 ml
Stent-Implantationen bei PTCA (durchschnittliche Anzahl Stent-Implantationen/Eingriff)	1	1	0,3-1,5
Intraoperative Komplikationen 1 (alle PTCA ohne Indikation Ischämiesyndrom und akuter Infarkt sowie Verschluss, Infarkt oder Exitus)	1,28%	1,23%	0-15%
Intraoperative Komplikationen 2 (Anteil Pat. mit Verschluss des dilatierten Gefäßes oder Infarkt oder Exitus)	1,05%	1,13%	0-14,3%
Komplikationen am Zugang nach PTCA	0,36%	0,24%	0-3,5%
Postoperative Komplikationen 1 (mind. 1 Komplikation)	2,08%	1,63%	0-10,3%
Postoperative Komplikationen 2 (mind. 1 Komplikation, ausgenommen Indikation Ischämiesyndrom und akuter Infarkt)	1,96%	1,5%	0-10,4%

Aus den Beratungen der Bremer Expertengruppe Kardiologie:

Die Expertengruppe Kardiologie wird die Auswertung dieses Moduls in ihrer nächsten Sitzung beraten.

Herzschrittmacher Erstimplantation (Modul 9/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 12.939 (Datenpool)

Qualitätsmerkmal	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Datenpool	Spannweite der Krankenhausergebnisse im Datenpool
Indikation möglichst leitlinienkonform	76,76%	77,22%	44,4-100%
Indikation bei Sinusknotenerkrankung (Anteil Pat. mit Sinusknotenerkrankung und Symptomatik)	95,5%	95,41%	70-100%
Indikation bei AV-Block 3. Grades	95,29%	94,8%	69,8%-100%
Indikation bei Av-Block 3. Grades, Typ Wenckebach	94,4%	95,02%	100%-100%
Indikation bei Av-Block 3. Grades, Typ Mobitz	98,21%	98,07%	95,2-100%
Indikation bei AV-Block 1. Grades (bei AV-Block 1. Grades leitlinienkonforme SM-Implantation)	100%	100%	
Indikation bei AV-Block 1.-3. Grades (Summe), (Anteil Pat. mit absoluter Indikation)	97,49%	97,25%	73,3-100%
Indikation bei bifaszikulärem Block	95,52%	95,62%	
Indikation bei bradykardem Vorhofflimmern	97,14%	96,39%	63,3-100%
Indikation bei Carotis-Sinus-Syndrom (CSS) (Anteil Pat. mit CSS und Synkope)	78,23%	73,75%	
Indikation bei vasovagalem Syndrom (VVS)	26,03%	42,11%	
Eingriffsdauer bis 60 Minuten (Anteil Eingriffsdauer bei AAI bis 60 Min.)	81,13%	88,12%	100-100%
Eingriffsdauer bis 60 Minuten (Anteil Eingriffsdauer bei VVI bis 60 Min.)	84,36%	84,71%	27,3-100%
Eingriffsdauer bis 60 Minuten (Anteil Eingriffsdauer bei VDD bis 60 Min.)	76,94%	76,72%	80,8-89,3%
Eingriffsdauer bis 90 Minuten (Anteil Eingriffsdauer bei DDD bis 90 Min.)	86,22%	85,78%	35-100%
Flächendosisprodukt (75-Perzentile bei VVI)	1200 cGy*cm ²	1234 cGy*cm ²	305-23681 cGy*cm ²
Flächendosisprodukt (75-Perzentile bei DDD)	2526 cGy*cm ²	2384 cGy*cm ²	17-42360,9 cGy*cm ²
Durchleuchtungszeit (Anteil Pat. mit Durchleuchtungszeit bis 9 Min. bei VVI)	89,59%	90,45%	47,8-100%

