

# Externe Qualitätssicherung der Krankenhäuser im Land Bremen

2003

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@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
Einführung.....	4
Lenkungsausschuss Bremen .....	7
Fachgruppen in Bremen .....	8
Berichte zu den Modulen aus den Fachgruppen	
Hinweise zu den Auswertungen .....	9
Begriffe, Abkürzungen, Anmerkungen .....	10
Chirurgie	
Appendektomie.....	11
Carotisrekonstruktion.....	12
Cholezystektomie .....	14
Leistenhernien.....	16
Orthopädie/Unfallchirurgie	
Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen) .....	17
TEP bei Coxarthrose .....	19
Hüft-TEP-Wechsel.....	21
Knie-TEP.....	23
Geburtshilfe und Neonatologie	
Geburtshilfe .....	25
Operative Gynäkologie	
Gynäkologische Operationen.....	27
Mammachirurgie.....	30
Herzschrillmacher	
Herzschrillmachererstimplation .....	33
Herzschrillmacheraggregatwechsel .....	36
Herzschrillmachereplantation/-revision.....	36
Kardiologie	
Koronarangiografie und PTCA .....	37
Radiologie	
PTA.....	40
Augenheilkunde	
Kataraktoperation .....	42
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
Nasenscheidewandkorrektur .....	43
Tonsillektomie .....	43
Neuro-/Handchirurgie	
Dekompression bei Carpalunnelsyndrom.....	44
Dekompression bei Ulnarisrinnensyndrom.....	44
Pflege	
Teildatensätze Pflege (14/1, 17/1, 17/2) .....	<b>45</b>
Anhang	
Grundlagen der externen verpflichtenden Qualitätssicherung in Bremen	
Beteiligung der Kliniken an der externen Qualitätssicherung in Bremen	

## Einführung

In dem ersten Bericht zur externen Qualitätssicherung in der stationären Versorgung im Land Bremen im vergangenen Jahr hatten wir erstmals über die gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen der bundesweit verpflichtenden externen Qualitätssicherung (QS) berichtet und die Strukturen vorgestellt. Diese Informationen haben wir aktualisiert und im → Anhang dargestellt.

Wichtigste Neuerung ist die Einbindung dieser verpflichtenden externen Qualitätssicherung in die Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Dieser ist unter anderem zur Koordination und Klärung der vielfältigen Reformbemühungen im gesamten Gesundheitswesen zum 1.1.2004 vom Bundesgesundheitsministerium eingesetzt worden.

Die Strukturen der externen Qualitätssicherung wurden zunächst beibehalten. Auf dieser Grundlage engagiert sich der G-BA sehr, um das Verfahren weiter zu optimieren. Hierzu hat er mehrere Arbeitsgruppen eingesetzt. So forciert der G-BA Pilotprojekte zur Sicherstellung der Datenvalidität, die noch in diesem Jahr umgesetzt werden sollen. Ebenso sollen die sektorübergreifende Qualitätssicherung und Beobachtungen in Zeitreihen mit hoher Priorität verfolgt werden.

Mit einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung soll die Trennung zwischen dem stationären und vertragsärztlichen Sektor überbrückt werden. Gerade bei einer zunehmenden Kürzung der stationären Verweildauer bekommt das so genannte „Follow-Up“ (Nachuntersuchung nach einem definierten Zeitraum) eine besondere Bedeutung für die Sicherung der Ergebnisqualität.

### Was passiert mit den Auswertungen und Ergebnissen?

Die Krankenauswertungen, die alle teilnehmenden Abteilungen erhalten, spiegeln die Abteilungsergebnisse im landesweiten Vergleich unter Berücksichtigung der bundesweiten Referenzwerte wider.

- Die Fachgruppen analysieren und bewerten die anonymisierten Gesamtauswertungen für Bremen. Dabei werden Auffälligkeiten kritisch hinterfragt und es obliegt der jeweiligen Fachgruppe, die Auswertungsergebnisse ggf. für Außenstehende zu erläutern oder auch Klärungsbedarf zu benennen. So werden beispielsweise negative Abweichungen von Referenzwerten oder andere Konstellationen, die aus Sicht der Fachgruppenmitglieder Verbesserungspotenziale erkennen lassen, thematisiert. Aber auch positive Ergebnisse werden in den Beratungen gewürdigt oder bei Bedarf hinsichtlich der Datenvalidität kritisch geprüft.
- Als Folge dieser Fachgruppenbeschlüsse fordert das Qualitätsbüro ergänzende Informationen bei den betreffenden Abteilungen an. Diese werden von der Fachgruppe geprüft und bewertet. Soweit die Bewertungen bereits abgeschlossen werden konnten, sind diese im vorliegenden Bericht aufgeführt.
- Sowohl dieser kritische Dialog als auch die Fachgruppendifkussionen selbst wirken befruchtend auf die stetige Weiterentwicklung der Patientenversorgung.

## **Konkrete Beispiele aus dem vorliegenden Bericht**

### **Aus der Orthopädie: postoperative Röntgenaufnahmen in 2 Ebenen**

Vor allem die Sorge vor möglichen Luxationen hatte bislang in verschiedenen Abteilungen das Anfertigen der ap- Aufnahme nach bestimmten Gelenk ersatzoperationen begründet, zumal bislang keine Leitlinie existiert, die eine Röntgenaufnahme in der zweiten Ebene fordert. Aufgrund des Qualitätsindikators hat sich die Bremer Fachgruppe ausführlich mit der Frage befasst und die betreffenden Abteilungen aufgefordert, das bisher praktizierte Vorgehen zugunsten einer zweiten Aufnahme zu prüfen.

Auch in der Bundesfachgruppe wird dieser Qualitätsindikator unter den o. g. Bedenken kritisch diskutiert. Zurzeit wird auf dieser Ebene darüber beraten, ob der Indikator überarbeitet werden sollte.

Hier lässt sich der besondere Wert im Zusammenspiel der Arbeitsgruppen in den Ländern und der Bundesebene erkennen: Zum einen bilden die bundesweit geltenden Indikatoren einen Maßstab, mit dem alle Krankenhäuser ihre Arbeitsweisen prüfen können. Zum anderen unterstützen die Arbeitsgruppen in den Ländern die Bundesebene bei der stetigen Optimierung der definierten Qualitätsziele und -indikatoren.

### **Aus der Chirurgie: Wundhämatom/Nachblutung bei Leistenhernien**

Hier fiel der betroffenen Abteilung eine erhöhte Nachblutungsrate bei multimorbiden, marcumarisierten Patienten auf. Sie berichtete über Probleme mit bestimmten Heparinen bei Vorliegen einer Niereninsuffizienz. Dementsprechend wurden die klinikinternen Vorgaben für die Pharmakotherapie dieser Patienten bereits geändert.

Die Fachgruppe setzt sich intensiv mit der Behandlung marcumarisierter Patienten und den konkret getroffenen Maßnahmen auseinander. Der lebhaft fachliche Austausch über eine möglichst optimale Behandlung gerade auch für Risikogruppen wurde sehr begrüßt.

### **Aus der Geburtshilfe : Dammriss III./IV. Grades**

Nachdem bereits im Vorjahr vereinzelt höhere Quoten aufgefallen waren, beschloss die Fachgruppe, für Bremen eine spezielle Fortbildungsveranstaltung für die beteiligten Berufsgruppen zu diesem Thema zu initiieren. Die Umsetzung ist für die erste Jahreshälfte 2005 vorgesehen.

### **Umfang der externen Qualitätssicherung (einbezogene Leistungsbereiche)**

Für 2003 stellen wir vorerst letztmalig die Ergebnisse für die Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, die Prostataresektion, die PTA, die Appendektomie, Leistenhernienoperation und die Nervenkompressionssyndrome vor. Die verpflichtende Qualitätssicherung für diese Module wurde bundesweit seit dem 1.1.2004 ausgesetzt.

Damit setzte noch das Bundeskuratorium Empfehlungen der Fachgruppen um. Diese hatten kritisiert, dass Auswertungen in diesen Bereichen vor allem aufgrund der geringen Fallzahlen (einige Operationen werden stationär nur sehr selten durchgeführt) und der kurzen Verweildauer bei noch fehlender sektorübergreifender Qualitätssicherung zurzeit schwer zu bewerten seien.

Auch in Bremen wurden diese Beschlüsse begrüßt und auf eine mögliche Landesverpflichtung zur Teilnahme an diesen Modulen verzichtet.

## Grenzen des Verfahrens

Zahlen sprechen nicht für sich selbst! Eine vermeintlich „bessere“ Komplikationsrate einer Klinik im Vergleich mit anderen wird beispielsweise durch den Allgemeinzustand und weitere Erkrankungen der Patienten beeinflusst. Abhilfe soll hier die Weiterentwicklung der so genannten „Risikoadjustierung“ (siehe Hinweis Seite 13) schaffen.

Darüber hinaus hängen die dokumentierten Komplikationen auch von der Verweildauer ab: Bei Patienten mit einem kürzeren stationären Aufenthalt können Komplikationen, die erst nach der Entlassung auftreten, mit der Dokumentation für die externe Qualitätssicherung nicht mehr erfasst werden und fließen dementsprechend nicht in die Auswertungen ein.

Gerade im Interesse einer guten Versorgung aller Patienten ist deshalb der praktizierte Prozess der differenzierten und kritischen Auswertungsanalyse in den Fachgruppen von besonderer Bedeutung.

Zudem wurde auch in den Bremer Fachgruppen darauf hingewiesen, dass die Veröffentlichung von Ergebnissen, die mit dem vorliegenden Verfahren ermittelt wurden, stets mit einer differenzierten Kommentierung verbunden sein muss. Wie auch in der Fachöffentlichkeit diskutiert, ist die bisherige externe Qualitätssicherung (nicht sektorenübergreifend, kein Follow-up) zwangsläufig unvollständig und auch von den Strukturindikatoren der Krankenhäuser abhängig (z.B. Liegezeiten, Erreichbarkeit im Notdienst, Einzugsbereich).

Sowohl die Risikoadjustierung als auch die sektorübergreifende Qualitätssicherung sind also für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung von wesentlicher Bedeutung.

Dieser Bericht richtet sich in erster Linie an die Fachöffentlichkeit und soll als Ergebniszusammenfassung die teilnehmenden Krankenhäuser und Gremien informieren. Gleichzeitig steht er auch der interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung.

Unter [www.Gesundheit-HB.de](http://www.Gesundheit-HB.de) ist der Bericht auch im Internet veröffentlicht.

Für ergänzende Informationen können Sie sich jederzeit gern an das Qualitätsbüro Bremen wenden.

Sehr herzlich danken wir den zahlreichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bremer Kliniken für ihren Einsatz und die gute Kooperation.