Durchleuchtungszeit (Anteil Pat. mit Durchleuchtungszeit bis 18 Min. bei DDD)	94,07%	94,62%	54-100%
Perioperative Komplikationen (Anteil Pat. mit mind. 1 Komplikation)	6,32%	6,38%	0-37,5%
Reizschwellenhöhe (Anteil Pat. mit Reizschwelle bis 1,5 V)	95,86%	95,89%	71,9-100%
Reizschwellenhöhe (Anteil Ventrikelsonden \leq 1 V)	96,62%	96,69%	58,8-100%
Intrakardiale Signalamplituden (Anteil Vorhofsonden mit Amplitude $>1,5\text{mV}$)	88,25%	87,44%	1,8-100%
Intrakardiale Signalamplituden (Anteil Ventrikelsonden mit Amplitude $>4\text{ mV}$)	95,48%	95,62%	0-100%

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Schrittmacher:

Die Fachgruppe Schrittmacher hat sich mit den Auswertungen dieses Moduls in ihrer Sitzung am 29. Januar 2004 befasst. Die daraus resultierenden Klärungsprozesse waren zum Redaktionsschluss noch nicht abgeschlossen und konnten somit nicht in diesen Bericht einfließen.

Schrittmacher-Aggregatwechsel (Modul 9/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 3027 (Datenpool)

Qualitätsmerkmal	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Datenpool	Spannweite der Krankenhausergebnisse im Datenpool	Referenzwert
Aggregatwechsel wegen vorzeitiger Batterieerschöpfung	3,88%	3,87%	0-12,9%	
Laufzeit des SM-Aggregats (Anteil Pat. mit Einkammersystem, Laufzeit >6 Jahre)	82,64%	83,94%	68,2-100%	
Anteil Pat. mit Zweikammersystem, Laufzeit >6 Jahre	64,57%	64,69%	34,5-95,2%	
Eingriffsdauer (Anteil Pat. mit Eingriffsdauer bis 60 Min.)	92,47%	91,9%	65,2-100%	
Perioperative Komplikationen (Anteil Pat. mit mind. 1 Komplikation)	2,46%	2,08%	0-8,7%	
Reizschwellenbestimmung (Anteil Vorhofsonden mit gemessener Reizschwelle)	69,06%	68,49%	27,3-100%	
Anteil Ventrikelsonden mit gemessener Reizschwelle	84,71%	83,03%	10-100%	
Amplitudenbestimmung (Anteil Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude)	74,09%	72,38%	15,2-100%	
Anteil Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude	81,94%	80,84%	18,6-100%	
Reizschwellenhöhe (Anteil Vorhofsonden mit Reizschwelle <1,5V)	79,87%	79,85%	55-100%	
Anteil Ventrikelsonden mit Reizschwelle <1,2V	67,64%	68,21%	41,5-92,9%	
Intrakardiale Signalamplituden (Anteil Vorhofsonden mit Amplitude $\geq 1,5\text{mV}$ (keine VDD-Sonden))	81,03%	80,36%	65-100%	
(Anteil Ventrikelsonden mit Amplitude $\geq 4\text{mV}$ (keine SM-Abhängigkeit))	94,97%	94,57%	85,3-100%	

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Schrittmacher:

Die Fachgruppe Schrittmacher hat sich mit den Auswertungen dieses Moduls in ihrer Sitzung am 29. Januar 2004 befasst. Die daraus resultierenden Klärungsprozesse waren zum Redaktionsschluss noch nicht abgeschlossen und konnten somit nicht in diesen Bericht einfließen.

Schrittmacherexplantation/-revision (Modul 9/3)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 692 (Datenpool)