Bremen, Februar 2005

## **Lenkungsausschuss Qualitätssicherung Bremen**

**Vorsitz seit August 2003 (Ärztammer): Dr. Ursula Auerswald †**  
**seit Januar 2005: Dr. Klaus-Dieter Wurche**

Stellvertr. Vorsitzender: Ralf Gronemeyer

### **AOK Bremen/Bremerhaven**

**Olaf Woggan**

Vertretung: Uwe Schneider

### **BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen**

**Holger Kammann**

Vertretung: Hans-Hermann Runge

### **IKK Landesverband Bremen**

**n.n.**

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

### **Ärztammer Bremen**

**Dr. Klaus-Dieter Wurche**

**Ralf Gronemeyer**

Vertretung: Gerd Wenzel; Franz-Josef Blömer

### **Bremer Pflegerat**

**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. Braun, Rotes-Kreuz-Krankenhaus

### Geburtshilfe und Neonatologie

**Vorsitz: Dr. Frenz**, Klinikum Bremen-Mitte  
Stellvertreter: Dr. Albrecht, Klinikum Bremen-Mitte

### Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

**Vorsitz: Dr. Fastenau**, Klinikum Bremen-Mitte

### Neuro- und Handchirurgie

**Vorsitz: Dr. Mahlmann**, Klinikum Bremerhaven Reinkenheide  
Stellvertreter: Dr. Bauer, Rolandklinik

### Operative Gynäkologie

**Vorsitz: Dr. Kemnitz**, St.-Joseph-Hospital  
Stellvertreter: Dr. van der Linde, Klinikum Bremen-Nord

### Orthopädie/Unfallchirurgie

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

### Pflege

**Vorsitz: Frau Dölker**, Klinikum Links der Weser  
Stellvertreter: Herr Hartmann, Klinikum Bremen-Ost

### Pneumonie (neu seit November 2004)

**Vorsitz: Prof. Dr. Ukena**, Klinikum Bremen-Ost  
Stellvertreter: Prof. Dr. Sander, Krankenhaus Am Bürgerpark

### Radiologie

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

### Schrittmacher

**Vorsitz: Dr. Widjaja**, Klinikum Links der Weser  
Stellvertreter: Dr. Trautmann, Krankenhaus Am Bürgerpark



## Hinweise zu den Auswertungen

Im Folgenden sind die einzelnen Leistungsbereiche mit den Qualitätsindikatoren und den jeweiligen Ergebnissen für 2003 angeführt. In der Regel sind der Landes- und Bundesdurchschnitt sowie die Spannbreite der Landesergebnisse aufgeführt. Sofern ein bundesweiter Referenzwert definiert wurde, ist er in der rechten Spalte abzulesen.

### Softwareversionen 5.01 und 6.0

Im Jahr 2003 konnten die Daten in der ersten Jahreshälfte in zwei Softwareversionen erhoben werden, in der älteren Version 5.0.1 sowie in der Version 6.0. Die Anzahl der in der älteren Version erhobenen Datensätze je Modul ist deutlich geringer als diejenigen aus der neuen Version. Sofern eine gemeinsame Auswertung beider Versionen aufgrund zu großer inhaltlicher Unterschiede nicht erfolgen konnte, wurden zwei parallele Auswertungen erforderlich. Die Fachgruppen haben auch die Auswertungen nach der Version 5.0.1 kritisch gewürdigt, sich in den Beratungen der Ergebnisse allerdings auf die Daten der Version 6.0 aufgrund der wesentlich höheren Fallzahlen und der damit einhergehenden größeren statistischen Sicherheit und Aussagekraft konzentriert.

Zu Beginn jeder Auswertung ist die Gesamtzahl aller im Jahr 2003 ausgewerteten Datensätze in diesem Modul aufgeführt. In der Tabelle abgebildet sind die Werte der Version 6.0.

### Landesauswertungen und Auswertungen im Datenpool

- 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 der Darstellung eines jeden Moduls.

### „Nähere Erläuterungen wurden angefordert“

Hier ist angeführt, zu welchen Fragen die Fachgruppen anhand der Auswertungsergebnisse noch Klärungsbedarf sahen. In diesen Fällen wurden die betroffenen Kliniken um weitergehende Informationen gebeten. Es ist zu beachten, dass viele Klärungsprozesse sowie die endgültige Fachgruppenbewertungen noch nicht abgeschlossen sind.

### \*) entfällt

Angabe entfällt wegen Fallzahlen < 20 Patienten je Krankenhaus.

Durch die Unterteilung von Patientengruppen (s. Carotischirurgie) oder bei selteneren Eingriffen (Hüft-TEP-Wechsel) kann es dazu kommen, dass bei einzelnen Qualitätsindikatoren Kliniken weniger als 20 Patienten mit den entsprechenden Merkmalskombinationen behandelt hatten. Besonders bei sehr wenigen Patienten können prozentuale Angaben zu einer Fehlinterpretation der Zahlen verleiten: Bei vier Patienten würde z.B. eine Komplikation zu einer Komplikationsrate von 25 % führen. Wäre keiner der 4 Patienten betroffen, wäre die betreffende Abteilung komplikationsfrei. Daher wurde in diesen Fällen auf die irreführende Darstellung der Spannweiten verzichtet. Gleichwohl wurden auch die Ergebnisse der kleineren Fallzahlgruppen differenziert beraten, dies lässt sich den Berichtstexten entnehmen.

## Begriffe, Abkürzungen, Zeichen

### **ASA** (American Society of Anesthesiologists)

Einstufung des Gesundheitszustandes der Patienten.

ASA 1: normaler, ansonsten gesunder Patient

ASA 2: Patient mit allgemeiner Allgemeinerkrankung

ASA 3: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung

ASA 4: Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung

ASA 5: moribunder Patient (sehr schwer kranker Patient)

### **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.

### **„Nicht definiert“**

Die Fachgruppe auf Bundesebene hat keinen Referenzwert festgelegt.

### **Qualitätsindikator**

Definiertes Merkmal, aus dem sich eine Aussage über die Güte von Behandlungen ableiten lässt. Idealerweise ist ein Qualitätsindikator ein Maßstab, um gute von schlechter Qualität zu unterscheiden.

### **Referenzwert**

Richtwert. Werte ober- bzw. unterhalb dieses Wertes gelten als auffällig. Die Festlegung von Referenzwerten wird auf Bundesebene mit hoher Priorität bearbeitet und hat sich im Vergleich zum Vorjahr bereits deutlich weiterentwickelt.

### **Risikoadjustierung**

Einbeziehung von Einflussgrößen wie beispielsweise die ASA-Klassifikation auf einen Qualitätsindikator. Sie dient der Vergleichbarkeit von Ergebnissen und ermöglicht eine einheitliche Bewertung. Die Entwicklung von Rechenmodellen hierfür ist sehr komplex und noch deutlich ausbaufähig.

### **Sentinel event**

Bereits ein einziger Vorfall stellt eine Auffälligkeit dar und bedarf automatisch der Abklärung. (Beispiel: Todesfälle bei einer Blinddarmoperation).

### **\*) entfällt**

Angabe entfällt wegen Fallzahlen < 20 Patienten je Krankenhaus.

Schwierig gestaltet sich die Bewertung der Ergebnisse, wenn bei einzelnen Qualitätsindikatoren Kliniken weniger als 20 Patienten mit den entsprechenden Merkmalskombinationen behandelt hatten. Besonders bei sehr wenigen Patienten können prozentuale Angaben zu einer Fehlinterpretation der Zahlen verleiten. Daher wird in diesen Fällen zumeist auf eine Darstellung der Spannweiten verzichtet.

## Appendektomie (Modul 12/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1125 (841 in Version 6.0)

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen 2003	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
<b>Diagnosestellung</b> (Patienten mit histologischem Befund: „akut entzündet“ oder „perforiert“)	75,07%	73,15%	50,8-95,6%	>= 50%
<b>Histologische Untersuchung</b> (Anteil an Patienten mit histologischer Untersuchung)	95,84%	97,86%	84,5-100%	>= 95%
<b>Perforation und präoperative Verweildauer</b> (Patienten mit histologisch nachgewiesener Perforation und einer präoperativen Verweildauer >= 1 Tag)	8,12%	3,82%	0-8,0%	<= 17,4%
<b>Postoperative Wundinfektion</b>				<b>Nicht definiert</b>
• Alle Patienten	2,88%	2,5%	0-7,1%	<= 5,9 %
• risikoadjustiert	1,66 %	0,65 %	0-2 %	
<b>Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen</b>	2,79%	1,07%	0-5,8%	<= 8,3%

### Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Chirurgie:

#### Der Qualitätsindikator **Diagnosestellung**

wird wie im Vorjahr besonders differenziert beraten. Dabei wird insbesondere die Problematik bei chronischen Entzündungen berücksichtigt. Auch wird die Abhängigkeit dieses Qualitätsindikators von einer möglichst vollständigen Dokumentation der Histologiebefunde für die externe Qualitätssicherung thematisiert. In Würdigung aller Umstände und in Anbetracht der Tatsache, dass alle Bremer Kliniken oberhalb des Referenzwertes liegen, wird kein Klärungsbedarf festgestellt.

#### Zum Qualitätsindikator **Histologische Untersuchung**

wird wie im Vorjahr bestätigt, dass eine histologische Untersuchung stets erforderlich sei und auch erfolge. Diese klinische Praxis wird in einzelnen Häusern nur mangelhaft in der QS-Dokumentation erfasst. Es hatte sich gezeigt, dass die QS-Bögen zeitnah zur Entlassung der Patienten abgeschlossen werden, obwohl der histologische Befund dann oftmals dem Krankenhaus noch nicht vorliegt. Die Abteilung, die mit 84,5 % deutlich unter dem Referenzwert liegt, hatte bereits im Vorjahr festgestellt, dass die nicht dokumentierten Befunde in den Patientenakte tatsächlich vorhanden waren.

#### Nähere Erläuterungen wurden angefordert:

Analog zur Einschätzung der Fachgruppe auf Bundesebene wurde in Bremen der dokumentierte Todesfall bei Appendektomien hinterfragt. Die Klärung ist noch nicht abgeschlossen.

## Carotis-Rekonstruktion (Modul 10/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze : 229 in Version 6.0

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
<b>Indikationstellung</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>bei asymptomatischer Stenose, Anteil an Patienten mit einer Stenose <math>\geq 60\%</math></li> </ul>	88,85%	93,02%	87,5-97,5%	>80%
<ul style="list-style-type: none"> <li>bei symptomatischer Stenose, Anteil an Patienten mit einer Stenose <math>\geq 50\%</math></li> </ul>	95,26%	97,54%	96,8-98,4%	>90%
<b>Perioperative Schlaganfälle oder Todesfälle</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>bei asymptomatischer Stenose (Stenose <math>\geq 60\%</math>) ohne kontralateralen Verschluss oder kontralaterale Stenose <math>\geq 75\%</math></li> </ul>	2,02%	0%	0%-0%	<3%
<ul style="list-style-type: none"> <li>bei asymptomatischer Stenose (Stenose <math>\geq 60\%</math>) mit kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose <math>\geq 75\%</math></li> </ul>	2,90%	14,29% (2 von 14)	*) entfällt	<5%
<ul style="list-style-type: none"> <li>bei symptomatischer Stenose mit Stenosegrad <math>\geq 70\%</math></li> </ul>	4,0%	2,91%	1,8-3,7%	<6%
<ul style="list-style-type: none"> <li>bei symptomatischer Stenose mit Stenosegrad von 50-69%</li> </ul>	4,57%	6,25%	*) entfällt	<6%
<b>Anteil an Patienten mit schweren Schlaganfällen</b>	1,67%	2,18%	0-9,1%	Nicht definiert
<b>Postoperative Komplikationen</b>	2,55%	3,06%	3-10%	$\leq 8,7\%$

### Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Chirurgie

Die Fachgruppe stellt fest, dass die Bremer Ergebnisse insgesamt sehr erfreulich seien und die von der Fachgruppe auf Bundesebene definierten Qualitätsziele und Referenzbereiche in den Bremer Kliniken häufig sogar positiv übertroffen wurden.