Qualitätsmerkmal	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Datenpool	Referenzwert
Schrittmacherfehlfunktion	0,17%		<3%
Indikation zur Revision 1 (Pat. mit Indikation Systemumwandlung)	0,72%		
Indikation zur Revision 2 (Pat. mit mind. einem SM-Taschenproblem)	0,47%		<3%
Indikation zur Revision 3 (Pat. mit mind. einem Sondenproblem)	2,78%		<3%
Perioperative Komplikationen 1 (Pat. mit mind. 1 Komplikation)	5,9%	4,91%	
Perioperative Komplikationen 2 (Pneumothorax mit Drainage)	0,8%	0,58%	<2%
Perioperative Komplikationen 3 (Wundinfektion mit erforderlicher Revision)	0,33%	0,29%	<2%
Perioperative Komplikation Sonden-dislokation (Vorhofsonden)	3,75%	0,77%	<3%
Perioperative Komplikation Sonden-dislokation (Ventrikelsonden)	0%	0%	<3%
Reizschwellenbestimmung bei revidierten Sonden (Vorhofsonden)	86,64%	90%	
Reizschwellenbestimmung bei revidierten Sonden (Ventrikelsonden)	80,58%	73,58%	
Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden (Vorhofsonden)	88,05%	90%	
Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden (Ventrikelsonden)	80,9%	76,92%	
Reizschwellenhöhe bei revidierten Sonden (Vorhofsonden mit Reizschwelle $\leq 1,5$ mV)	93,28%	93,16%	
Reizschwellenhöhe bei revidierten Sonden (Ventrikelsonden mit Reizschwelle $\leq 1,2$ mV)	93,75%	94,87%	
Intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden (Vorhofsonden mit Amplitude $\geq 1,5$ mV)	89,03%	88,68%	
Intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden (Ventrikelsonden mit Amplitude ≥ 4 mV)	94,44%	100%	

Spannweiten und zum Teil auch die Gesamtrate Datenpool sind nicht aufgeführt, da keines bzw. nur ein Krankenhaus je Qualitätsmerkmal mehr als 20 Datensätze geliefert hat. Eine grafische Darstellung in der Auswertung ist damit entfallen.

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Schrittmacher:

Die Fachgruppe Schrittmacher hat sich mit den Auswertungen dieses Moduls in ihrer Sitzung am 29. Januar 2004 befasst. Die daraus resultierenden Klärungsprozesse waren zum Redaktionsschluss noch nicht abgeschlossen und konnten somit nicht in diesen Bericht einfließen.

Kataraktoperation (Modul 3/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 38.398 (Datenpool)

Qualitätsmerkmal (Zusammenfassung)	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Datenpool	Referenz- wert
Indikationsstellung bei Visus > 0,5	6,63%	6,63%	
Postoperativer Visus			
• Niedrigrisikopatienten mit Visusverbesserung	78,91%	72,02%	
• Risikopatienten mit Visusverbesserung	74,22%	69,98%	
• Niedrigrisikopatienten ohne Visusverschlechterung	83,05%	79,56%	
• Risikopatienten ohne Visusverschlechterung	84,80%	80,06%	
Postoperative Besonderheiten Patienten mit			
• Wunddehiszenz	0,26%	0,35%	
• mit zentraler Hornhautendotheldekompensation	4,37%	6,35%	
Re-Operation	0,62%	0,76%	
• bei Risikopatienten	1,08%	1,25%	

Angesichts der bundesweit geringen Fallzahlen im stationären Sektor sowie der in Bremen sehr geringen Beteiligung wird auf eine Darstellung der Spannweite verzichtet.

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Augenheilkunde:

Die Fachgruppe „Augenheilkunde“ verwies grundsätzlich auf die Notwendigkeit von Longitudinalbeobachtungen und sektorübergreifender Qualitätssicherung. Insbesondere der postoperative Visus ist wegen der meist kurzen Verweildauer nicht aussagekräftig.

Die Fachgruppe hat sich sehr intensiv mit der ursprünglich sehr umfangreichen externen Qualitätssicherung für die Kataraktchirurgie auseinandergesetzt und 2002 eine fundierte kritische Stellungnahme für die BQS erarbeitet. Auch andere kritische Stimmen hatten sich geäußert. Das Modul ist inzwischen deutlich gestrafft worden und wird (bis zu einer möglicherweise sektorübergreifenden externen QS) ab 2004 ausgesetzt.