Schwierig zu bewerten sind Ergebnisse, wenn bei einzelnen Qualitätsindikatoren Kliniken weniger als 20 Patienten mit den entsprechenden Indikatorkombinationen behandelt hatten. Besonders bei sehr wenigen Patienten führen die prozentualen Angaben zu einer starken Verzerrung: Werden beispielsweise vier Patienten operiert, so führen Komplikationen bei einem Patienten bereits zu einer Komplikationsrate von 25%.

Nähere Erläuterungen wurden angefordert:

Unter Berücksichtigung der statistischen Verzerrung beriet die Fachgruppe die Ergebnisse für Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in den jeweiligen Untergruppen. Dabei stellt die Bremer Fachgruppe analog zur Bundesfachgruppe

für den Qualitätsindikator **perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Carotisstenose**

fest: Grundsätzlich können die Patienten nur bei einer niedrigen Komplikationsrate von dieser (vorbeugenden) Operation profitieren. Deswegen wurden auch nähere Informationen zu diesen schweren Komplikationen bei der betreffenden Abteilung angefordert. Die behandelnde Abteilung stellte die Behandlungsergebnisse für die betreffende Patientengruppe ausführlich dar. Es wurde darauf verwiesen, dass die betroffenen Patienten an kardio-vaskulären Erkrankungen litten, die ursächlich für die aufgetretenen Komplikationen gewesen seien. Die Fachgruppe setzte sich mit diesen Erläuterungen sehr differenziert auseinander. Angesichts der besonderen Bedeutung wurde beschlossen, die Ergebnisse dieses Hauses auch für 2004 mit besonderer Aufmerksamkeit zu verfolgen und gesondert in der Fachgruppe zu beraten.

## Cholezystektomie (Modul 12/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1884 (1291 in Version 6.0)

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Anteil an Patienten mit fraglicher Indikation	1,89%	2,17%	0,0%-4,8%	≤5,8%
präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	94,66%	95,41%	57,1-100%	100%
Präoperative Verweildauer in Tagen (Median)				
Alle Patienten ASA 1 und 2 (elektive Operationen)	1,0	1,0	0-1 Tag	Nicht definiert
Alle Patienten ASA 1 und 2 (akute Operationen)	1,0	1,0	1-1 Tag	
Erhebung eines histologischen Befundes	95,64%	97,75%	84,4%-100%	100%
Eingriffsspezifische Komplikationen Pat. mit mind. einer Komplikation	2,64%	1,78%	0-4,4%	≤ 7,0%
Postoperative Wundinfektionen				Nicht definiert
• alle Patienten	1,58%	1,08%	0-2,6%	
• offen-chirurgisch		3,92%		
• laparoskopisch		0,70%		
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen				
• alle Patienten	3,64%	3,06%	1,2%-7,4%	≤ 10,5%
• laparoskopisch	2,78%	2,58%	1,3%-5,7%	≤ 9,1%
• offen-chirurgisch	11,88%	7,14%	*) entfällt	≤ 25,0%
Reinterventionsrate	1,56%	2,01%	0,0-7,1%	≤ 2%
Letalität	0,50%	0,67%	0,0-2,7%	Sentinel event

### Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Chirurgie

Schon im Vorjahr hatte die Fachgruppe sich sehr differenziert und kritisch mit den Kriterien für das Qualitätsziel **selten fragliche Indikationen** auseinandergesetzt. Nachdem im letzten Jahr eine Prüfung aller fraglichen Fälle ergeben hatte, dass die Indikationsstellung nachvollziehbar begründet war, verzichtete die Fachgruppe in diesem Jahr auf eine Einzelfallabfrage. Für die Bewertung in diesem Jahr hatte die Fachgruppe auf Bundesebene auch auf die Leitlinieninhalte zur Behandlung der Cholelithiasis verwiesen. Diesen stimmt die Fachgruppe nachdrücklich zu. Es wird jedoch auch festgestellt, dass die Cholelithiasis nicht die einzige Indikation zur Cholezystektomie ist. Auch Befunde wie eine akalkulöse Cholezystitis oder ein Tumor könnten eine Cholezystektomie erforderlich machen, eine entsprechende Erweiterung des Indikationskataloges sei daher erforderlich.

### Zum Qualitätsindikator **histologische Untersuchung**

wird bestätigt, dass eine histologische Untersuchung immer erforderlich sei und auch erfolge. Diese klinische Praxis wird in einzelnen Häusern nur mangelhaft in der QS-Dokumentation erfasst. Einhellig werden die dargestellten Raten als unbefriedigend eingeschätzt. Es hat sich gezeigt, dass die QS-Bögen zeitnah zur Entlassung der Patienten abgeschlossen werden, obwohl der histologische Befund dann oftmals dem Krankenhaus noch nicht vorliegt.

Die Fachgruppe stellt fest:

In den Prozessabläufen der Krankenhäuser ist eine Kontrolle über den Rücklauf eines histologischen Untersuchungsbefundes etabliert. Obwohl das Item als Qualitätsindikator ausgewertet wird, ist dieses Feld kein Pflichtfeld. Damit kann der Datensatz abgeschlossen werden, auch wenn noch kein Eintrag erfolgte. Dies ist eine erhebliche Fehlerquelle! Die BQS hat auf den Hinweis der Bremer Fachgruppe inzwischen zugesagt, dies zu ändern.

### Nähere Erläuterungen wurden angefordert:

#### Qualitätsindikator **präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase**

Eine Klinik weist im Zusammenhang mit einer präoperativen Diagnostikrate einen Wert von nur 57,1 % auf. Die Nachprüfung für diese Fälle ergab, dass bei allen Patienten eine ERCP (Röntgenkontrastdarstellung) vor der Operation durchgeführt worden war, die Dokumentation dies jedoch nicht widerspiegelt.

Die Abweichungen von 100% in anderen Kliniken beruhen jeweils auf einem Fall, so dass hier kein Nachforschungsbedarf gesehen wird.

Die Fachgruppe teilt uneingeschränkt die Empfehlung der Bundesfachgruppe, dass präoperativ immer eine Abklärung der Gallenwege erfolgen sollte. Die Begründung der Bundesebene („... um eine maligne Erkrankung auszuschließen“) sei jedoch unzureichend. In der Praxis deutlich häufiger seien Gallengangssteine, die durch diese präoperative Diagnostik entdeckt würden.

#### Zum Qualitätsindikator **Reinterventionsrate**

hat die Klinik mit der Rate von 7,1 % in Eigeninitiative die betreffenden Krankenakten kontrolliert und bis auf eine tatsächlich erfolgte Reintervention festgestellt, dass die Dokumentation für die Qualitätssicherung unzutreffend war.

#### Zum Qualitätsindikator **Letalität**

Analog zur Einschätzung der Fachgruppe auf Bundesebene wird auch in Bremen entschieden, für die Todesfälle bei Cholezystektomien nähere Erläuterungen anzufordern. Die Klärung ist noch nicht abgeschlossen.

## Leistenhernienoperation (Modul 12/3)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1974 (1461 in Version 6.0)

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Reinterventionsrate	1,15 %	2,31%	0-11 %	<=4,2 %
Postoperative Wundinfektion	0,72 %	0,58 %	0 -2,9	
• risikoadjustiert, Risikoklasse 0	0,44 %	0,12%	0-1,1 %	<= 2%
Wundhämatom/Nachblutungen	1,87 %	2,31%	0-8,1 %	<=6,1 %

### Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Chirurgie

Für die Version 5.01 lässt sich im Vergleich zum Vorjahr eine deutliche Besserung der Dokumentationsqualität feststellen, besonderer Klärungsbedarf wird nicht festgestellt. In der Version 6.0 wurde auf Bundesebene das Auswertungskonzept grundlegend überarbeitet. Auch in Bremen im Vorjahr kritisch diskutierte Items entfielen, dagegen wurde eine Risikoadjustierung vorgenommen.

#### Zum Qualitätsindikator **Wundhämatom/Nachblutung**

informierte die Klinik mit der höchsten Quote in der Fachgruppensitzung über ihre Recherchen. Diese hatten ergeben, dass bei multimorbiden, marcumarisierten Patienten eine besondere Konstellation zu beachten sei: Bei bestimmten niedermolekularen Heparinen kam es bei Vorliegen einer Niereninsuffizienz entgegen den pharmakologischen Hinweisen vermehrt zu Nachblutungen. Dementsprechend wurden die klinikinternen Vorgaben für die Pharmakotherapie dieser Patienten bereits geändert. Die Fachgruppe setzte sich intensiv mit den Möglichkeiten und Erfahrungen bei Behandlung marcumarisierter Patienten und den konkret getroffenen Maßnahmen auseinander, die Ergebnisse und Erläuterungen der betreffenden Abteilung werden als nachvollziehbar eingestuft. Darüber hinaus wird der lebhaft fachliche Austausch im Interesse einer möglichst optimalen Behandlung gerade auch für Risikogruppen begrüßt.

#### Nähere Erläuterungen wurden angefordert:

#### Zum Qualitätsindikator **Reinterventionsrate**

wurde bei einer Klinik eine Reinterventionsrate von 11% hinterfragt. Diese Klinik hatte bereits bei den Cholezystektomien Fehlcodierungen festgestellt und teilte nach Durchsicht der betreffenden Krankenakten mit, dass tatsächlich keine Reinterventionen bei Leistenhernien durchgeführt worden seien. Die Fachgruppe nahm die Erläuterungen zur Kenntnis und wird die Ergebnisse dieser Klinik für 2004 mit besonderer Aufmerksamkeit verfolgen.

Analog zur Einschätzung der Fachgruppe auf Bundesebene wird für Bremen entschieden, für jeden der vier Todesfälle bei Leistenhernienoperationen (Letalitätsrate in Bremen: 0,29%) nähere Erläuterungen bei den behandelnden Abteilungen anzufordern. In den Krankheitsverläufen wurden unter anderem auf Patienten mit einem reduzierten Allgemeinzustand, Multimorbidität oder auch Komplikationen im postoperativen Verlauf hingewiesen. Die Fachgruppe setzte sich mit diesen Erläuterungen sehr differenziert auseinander. Angesichts der besonderen Bedeutung wurde beschlossen, die Ergebnisse einiger Kliniken auch für 2004 mit besonderer Aufmerksamkeit zu verfolgen und in der Fachgruppe zu beraten.



## Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen) (Modul 17/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 663 (458 in Version 6.0)

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Osteosynthetische Versorgung bei Pat. < 65 J. mit Schenkelhalsfraktur	54,34%%	50%	*) entfällt	>=91,3%
Endoprothetische Versorgung bei Pat. > 80 J. mit Schenkelhalsfraktur	85,44%	82,69%%	83,3-96,2%	nicht definiert
<b>Operationsverfahren bei medialer Schenkelhalsfraktur:</b>				
• Anteil Pat. mit osteosynthet. Versorgung an Pat. mit Garden-I- oder II-Fraktur	39,54%	62,71%	33,3-100%	>=4,8%
• Anteil Pat. mit endoprothet. Versorgung an Pat. mit Garden-III- oder IV-Fraktur	92,96%	92,21%	85,7-100%	>=78,1%
• Anteil Pat. mit osteosynthet. Versorgung an Pat. < 65J. mit Garden-I oderII-Fraktur	74,47%	88,89%	*) entfällt	nicht definiert
• Anteil Pat. mit endoprothet. Versorgung an Pat. <65 J. mit Garden III- oder IV-Fraktur	62%	63,64%	*) entfällt	nicht definiert
Pat. mit perioperativer Antibiotikaphylaxe	93,06%	95,79%	76,5-100%	>=95%
Pat. mit post-op. Rö-Bild a/p und axial	76,8%	72,70%	20-98,4%	=100%
Pat. mit selbständigem Gehen bei Entlassung	78,3%	89,06%	75-98,1%	>=56,8%
Pat. mit Gefäßläsionen	0,06%	0%		<=1%
Pat. mit Nervenschaden	0,18%	0,32%	0-1,8%	<=5%
Pat. mit Implantatfehlage, -dislokation oder -bruch bei Schenkelhalsfraktur	0,78%	0,65%	0-1,8%	nicht definiert
Pat. mit Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation	0,48%	0%		<=3,3%
Pat. mit Endoprothesenluxation	1,47%	1,25%	0-5%	<=6,3%
Pat. mit post-op. Wundinfektion	2,98%	1,94%	0-4,3%	<=5%
Pat. mit Wundhämatomen/Nachblutungen	3,97%	2,84%	0-10,3%	<=12,8%
Pat. mit thromboembolischen Komplikationen	1,14%	0,97%	0-3,6%	nicht definiert
Pat. mit Reinterventionen wegen Komplikationen	5,38%	5,18%	0-14,8%	<=15%

<b>Letalität</b>				
• Verstorbene nach osteosynthet. Versorgung	<b>2,89%</b>	<b>2,94%</b>	<b>0-12,5%*</b>	<b>&lt;=13,6%</b>
• Verstorbene nach endoprothet. Versorgung	<b>6,09%</b>	<b>5,81%</b>	<b>2-12,8%*</b>	<b>&lt;=15%</b>
• Verstorbene bei ASA 1-2	<b>1,25%</b>	<b>3%</b>		<b>nicht def.</b>
• Verstorbene bei ASA 3	<b>5,53%</b>	<b>6,01%</b>	<b>0-10,3%</b>	<b>nicht def.</b>

### Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie /Unfallchirurgie für 2003:

Insgesamt werden die Bremer Ergebnisse (Landesdurchschnitt) für 2003 als erfreulich eingestuft. Die Werte liegen größtenteils im definierten Referenzbereich.

Die Auswertung von **OP-Dauer und Nachblutungen** ergab, dass eine längere OP-Dauer nicht zu einer höheren Nachblutungsrate führte.

#### Nähere Erläuterungen wurden angefordert:

##### Qualitätsindikator **perioperative Antibiotikaprophylaxe**

Derzeit wird noch geprüft, weshalb hier in zwei Kliniken die Raten unterhalb des Referenzwertes von  $\geq 95\%$  liegen.

##### Qualitätsindikator **postoperative Röntgenaufnahmen in 2 Ebenen**

Bislang existiert keine Leitlinie, die dieses Vorgehen fordert. Auch vor diesem Hintergrund wurde dieses Qualitätsindikator kritisch diskutiert.

Vor allem die Sorge vor möglichen Luxationen hatte bislang in verschiedenen Abteilungen das Anfertigen einer Aufnahme begründet, und erklärt somit, neben Dokumentationsungenauigkeiten, die große Spannweite von 20-98,8% und das Unterschreiten des Referenzwertes von 100% in allen betroffenen Kliniken.

Angeregt durch die Fachgruppendifkussion und -bewertung wird derzeit geprüft, ob dieses Vorgehen zukünftig stets zugunsten einer zweiten Aufnahme geändert werden sollte.

Auch in der Bundesfachgruppe wird dieser Qualitätsindikator unter den o. g. Erwägungen kritisch diskutiert. Zurzeit wird auf dieser Ebene darüber beraten, ob der Indikator vor dem Hintergrund der genannten Aspekte geändert werden sollte.

##### Qualitätsindikatoren **Nachblutungs-/Wundhämatomrate und Reinterventionsrate**

Noch nicht abschließend geprüft sind die Hintergründe für eine Nachblutungs-/Wundhämatomrate von  $>10\%$ . Gleiches gilt für eine Reinterventionsrate von  $>14\%$  in einer weiteren Abteilung.

##### Qualitätsindikatoren **Letalitätsrate**

Letalitätsraten sowohl von 0% als auch von  $>12\%$  werden als klärungsbedürftig eingeschätzt, die Hintergründe werden zurzeit noch geprüft.

---

\* Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit

## Totalendoprothese bei Coxarthrose (Modul 17/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1156 (894 in Version 6.0)

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Angemessene Indikation anhand röntgenologischer Kriterien	67,84%	75,61%	38,1-94,6%	>23,8%
Angemessene Indikation anhand klinischer Symptomatik	92,91%	94,85%	85,2-100%	>=76,2%
Pat. mit perioperativer Antibiotikaphylaxe	97,58%	99,66%	95,5-100%	>=95%
OP-Dauer (Median in Minuten)	80 Min.	90 Min.	80-120 Min.	<=120 Min.
Pat. mit >2 Transfusionseinheiten Fremdblut	4,03%	9,28%	0-25,2%	<=16,2%
Pat. mit post-op. Rö-Bild a/p und axial	60,87%	76,65%	0-100%	>=1,1%
Pat. mit post-op. Beweglichkeit von mind. 0/0/70 (Extension/Flexion)	93,36%	98,29%	93,6-100%	>=72,3%
selbständiges Gehen (mit Gehhilfen bei Entlassung)	98,95%	99,31%	90,5-100%	>=90%
selbständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung	97,69%	99,08%	95,2-100%	>=80%
Pat. mit Gefäßläsionen	0,07%	0,22%	0-0,9%	<=1,4%
Pat. mit Nervenschaden	0,47%	0,78%	0-3,8%	<=3%
Pat. mit Implantatfehl- lage, -dislokation oder -bruch	0,32%	0,34%	0-1,4%	nicht definiert
Pat. mit Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation	0,9%	0,67%	0-1,9%	<=3,7%
Pat. mit Endoprothesenluxation	0,9%	0,56%	0-3,3%	<=4,5%
Pat. mit post-op. Wundinfektion	1,13%	1,12%	0-6,7%	<=3,8%
• Pat. mit post-op Wundinfektion der Risikoklasse 0*	0,77%	0,72%	0-1,7%	<=2,8%
Pat. mit Wundhämatomen/Nachblutungen	2,55%	2,12%	0-16,7%	<=9,5%
Allgemeine postoperative Komplikationen	5,45%	6,93%	0-20%	<=14,5%
Pat. mit Reinterventionen wegen Komplikationen	2,91%	2,8%	0-20%	<=10%
Letalität	0,17%	0,34%	0-7,7%	sentinel event

\* <ASA 3 und OP-Dauer < 75.5-Perzentile der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit und kein kontaminierter oder septischer Eingriff

### **Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie für 2003:**

Im vergangenen Jahr hatte die unterschiedliche Handhabung der perioperativen Antibiotikaprophylaxe im Single-shot-Verfahren zu deutlichen Abweichungen in den Ergebnissen unter den Bremer Kliniken geführt (Spannweite 5,3-98,4%). Die durch die Beratungen und Anfragen ausgelöste Diskussion hatte zur Konsequenz, dass die betroffene Abteilung der Fachgruppe erklärte, eine Regelung im Sinne der Single-Shot-Prophylaxe zu beschließen und somit ihr Vorgehen leitlinienkonform zu ändern.

Die Bremer Ergebnisse 2003 zeigen eine positive Entwicklung hinsichtlich der Rate der Antibiotikagabe. Alle Kliniken bewegen sich oberhalb des Referenzwertes von  $\geq 95\%$ , die Spannweite beträgt 95,5%-100%.

Ein wesentliches Kriterium, das bei den Auswertungsberatungen unbedingt zu berücksichtigen ist, stellt für die Fachgruppe die Datenvalidität dar. Daher wurde in den Beratungen das Augenmerk neben ungewöhnlich hohen Werten vor allem auf sehr niedrige, insbesondere 0%-Raten, gerichtet.

#### Nähere Erläuterungen wurden angefordert:

Folgende Ergebnisse werden derzeit in den betroffenen Kliniken noch geprüft:

#### Qualitätsindikator **Nachblutungs- bzw. Wundhämatomraten**

Werte von sowohl 0% als auch 16,7% sind nach Ansicht der Fachgruppe klärungsbedürftig.

#### Qualitätsindikator **allgemeine postoperative Komplikationsraten**

Auch unter Einbeziehung möglicher Gründe und Zusammenhänge wertet die Fachgruppe in der Erörterung dieses Indikators Raten von 0% bzw. 20% der Fälle als auffällig niedrig bzw. hoch und erwartet daher eine Darlegung der Hintergründe.

#### Qualitätsindikatoren **postoperative Wundinfektionsrate** und **Nervenschäden**

Als ebenfalls auffällig und erklärungsbedürftig gewertet wird eine postoperative Wundinfektionsrate von 6,7% sowie Nervenschäden in  $\geq 3\%$ , zumal diese Ergebnisse die Referenzbereiche überschreiten.

#### Qualitätsindikator **komplikationsbedingte Reinterventionsraten**

Auch hier werden Werte von 0% und  $\geq 20\%$  als ungewöhnlich erachtet, so dass diese Ergebnisse einer genaueren Erklärung bedürfen.

#### Qualitätsindikator **Indikationsstellung**

Die Indikationsstellung anhand der röntgenologischen Kriterien nach dem modifizierten Kellgren-&Lawrence-Score erreicht in einer Abteilung in nur knapp 40% der Fälle 5 und mehr Punkte. Die angeführten Hintergründe, wie relativ unauffälliges Patientenklintel („leichte Fälle“) und Dokumentationsungenauigkeiten, sind nach Meinung der Fachgruppe nachvollziehbar.