PTA (Modul 20/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 9998 (Datenpool)

Qualitätsmerkmal	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Datenpool	Spannweite der Krankenhausergebnisse im Datenpool	Referenzwert
Indikation nach Fontaine-Stadium (Anteil Pat. Stufe 2 und höher)	91,5%	92,02%	54,2-100%	
Indikationsabstimmung (Anteil PTA, bei denen Indikation mit Angiologie, Gefäßchirurgie oder Radiologie abgestimmt wurde)	78,15%	80,84	0-100%	
Bestimmung des Fontaine-Stadiums	91,11%	95,49%	5,4-100%	
Fontaine-Stadium mit Laufband (bei Fontaine-Stadium I bis IIb)	31,01%	29,84%	0-100%	
Gerinnungshemmende Medikation während der PTA	93,69%	97,11%	22,7-100%	
Präinterventionell gemessener Dopplerverschlussdruck	54,02%	59,75%	0-100%	
Reinterventionen in den letzten 12 Monaten (auf derselben Gefäßetage und Seite)	7,95%	7,7%	0-82,1%	
Indikation von Stents (PTA der Beckenetage mit Beckenarterienverschluss und/oder erschwerten Bedingungen)	53,93%	57,81%	0-91,6%	
Indikation von Stents (PTA der Oberschenkeletage)	7,05%	8,4%	0-83,3%	
Kontrolle durch Angiogramm	89,85%	93,18%	40,9-100%	
Postinterventionell (bis 48 h) gemessener Dopplerverschlussdruck und systemischer Blutdruck	45,66%	50,18%	0-100%	
Behandlungsbedürftige postinterventionelle Komplikationen	3,48%	3,95%	0-25%	
Postinterventioneller Grad der Reststenose (Grad der Reststenose <30%)	88,83%	88,36%	8,7-100%	

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Radiologie:

Bereits im Vorwort wurde auf den relativ späten Erscheinungszeitpunkt dieses Berichtes reflektiert, der insbesondere durch das späte Vorliegen der Auswertungen begründet ist. Da die Auswertungen des radiologischen Moduls erst in der späten zweiten Jahreshälfte vorlag, konnten die Ergebnisse bislang leider noch nicht besprochen werden. Die Fachgruppe Radiologie wird die Auswertung dieses Moduls daher in ihrer nächsten Sitzung beraten.

Teildatensätze Pflege (Modul 14/1, 17/1 und 17/2)

Im März 2002 wurde die Fachgruppe Pflege auf Landesebene gegründet, die sich aus Vertretern der Kliniken, der Ausbildungseinrichtungen, des Senators für Gesundheit sowie der ambulanten Pflegedienste zusammensetzt.

Im Rahmen der externen Qualitätssicherung waren für 2002 die Teildatensätze „Pflege“ zu den Modulen 14/1, 17/1 sowie 17/2 zu dokumentieren. Diese Dokumentation war im Verfahrensjahr 2002 verpflichtend, unterlag jedoch nicht der Sanktionsregelung.

Sowohl in der Fachgruppe Pflege als auch in den Bremer Kliniken wurden diese Pflegemodule – wie auch bundesweit – kritisch betrachtet und die Dokumentation dieser drei Module hat sich landesweit nicht durchgesetzt, so dass für das Verfahrensjahr 2002 keine Auswertungen in Auftrag gegeben wurden.

Inhaltlich hat sich die Fachgruppe auf mögliche landesweite Projekte der externen Qualitätssicherung konzentriert.

Intensiv vorbereitet wurde die Einführung der Dekubitusinzidenzerhebung in Bremen.

Insbesondere strukturelle Gründe und knappe Ressourcen führten dazu, dass sich die Kliniken einer Einführung der Erhebung gegenüber größtenteils verhalten zeigten.

Auch vor dem Hintergrund, dass seit 2004 die Dekubitusinzidenz in verschiedenen Krankheitsbildern über einen bundesweiten Dokumentationsbogen verpflichtend zu erheben ist, wurde das Projekt Dekubitusinzidenz für das Verfahrensjahr 2002/3 nicht eingeführt.

Derzeit arbeitet die Fachgruppe an dem Thema „Pflegeüberleitung“. Es ist geplant, den Expertenstandard Pflegeüberleitung des DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualität in der Pflege) zu prüfen und ggf. die Einführung für die Bremer Kliniken zu empfehlen.

Der Fachgruppe ist sehr daran gelegen, die Qualität der Pflege in Bremen zu sichern und zu verbessern. Die Gruppe beschäftigt sich dabei sehr engagiert über die geforderten BQS-Module hinaus mit der Etablierung eigener Projekte.