#### Qualitätsindikator **Letalität**

Analog zur Einschätzung der Fachgruppe auf Bundesebene wurde für Bremen entschieden, zu jedem dokumentierten Todesfall Erläuterungen anzufordern. Sowohl embolische Ereignisse, ausgiebige Nebenerkrankungen als auch Dokumentationsmängel liegen den beschriebenen Ergebnissen zugrunde.

## Hüft-TEP-Wechsel (Modul 17/3)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 83 (65 in Version 6.0)

\*) Es ist zu beachten, dass alle Häuser in dieser Übersicht eine Fallzahl <20 Fälle aufweisen!

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen *)	Bundesweiter Referenzwert
Indikation – Pat. mit klinischer Symptomatik	99,62%	100%		nicht definiert
Pat. mit röntgenologischer Kriterien oder Entzündungszeichen	94,09%	95,39%	50-100%	nicht definiert
Pat. ohne klin. Symptomatik, ohne röntgenologische Kriterien oder ohne Entzündungszeichen	0,63%	0%		sentinel event
Pat. mit Gelenkpunktion bei Entzündungszeichen	46,42%	77,78%	0-100%	nicht definiert
Pat. mit perioperativer Antibiotikaphylaxe	98,3%	100%		>=95%
Pat. mit post-op. Rö-Bild a/p und axial	62,5%	69,23%	0-100%	=100%
selbständiges Gehen (mit Gehstützen) bei Entlassung möglich	94,83%	95,08%	75-100%	nicht definiert
selbständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung möglich	92,68%	95,08%	75-100%	nicht definiert
Pat. mit Gefäßläsionen	0,28%	0%		nicht definiert
Pat. mit Nervenschaden	0,91%	0%		nicht definiert
Pat. mit Implantatfehl- oder -dislokation oder -bruch bei Schenkelhalsfraktur	1,02%	0%		nicht definiert
Pat. mit Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation	2,68%	1,54%	0-100%	<=10,8%
Pat. mit Endoprothesenluxation	3,12%	0%		<=9,1%
Pat. mit post-op. Wundinfektion	3,47%	6,15%	0-25%	nicht definiert
• Pat. mit post-op Wundinfektion der Risikoklasse 0*	2,21%	0%		<=5,9%
Pat. mit Wundhämatomen/Nachblutungen	5,15%	7,69%	0-25%	<=15,4%

\* <ASA 3 und OP-Dauer < 75.5-Perzentile der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit und kein kontaminierter oder septischer Eingriff

<b>Allgemeine postoperative Komplikationen</b>	<b>10,38%</b>	<b>12,31%</b>	<b>0-30%</b>	<b>&lt;=25%</b>
<b>Pat. mit Reinterventionen wegen Komplikationen</b>	<b>7,66%</b>	<b>7,69%</b>	<b>0-25%</b>	<b>&lt;=16%</b>
<b>Letalität</b>	<b>1,25%</b>	<b>3,08%</b>	<b>0-10%</b>	<b>sentinel event</b>

Im vergangenen Jahr wurde dieses Modul in einem Pool mit anderen Bundesländern ausgewertet. In diesem Jahr hatten für Bremen genügend Daten vorgelegen, so dass eine Bremer Auswertung beauftragt wurde.

### **Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie /Unfallchirurgie für 2003:**

Als außerordentlich wichtig und in der Bewertung der Zahlen zu berücksichtigen hält die Fachgruppe fest, dass aufgrund der geringen Fallzahlen insgesamt, aber auch der wenigen Fallzahlen pro Haus (jedes Haus hat weniger als 20 Fälle zu diesem Modul dokumentiert), die Aussagekraft der Auswertung und damit auch die Daten aus der oben angeführten Tabelle begrenzt ist.

Die Ergebnisse unterliegen aufgrund dieser kleinen Grundgesamtheiten nur einer geringen statistischen Signifikanz, so dass sich die Fachgruppe entschließt, von Anfragen an die Krankenhäuser abzusehen, auch wenn die Ergebnisse zum Teil insgesamt sehr hohe (z. B. Wundinfektionen bis zu 25%) oder sehr niedrige Werte (z. B. 0%-Luxationsrate) ergeben haben. Es ist zu beachten, dass mitunter schon ein Fall im Zähler starke Verzerrungen durch den kleinen Nenner auslösen kann: Werden bspw. drei Patienten operiert, so führen Komplikationen bei einem Patienten bereits zu einer Komplikationsrate von 33%.

#### **Qualitätsindikator Röntgenaufnahmen in 2 Ebenen**

Nicht alle Häuser kontrollieren das OP-Ergebnis postoperativ in 2 Ebenen. Obligatorisch wird in den Kliniken postoperativ eine a/p-Aufnahme erstellt. Die Sorge vor möglichen Luxationen bei einer axialen Aufnahme erklärt nach Ansicht der Fachgruppe das Ergebnis von postoperativen Axial-Aufnahmen in etwa 2/3 der Fälle.

#### **Qualitätsindikator Letalität**

Analog zur Einschätzung der Fachgruppe auf Bundesebene wird für Bremen entschieden, nähere Erläuterungen für jeden dokumentierten Todesfall im Zusammenhang mit einer Wechsel-Operation anzufordern.

Zugleich wird auch festgehalten, dass Wechseloperationen deutlich aufwendiger und belastender als Erstimplantationen für die Patienten seien und hier Todesfälle eher erwartet werden müssten als bei TEP-Erstoperationen.

Die Recherchen haben ergeben, dass schwere Neben- oder Grunderkrankungen die Todesfälle begründet haben.

## Knie-Totalendoprothese (Modul 17/5)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 772 (626 in Version 6.0)

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation (Anteil Pat. mit Schmerzkriterien und röntgenologischem Kriterium)	78,91%	86,74%	28-100%	>=39,3%
Pat. mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe	97,42%	98,72%	97,7-100%	>=95%
Median OP-Dauer in Minuten	86	95	80-111	<=126
Anteil Pat. mit > 2 Transfusionseinheiten Fremdblut	2,31%	2,08%	0-12%	<=11,1%
Pat. mit post-op. Rö-Bild in 2 Ebenen	98,68%	98,72%	97,1-100%	=100%
Anteil Pat. mit post-op. Beweglichkeit von mind. 0/0/90 (Extension/Flexion)	60,4%	57,8%	18-74,1%	>=2,4%
Anteil Pat., bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfen) möglich ist	99,11%	99,35%	97,9-100%	>=85%
Anteil Pat., bei denen selbständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung möglich	98,4%	99,51%	99,2-100%	>= 80%
Pat. mit Gefäßläsionen	0,04%	0,16%	0-0,7%	<=1%
Pat. mit Nervenschaden	0,19%	0%		<=1%
Pat. mit Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation	0,21%	0,32%	0-1,4%	<=2%
Pat. mit post-op. Wundinfektion	0,99%	0,48%	0-2%	<=2%
• Pat. mit post-op Wundinfektion der Risikoklasse 0**	0,76%	0,38%	0-6,3%*	<=1%
Pat. mit Wundhämatomen/Nachblutungen	2,53%	2,24%	0-6,1%	<=8,8%
Allgemeine postoperative Komplikationen	6,6%	12,3%	5,3-24,2%	<=16,7%
Pat. mit Reinterventionen wegen Komplikationen	2,4%	1,12%	0-2,3%	<=8%
Letalität	0,14%	0,32%	0-2%	sentinel event

\* Häuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit

\*\* <ASA 3 und OP-Dauer < 75.5-Perzentile der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit und kein kontaminierter oder septischer Eingriff

### **Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie /Unfallchirurgie für 2003:**

Vereinzelte waren im vergangenen Jahr (2002) hohe Komplikationsraten festgestellt worden. Die durchschnittliche Komplikationsrate in Bremen ist deutlich gesunken. Größerer Beratungsbedarf zeigt sich noch im Zusammenhang mit den Spannweiten der Ergebnisse, die z. T. noch deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Kliniken aufweisen.

Nähere Erläuterungen wurden angefordert (die Beratungen hier sind noch nicht abgeschlossen):

#### **Zum Qualitätsindikator Indikationsstellung**

weist eine Klinik nur zu 28% die Kriterien Schmerz und röntgenologische Kriterien (modifizierter Kellgren&Lawrence-Score mit 4-8 Punkten) auf.

#### **Qualitätsindikator > 2 Transfusionseinheiten Fremdblut**

Eine Abteilung verabreicht in 12% der Operationen > 2 Transfusionseinheiten Fremdblut. Damit weicht dieses Haus deutlich vom Median (1,1) ab.

#### **Im Zusammenhang mit dem Qualitätsindikator postoperative Komplikationsrate**

wertet die Fachgruppe eine Rate von mehr als 24% in einem Haus als eindeutig zu hoch.

#### **Qualitätsindikator Letalität**

Entsprechend der Empfehlung der Fachgruppe auf Bundesebene wurde auch für Bremen beschlossen, für Knie-TEP-Operationen (elektive Eingriffe) Todesfälle als sentinel event zu werten. Eine Nachfrage wurde somit automatisch bei zwei Kliniken eingeleitet.



## Geburtshilfe (16/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 7620 (Geburten), 7762 (Kinder)

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG	20,37%	37,53%	24 – 47,14 %	>=0<=50%
Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG und sekundärer Sectio caesarea	19,93%	41,64%	21,43-60,24 %	>=0- <=55,32%
Anwesenheit des Pädiaters bei Frühgeburt (Anteil der lebend geborenen Frühgeborenen (24+0 bis unter 35+0 Wochen), bei denen ein Pädiateur vor der Geburt eingetroffen ist)	69,95%	34,5%	2,63-84,21%	>=90%
Bestimmung des Nabelarterien pH-Wert	97,48%	99,09%	98,62-99,69%	>=95%
Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	0,20%	0,09%	0-0,17%	<=0,3%
Dammriss III/IV. Grades (Anteil der Geburten mit Dammriss III/IV. Grades) bei				
• spontanen Einlingsgeburten (alle)	1,73%	2,1%	0,93-3,15%	<=2,5%
– ohne Episiotomie	1,02%	1,0%	0,48-1,68%	<= 1,4%
– mit Episiotomie	3,19%	4,3%	1,5-10%	<= 4,8%
Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen				
• nach Spontangeburt	0,14%	0,2%	0-0,58%	Nicht definiert
• nach vaginal-operativer Entbindung	0,66%	0%	0-0%	
nach Sectio caesarea	0,31%	0%	0-0%	<= 1,15%
Antenatale Kortikosteroidtherapie (bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter unter 34 +0 Wochen)				
• alle	44,98%	35,7%	10-55,88%	Nicht definiert
• mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens einem Kalendertag	52,77%	46,2%	22,9-64,79%	
• mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	59,06%	58%	33-74,07%	>=95%
Mütterliche Todesfälle	0,006 %	0 %	0-0%	sentinel event

## **Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Geburtshilfe und Neonatologie:**

### **Qualitätsindikator Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen**

Wie im Vorjahr wird festgestellt, dass dieses wichtige Kriterium in den meisten Fällen erfüllt wird und die für die externe Qualitätssicherung dokumentierten niedrigen Raten nicht der Klinikrealität entsprechen. Die Dokumentation dieser Angabe ist in den Vorgaben der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung für die Softwarehersteller kein Pflichtfeld, so dass der Datensatz abgeschlossen werden kann, ohne das Feld auszufüllen. Diese fehlende Angabe wird dann negativ gewertet und führt zu einer verzerrten Darstellung.

Zudem wird erneut auf die fehlende Definition für den Begriff Pädiater (nur Pädiater oder Neonatologe? Weiterbildung abgeschlossen oder auch Arzt in Weiterbildung?) sowie für die Dauer der Verspätung verwiesen.

Die Fachgruppe verzichtete angesichts dieser Hintergründe darauf, die Kliniken um die Prüfung aller Frühgeburten zu bitten, in denen die Ankunft eines Pädiaters vor der Entbindung nicht dokumentiert wurde.

### Nähere Erläuterungen wurden angefordert:

#### **Zum Qualitätsindikator Dammriss III./IV. Grades**

Sehr differenziert und ausführlich beschäftigt sich die Fachgruppe erneut mit diesem Qualitätsindikator. Bei Würdigung aller Umstände wird festgehalten, dass sich durch eine hausinterne kritische Prüfung der Geburtsverläufe eine Senkung hoher Dammrissquoten erreichen lässt.

Dementsprechend wurden die Erläuterungen und die angekündigten Maßnahmen einer Klinik, die zu diesem Qualitätsindikator bei allen ausgewerteten Kriterien die jeweils höchste Quote aufwies, kritisch gewürdigt. Angesichts der besonderen Bedeutung des Qualitätsindikators wurde beschlossen, die Ergebnisse dieses Hauses auch für 2004 mit besonderer Aufmerksamkeit zu verfolgen und dann erneut in der Fachgruppe zu beraten.

Nachdem bereits im Vorjahr vereinzelt höhere Quoten aufgefallen waren, beschloss die Fachgruppe, für Bremen eine spezielle **Fortbildungsveranstaltung** für die beteiligten Berufsgruppen zu diesem Thema zu initiieren. Die Umsetzung ist für die erste Jahreshälfte 2005 vorgesehen.

#### **Beim Qualitätsindikator Antenatale Kortikosteroidtherapie**

wird erneut über die mangelnde Dokumentationsunterstützung und -qualität der Softwareprodukte berichtet. Zur Klärung wurden jene drei Kliniken, die unterhalb des Referenzwertes von 95 % lagen, um nähere Informationen gebeten. Die Erläuterungen wurden einhellig als ausreichend und nachvollziehbar eingeschätzt. Grundsätzlich wird nach sorgfältiger Prüfung des Einzelfalles auch in Bremen die notwendige Lungenreifebehandlung bei drohender Fehlgeburt durchgeführt. Weiterer Klärungsbedarf wird nicht gesehen.

Gerade auch die wiederkehrenden Dokumentationsprobleme machen deutlich, wie notwendig eine Modernisierung der gewachsenen Qualitätssicherung in der Geburtshilfe bei einer gleichzeitigen Zusammenführung mit der neonatologischen Qualitätssicherung ist. Die Fachgruppen und Gremien auf allen Ebenen setzen sich mit diesem Thema unverändert intensiv auseinander. Eine Reform ist nunmehr für 2007 angekündigt. Zurzeit beträgt der Umfang der Auswertungen 93 Seiten je Krankenhaus, ausgewertet werden weit über 100 Angaben je Geburt (94 Items mit teilweise bis zu neun Unterpunkten). Hier ist eine Straffung – auch im Interesse der Dokumentationsqualität – durchaus vorstellbar.

## Gynäkologische Operationen (Modul 15/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 2162 (1674 in Version 6.0)

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Organverletzungen bei allen Operationen	1,24%	2,15%	0-3,6%	≤3,7%
Organverletzungen bei allen Pat. ohne Karzinom, ohne Endometriose ohne Voroperationen	0,86%	1,45%	0-4,7%	≤3,5%
Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen	1,01%	2,62%	0-5,1%	≤4,5%
Organverletz. bei allen Pat. ohne Karzinom, ohne Endometriose, ohne Voroperation bei lap. OPs	0,73%	1,74%	0-3,7%	≤3,8%
Organverletzungen bei Hysterektomie bei allen Pat.	1,26%	1,92%	0-4,3%	≤3,8%
Organverletzungen bei Hysterektomie bei Pat. ohne Karzinom, ohne Endometriose und ohne Voroperation	0,89%	1,33%	0-5,6%	≤3,8%
Anteil Pat. mit Dauerkatheter über 24 h	29,57%	29,15%	9,5-78,5%	≤ 88,2%
Anteil von Pat. mit fehlender postop. Histologie oder Follikel- bzw. Luteumzyste oder fehlende Organpathologie als führender histolog. Befund an allen Pat. der Grundgesamtheit	28,45%	39,62%	13-77,9%	≤27,5%
Wundinfektion nach Hysterektomie	1,57%	2,35%	0-6%	nicht def.
• Wundinfektion (Risikoklasse 0)	1,16%	1,98%	0-4,3%	≤2%
• Wundinfektion (Risikoklasse 1)	2%	2,54%	0-5,7%	≤3%
• Wundinfektion (Risikoklasse 2)	4,9%	4,41%	*) entfällt	nicht def.
Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie	80,83%	77,42%	68,1-100%	≥28,6%%
Wundinfektionen nach Hysterektomie bei Antibiotikaprophylaxe	1,34%	2,25%	0-6,7%	nicht definiert
Indikation bei Hysterektomie (benigne Histologie und Pat. ≤35J.)	2,77%	2,81%	0-9%	sentinel event
Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie bei Pat. >40 Jahren	98,04%	96,87%	92,4-100%	=100%
Obduktionen	10,04%	0%		nicht definiert

Im vergangenen Jahr wurde dieses Modul in einem Pool mit anderen Bundesländern ausgewertet. Dieses Jahr hatten für Bremen genügend Daten vorgelegen, so dass eine Bremer Auswertung beauftragt wurde.

### **Aus den Beratungen der Fachgruppe Operative Gynäkologie 2003:**

#### Qualitätsindikator **Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen**

Bedingt durch die wechselnden und ungenauen Grundgesamtheiten können nach Meinung der Fachgruppe zu diesem Qualitätsindikator kaum valide Aussagen getroffen werden, da nur Hysterektomien und Adnektomien über Fallpauschalen und Sonderentgelte abgerechnet wurden und somit dokumentationspflichtig waren. Freiwillig konnten indes weitere Eingriffe dokumentiert werden, die auch in die Auswertung und Darstellung einfließen.

Die so entstandene heterogene Grundgesamtheit und sich daraus ergebende Unklarheit über die Vollständigkeit der Zahlen lässt daher eine differenzierte Analyse der Daten zu diesem Indikator nach Meinung der Fachgruppe nicht zu.

#### Der Qualitätsindikator **Indikation zur Hysterektomie**

Jede Gebärmutterentfernung bei Frauen in einem Alter  $\leq 35$  Jahre mit benigner Histologie wird von der Bundesfachgruppe als sentinel event gewertet.

Die Fachgruppe in Bremen schließt sich dem Votum an, ausschließlich sehr strenge Kriterien für die Gebärmutterentfernung in dieser Gruppe anzulegen und die strenge Linie der Bundesfachgruppe, jede Hysterektomie in dieser Gruppe als auffällig zu werten, zu unterstützen.

Es wird allerdings auch darauf verwiesen, dass benigne Diagnosen wie Adenomyosis oder andere gutartigen Veränderungen des Uterus eine Hysterektomie indizieren könnten.

#### Qualitätsindikator **Thromboseprophylaxe**

die Rate der Thromboseprophylaxe bei Patientinnen über 40 Jahre mit Hysterektomie liegt erfreulich hoch.

#### Nähere Erläuterung wurden angefordert:

#### Zum Qualitätsindikator **Organverletzungen bei Hysterektomie**

wurden von denjenigen Kliniken ohne Organverletzungen Stellungnahmen angefordert, um die Datenvalidität auch im Hinblick auf sehr gute Ergebnisse (0%-Raten) kritisch zu prüfen.

#### Qualitätsindikator **Dauerkatheter**

In einem Haus wird nach Hysterektomien in 78% der Fälle ein transurethraler Dauerkatheter für 24 Stunden und länger (im Durchschnitt etwa 2 Tage) gelegt.

Das Haus nimmt diesen Hinweis zum Anlass, die Verweildauer zukünftig auf unter 24 Stunden zu reduzieren.

#### Qualitätsindikatoren **Wundinfektionen der Risikoklasse 0\*** und **Wundinfektionen, Risikoklasse 1\*\***

Wundinfektionen der Risikoklasse 0, die den Referenzwert von 2% und Wundinfektionen, Risikoklasse 1, die den Referenzwert von  $\leq 3\%$  überschreiten, wurden in vier bzw. drei Kliniken beobachtet. Recherchen haben ergeben, dass sich dieses Ergebnisse überwiegend auf Dokumentationsungenauigkeiten (im positiven wie im negativen) zurückführen lassen. Die Beratung der Ergebnisse dauert zurzeit noch an.

---

\* ASA $\leq 3$ , nicht-kontaminierter oder nicht-septischer Eingriff, OP-Dauer < 75. Perzentile der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit.

\*\* ASA $> 3$  oder kontaminierter oder septischer Eingriff oder OP-Dauer > 75. Perzentile der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator **Wundinfektion nach Hysterektomie bei Antibiotikaprophylaxe**

Obwohl von der Bundesfachgruppe kein Referenzwert definiert wurde, legt die Bremer Fachgruppe für Bremen einen Referenzwert <6,7% fest.

Qualitätsindikator **Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie**

Hier liegt die Rate in drei Kliniken unterhalb des Referenzwertes von 100%. Die Ergebnisse werden zurzeit noch geprüft.

## Mammachirurgie (Modul 18/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 935 (782 in Version 6.0)

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Postoperatives Präparateröntgen	36,02%	55,74%	12,2-100%	≥90%
Hormonrezeptoranalyse	96,5%	98,21%	94,2-100%	≥95%
Angabe pT, pN und M	53,21%	31,45%	2,9-97,8%	nicht definiert
Tumorfreier Präparaterschnitttrand (Sicherheitsabstand ≥10mm bei DCIS)	44,69%	63,16%	0-100%	nicht definiert
Tumorfreier Präparaterschnitttrand (Sicherheitsabstand ≥5mm bei invasivem Karzinom)	70,06%	77,26%	57,7-89,3%	nicht definiert
Angabe Sicherheitsabstand (Anteil von Pat. mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand)	66,71%	78,33	51,2-97,7%	≥95%
Anzahl Lymphknoten (≥10 LK bei Axilladissektion und invasv. Ca)	85,19%	83,42%	69,9-94,4%	≥90%
Indikation zur BeT (Tu-Stadium pT1)	75,78%	78,95%	56,8-89,2%	55-93,8%
Nachbestrahlung bei BeT	90,24%	93%	86,6-100%	≥95%
Revisions-Operationen	3,25%	2,81%	0-4,8%	≤9,5%
Wundinfektionen	2,58%	2,56%	0,5-7,1%	≤10%
Adjuvante med. Therapie (bei lymphknotenpositivem Mamma-Ca)	96,17%	97,06%	66,7-100%	≥95%
Adjuvante endokrine Therapie (bei rezeptorpositivem Mamma-Ca)	92,61%	90,23%	57,1-100%	≥90%
Adjuvante Chemotherapie (bei rezeptornegativem Mamma-Ca)	79,6%	95,24%	83,3-100%	nicht definiert
Meldung an Krebsregister	74,43%	96,32%	85,9-100%	≥95%
Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum	7 Tage (Median)	10 Tage (Median)	5-13 Tage	nicht definiert

Im vergangenen Jahr wurde dieses Modul in einem Pool mit anderen Bundesländern ausgewertet. In diesem Jahr hatten für Bremen ausreichend Daten vorgelegen, um eine Bremer Auswertung beauftragen zu können.

### Aus den Beratungen der Fachgruppe Operative Gynäkologie für 2003:

Der Qualitätsindikator **postoperatives Präparateröntgen** sollte nach Ansicht der Fachgruppe zugunsten der Eindeutigkeit durch eine Bezeichnung wie „präoperative Röntgenmarkierung“ ersetzt werden.

### Qualitätsindikator Hormonrezeptoranalyse

Hinter denen vom Referenzwert (≤95%) abweichenden Zahlen werden Dokumentationsungenauigkeiten und -fehler vermutet.

### Qualitätsindikator **Angabe pT, pN und M**

Als Grund für die geringe Vollständigkeit zum Item Metastasierung wird die Übernahme des pathologischen Befundes in der Dokumentation diskutiert, der keine Angaben zur Metastasierung enthält.

### Qualitätsindikator **tumorfreier Präparateschnitt**

Auch dieser Qualitätsindikator wird kritisch erörtert. Dabei wird auf die Leitlinien der Krebsgesellschaft verwiesen, die andere Werte als die hier mit dem Referenzbereich festgelegten, verlangen. Nach den Leitlinien der Krebsgesellschaft sollte der Sicherheitsabstand bei invasiven Karzinomen 1 mm, bei den übrigen 5-10 mm betragen. Die Bundesfachgruppe wird gebeten werden, ihre Hintergründe für dieses abweichende Vorgehen der Bremer Fachgruppe darzulegen.

### Der Qualitätsindikator **zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum**

Das Qualitätsziel („möglichst viele Patientinnen mit geringem zeitlichen Abstand zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Operationsdatum bei Ersteingriff“) wird ausführlich und kritisch erörtert. Nach Ansicht der Fachgruppe beeinflussen eine Reihe von Faktoren den Zeitpunkt der Operation (z. B. Einholen einer Zweitmeinung), so dass die angeführte Definition als zu allgemein betrachtet wird, als dass sie differenzierte Aussagen ermögliche.

### Nähere Erläuterungen wurden angefordert:

#### Der Qualitätsindikator **Sicherheitsabstand**

wurde in verschiedenen Kliniken in weniger als 95% der Fälle dokumentiert.

Dieses Ergebnis ist vor allem auf Dokumentationslücken in den Kliniken als auch auf Dokumentationsversäumnissen seitens der Pathologen zurückzuführen.

Initiiert durch die Hinweise aus der Fachgruppe, wurden bereits Gespräche zwischen einzelnen Abteilungen und Pathologen geführt, um eine Verbesserung dieser Situation zu erreichen.

#### Der Qualitätsindikator **Anzahl Lymphknoten**

wird als unbedingt klärungsbedürftig bewertet, vor allem weil vier Kliniken den Referenzwert von >10 entnommenen Lymphknoten in  $\geq 90\%$  der Fälle bei invasivem Karzinom unterschreiten.

Es hat sich gezeigt, dass oftmals bei extrem alten oder multimorbiden Patientinnen auf eine Axilladissektion zugunsten der Lebensqualität der Betroffenen verzichtet wird.

Darüber hinaus haben bereits in einzelnen Fällen Rücksprachen mit Pathologen, zu denen die Fachgruppe angeregt hatte, zu verbesserten Ergebnissen führen können (Zunahme der Zahl gefundener Lymphknoten im entnommenen Gewebe).

Die Beratung der Stellungnahmen dauert zurzeit noch an.

#### Qualitätsindikator **Indikation zur Brust erhaltenen Therapie (BeT)**

Eine Indikation zur BeT bei Tumorstadium pT1 in 56% der Fälle ist nach Auffassung der Fachgruppe ungewöhnlich niedrig, auch wenn der Wert innerhalb des Referenzbereiches liegt, so dass um nähere Erläuterungen gebeten wird.

Die Hintergründe und Zusammenhänge werden derzeit noch geprüft.

#### Qualitätsindikator **Nachbestrahlung bei brusterhaltender Therapie**

Hier wird der Referenzwert von  $\geq 95\%$  von drei Abteilungen unterschritten.

Die Fachgruppe unterstreicht die Wichtigkeit dieses Indikators und mahnt eine strenge Prüfung der Stellungnahmen an.

Sowohl Dokumentationsungenauigkeiten (die Indikation zur Bestrahlung ergibt sich vielfach erst nach der Entlassung der Patientinnen, wenn die Dokumentationsbögen schon ausgefüllt wurden) als auch die Berücksichtigung von Alter, Allgemeinzustand und Lebenszeitprognose begründen vom Referenzwert abweichende Werte.

Die Bewertung der Antworten durch die Fachgruppe ist noch nicht abgeschlossen.

#### Qualitätsindikator **Wundinfektionen**

Auf diesen Qualitätsindikator legt die Fachgruppe besonderes Augenmerk. Daher definiert sie für Bremen einen eigenen, strengeren Referenzwert und wertet bereits Ergebnisse in Höhe von 6% und mehr als auffällig (bundesweit gilt ein Referenzwert  $< 10\%$ ). Die Beratungen zu dieser Frage sind noch nicht abgeschlossen.



## Herzschrittmacher Erstimplantation (Modul 9/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 389

Qualitätsindikator	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse	Bundesweiter Referenzwert
Leitlinienkonforme Indikationsstellung	95,9%	98,66%	94,2-100%	>=90%
Indikation bei Sinusknotenerkrankung	95,61%	98,79	94,5-100%	>=90%
Indikation bei AV-Block 3. Grades	94,67%	99,26%	*) entfällt	nicht definiert
Indikation bei AV-Block 2. Grades, Typ Wenckebach	96,12%	100%	*) entfällt	>=90%
Indikation bei AV-Block 2. Grades, Typ Mobitz	99,19%	100%	*) entfällt	>=90%
Indikation bei AV-Block 2. und 3. Grades (Summe)	99,58%	100%		>=90%
Indikation bei Brady-Tachykardiesyndrom	93,97%	100%	*) entfällt	>=90%
Indikation bei bradykardem Vorhofflimmern	97,07%	98,28%	*) entfällt	>=90%
Indikationsstellung bei seltenen EKG-Befunden	69,36%	70%	*) entfällt	>=90%
Systemwahl bei Sinusknotensyndrom	90,23%	81,93%	*) entfällt	>=90%
Systemwahl bei Brady-Tachykardiesyndrom	57,48%	67,92%	*) entfällt	>=90%
Systemwahl bei AV-Block 2. oder 3. Grades	89,31%	88,76%	85-92,9%	>=90%
Systemwahl bei bradykardem Vorhofflimmern	94,57%	96,55%	*) entfällt	>=90%
Systemwahl bei seltenen EKG-Befunden	67,97%	77,78%	*) entfällt	>=90%
Eingriffsdauer bis 60 Minuten bei AAI	78,98%	33,33%	*) entfällt	nicht definiert
Eingriffsdauer bis 60 Minuten bei VVI	83,75%	63,31%	37-75%	>=58,3%
Eingriffsdauer bis 60 Min. bei VDD	77,21%	62,5%	*) entfällt	nicht definiert
Eingriffsdauer bis 90 Min. bei DDD	85,82%	57,98%	16,7-91,7%	>=50%
Flächendosisprodukt (75-Perzentile bei VVI)	1268 cGy*cm <sup>2</sup>	1644cGy*cm <sup>2</sup>	1644cGy*cm <sup>2</sup> -1644cGy*cm <sup>2</sup>	nicht definiert
Flächendosisprodukt (75-Perzentile bei DDD)	2270 cGy*cm <sup>2</sup>	7150 cGy*cm <sup>2</sup>	7150 cGy*cm <sup>2</sup> -7150 cGy*cm <sup>2</sup>	nicht definiert
Durchleuchtungszeit bis 9 Min. bei AAI	90,41%	100%	*) entfällt	kann nicht bestimmt werden

Durchleuchtungszeit bis 9 Min. bei VVI	89,15%	87,05%	77,8-87,5%	>=69%
Durchleuchtungszeit bis 9 Min. bei VDD	90,47%	75%	*) entfällt	kann nicht bestimmt werden
Durchleuchtungszeit bis 18 Min. bei DDD	93,72%	94,51%	70-100%	>=77,4%
Perioperative Komplikationen (Anteil Pat. mit mind. 1 Komplikation)	5,72%	4,88%	1-12,5%	nicht definiert
Pat. mit Sondendislokation einer Ventrikelsonde	1,21%	1,24%	0-3,4%	<=3%
Pat. mit Sondendislokation einer Vorhofsonde	1,82%	0,78%	0-2,1%	<=3%
<b>Reizschwellenhöhe</b>				
• Vorhofsonden mit Reizschwelle <= 1,5 V	95,09%	95,17%	93,1-100%	>=85%
• Ventrikelsonden mit Reizschwelle <=1 V	96,42%	98,7%	95,8-100%	>=88,5%
<b>Intrakardiale Signalamplituden</b>				
• Vorhofsonden mit Amplitude >=1,5mV	89,88%	92,92%	82,6-100%	>=80%
• Ventrikelsonden mit Amplitude >=4 mV	97,81%	98,49%	95,5-100%	>=90%

#### Aus den Beratungen der Fachgruppe Schrittmacher für 2003:

Insgesamt zeigt sich die Fachgruppe erfreut über die Bremer Ergebnisse.

#### Qualitätsindikator **Eingriffsdauer**

Nach Meinung der Fachgruppe sind die hier aufgeführten Zahlen kaum zu bewerten, da aus ihnen nicht hervorgeht, ob der Eingriff von einem Ärzteteam oder von einer Person allein durchgeführt wurde. Diese Voraussetzungen beeinflussen die Dauer eines Eingriffes jedoch in hohem Maße.

#### Qualitätsindikator **Wundinfektion**

Den Grund für die Tatsache, dass keine Wundinfektionen gemeldet wurden, vermutet die Fachgruppe darin, dass Infektionen in der Regel erst nach der Entlassung bemerkbar werden. Ebenfalls werden notwendige Revisionen zumeist nach der Entlassung vorgenommen.

Die konstruktive Mitgestaltung an dem Verfahren der externen Qualitätssicherung begreift die Fachgruppe als eine ihrer zentralen Aufgaben.

Daher wird sie der Bundesfachgruppe folgende Anregungen unterbreiten, die sowohl der Erhöhung der Dokumentationsgenauigkeit sowie der Aussagekraft der Auswertungen dienen sollen als auch weitere Qualitätszusammenhänge aufzeigen können:

- Da das Item „Bradykardie-Tachykardie-Syndrom“ (BTS) zu uneindeutig und nicht ausreichend klar definiert ist (gilt auch hier die Definition der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie mit BTS als Syndrom bei erhaltenem Sinusrhythmus?), können sich Unsicherheiten beim Ausfüllen und damit Verzerrungen in der Auswertung ergeben.
- Für die Fachgruppe von großem Interesse ist die Frage, ob der Schrittmachereingriff von einem Ärzteteam vorgenommen wird oder nur von einem Arzt. Zugleich wäre für die Fachgruppe in diesem Zusammenhang von Interesse, ob der Chirurg oder der Internist die Sonde platziert und ob Rückschlüsse auf Komplikationen und die Zeitdauer des Eingriffes gezogen werden können.

Nähere Erläuterungen wurden angefordert:

Qualitätsindikator **Systemwahl bei Bradykardie-Tachykardie-Syndrom (BTS)**

Kritisch wird die Uneindeutigkeit des Items sowie seine unzureichende Definition erörtert (s. o.). Trotz der geringen Fallzahlen der Häuser in dieser Grundgesamtheit (<20 Fälle) hält die Fachgruppe es für geboten, von drei Krankenhäusern Stellungnahmen einzuholen, die in weniger als 40% der Fälle ein optimales bzw. akzeptables System bei BTS einsetzen. Die Beratung zu den Ergebnissen dauert noch an.

Qualitätsindikator **Durchleuchtungszeit**

Derzeit wird noch geprüft, weshalb eine Klinik in nur 70% der Fälle bei der Implantation eines DDD maximal bis zu 18 Minuten durchleuchtet (d. h. in 30 % der Fälle ist die Durchleuchtungszeit länger als 18 Minuten).

Qualitätsindikator **Perioperative Komplikationen**

Eine Herzbeutelamponade stellt nach Ansicht der Fachgruppe eine so gravierende Komplikation dar, dass von den betroffenen zwei Kliniken eine Stellungnahme eingeholt wird. Die Beratungen zu den Ergebnissen sind noch nicht abgeschlossen.

## Schrittmacher-Aggregatwechsel (Modul 9/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze im Datenpool: 890 (davon 87 aus Bremen)

Qualitätsindikator	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Datenpool	Spannweite der Krankenhausergebnisse im Datenpool	Bundesweiter Referenzwert
<b>SM-Aggregatwechsel wegen vorzeitiger Batterieerschöpfung bei allen Pat. mit normaler Reizschwelle</b>	2,95%	1,85%	0-5%	sentinel event
<b>Laufzeit des SM-Aggregates</b>				
• Einkammersystem >6 Jahre	84,61%	84,86%	75-100%	>=70%
• Zweikammersystem >6 Jahre	69,42%	66,16%	36,6-88,5%	>=51,3%
<b>Eingriffsdauer &lt;60 Minuten</b>	93,01%	91,8%	54,3-100%	>=77,3%
<b>Perioperative Komplikationen</b>	2,41%	1,8%	0-17,4%	nicht definiert
<b>Reizschwellenbestimmung</b>				
• Vorhofsonden	71,86%	79,54%	70,4-100%	>=28,6%
• Ventrikelsonden	85,78%	90,32%	5-100%	>=23,1%
<b>Amplitudenbestimmung</b>				
• Vorhofsonden	77,14%	81,8%	70,4-100%	>=28,6%
• Ventrikelsonden	84,78%	90,31%	97,6-100%	>=34,3%
<b>Reitschwellenhöhe</b>				
• Vorhofsonden mit Reizschwelle <1,5V	80,3%	78,13%	63,4-96%	>=61,9%
• Ventrikelsonden mit Reizschwelle <1,2V	69,57%	72,67%	49,2-93,2%	>=42,9%
<b>Intrakardiale Signalamplituden</b>				
• Vorhofsonden mit Amplitude >=1,5mV	83,03%	86,94%	75-9,6%	>=66,7%
• Ventrikelsonden mit Amplitude >=4mV	96,55%	97,54%	98-100%	>=87,5%

Dieses Modul wurde aufgrund der geringen Fallzahlen in einem Pool mit anderen Ländern ausgewertet.

Eine Prüfung der Bremer Daten hat ergeben, dass sich die Bremer Kliniken mit mehr als 20 Fällen je Grundgesamtheit innerhalb der Referenzbereiche befinden.

Die Ergebnisse stuft die Fachgruppe als nachvollziehbar ein.

## Schrittmacherexplantation/-revision (Modul 9/3)

Dieses Modul wurde aufgrund der geringen Fallzahlen (40) nicht ausgewertet.

## Koronarangiografie und PTCA (Modul 21/3)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 31.993 (Datenpool), davon 4917 aus Bremen

Anteil PTCA (>= 18 Jahre): 11.498 (Datenpool)

Anteil Koronarangiografien (>= 18 Jahre): 31.334 Datensätze (Datenpool)

Qualitätsindikator	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Datenpool	Spannweite der Krankenhausergebnisse im Datenpool	Bundesweiter Referenzwert
Indikation 1 zur Koronarangiografie (angemessener Indikationsmix)	96,83%	98%	94,1-100%	>=92,6%
Indikation 2 zur Koronarangiografie (Pat. mit akutem Koronarsyndrom, oder mit stabiler Ang. pectoris, ohne Ruhe- und Belastungsdyspnoe oder mit (apparativen) Ischämiezeichen bei belastung)	89,67%	91,27%	72,4-100%	>=76,5%
Indikation 3 zur Koronarangiografie (Pat. ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris, ohne Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung)	8,76%	7,36%	0-21,9%	<=20,5%
Indikation 4 zur Koronarangiografie Koronarangiografien mit führender Indikation „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“ bei Pat. ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris, ohne Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung)	3,88%	2,8%	0-8,9%	<=17,2%
Indikation 5 zur Koronarangiografie (Koronarangiografien mit führender Diagnose nach Herzkatheter „Ausschluss KHK“)	23,94%	23,54%	4,5-45,6%	<=48,3%

Indikation 6 zur Koronarangiografie (Koronarangiografien mit Therapieempfehlung „interventionell“ oder „herzchirurgisch“ von allen Koronarangiografien mit Indikation „V. a. KHK bzw. Ausschluss KHK“)	32,22%	34,48%	16,9-45,6%	>=10,7%
Koronarangiografien mit Therapieempfehlung „interventionell“ oder „herzchirurgisch“ von allen Pat. mit Indikation „bekannte KHK“	43,83%	46,56%	36,9-63,7%	>=25%
Indikation 7 zur Koronarangiografie (Koronarangiografie bei Pat. mit sonstiger Symptomatik, ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris, ohne Ruhe- oder Belastungsschmerz und ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung)	2,9%	1,79%	0-13%	<=8,9%
Indikation 1 zur PTCA Erst-PTCA bei Pat. ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris, ohne Ruhe- oder Belastungsschmerz und ohne objektive Ischämiezeichen bei Belastung	3,37%	2,21%	0-10,6%	<=11,3%
Indikation 2 zur PTCA Einzeitig-PTCA mit Diagnose „KHK mit Lumeneinengung <50%“	4,08%	6,93%	0-35,7%	<=15%
Indikation 3 zur PTCA Anteil PTCA mit prognostischer Indikation ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris, ohne Ruhe- oder Belastungsschmerz und ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung	1,79%	1,82%	0-8,4%	<=5%
PTCA an komplettem Gefäßverschluss (PTCA mit Erreichen des wesentlichen Interventionszieles)	75,09%	82,31%	65,2-92,9%	>=38,1%
Intra- oder postprozedurale Komplikationen bei Koronarangiografie(n) (Pat. mit mind. 1 Komplikation)	1,45%	1,09%	0-4,7%	<=4,2%
Intra- oder postprozedurale Komplikationen bei PTCA (Pat. mit mind. 1 Komplikation)	4,39%	2,94%	0-7,3%	<=10,5%
Intraprozedurale Komplikationen bei PTCA: Standardeingriffe (PTCA mit mind. 1 Komplikation)	1,13%	0,76%	0-2,3%	<=3,8%

MACCE bei Koronarangiografie(n) Pat. mit Exitus im Herzkatheterlabor oder mind. einer/einem TIA/ Schlag- anfall intra- oder postprozedural	0,3%	0,3%	0-0,8%	<=1,1%
MACCE bei PTCA Pat. mit Exitus im Herzkatheterlabor oder mind. einer/einem TIA/ Schlag- anfall intra- oder postprozedural	1,19%	0,7%	0-3,3%	<=3,2%
Todesfälle bei Koronarangiografien (postprozedural bzw. während des Krankenhausaufenthaltes)	0,16%	0,2%	0-0,6%	<=0,7%
Todesfälle bei PTCA (postprozedural bzw. während des Krankenhausaufenthaltes)	0,57%	0,47%	0-1,8%	<=2,1%
Infarkte als intra- oder postprozedu- rale Komplikationen bei PTCA	0,85%	0,56%	0-3,3%	<=3%
Flächendosisprodukt bei Koronar- angiografien (Median in cGY*cm <sup>2</sup> )	2961	3107	797-5432,5	<=5899
Flächendosisprodukt bei PTCA (Me- dian in cGY*cm <sup>2</sup> )	4974	4276	2900-7840	<=8722
Flächendosisprodukt bei Einzeitig- PTCA (Median in cGY*cm <sup>2</sup> )	5966	6914	2499,5-10385	<=11000
Kontrastmittelmenge bei Koronar- angiografien (Median in ml)	110	110	80-160	<=165
Kontrastmittelmenge bei PTCA (Median in ml)	130	110	80-200	<=220
Kontrastmittelmenge bei Einzeitig- PTCA (Median in ml)	190	170	110-250	<=290

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

## PTA (Modul 20/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 201 (175 in Version 6.0)

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Bestimmung des Fontaine-Stadiums	92,33%	94,03%	85,7-100%	=100%
Indikation nach Fontaine-Stadium	92,87%	90,48%	83,1-95,8%	>=90%
Überprüfung auf dem Laufband	33,47%	42,76%	1,9-97,1%	>=1,2%
Gerinnungshemmende Medikation	95,41%	97,51%	96,4-98,8%	=100%
Präinterventioneller Dopplerverschlussdruck	58,95%	50,93%	3,8-82,9%	>=95%
Re-Intervention innerhalb von 12 Monaten	7,75%	6,56%	0-14,3%	<20%
Indikation von Stents in der Beckenetape	60,27%	43,84%	24-63,6%	>=75%
Postinterventionelles Angiogramm	94%	97,4%	96,7-96,7%	=100%
Postinterventioneller Dopplerverschlussdruck	51,88%	41,73%	0-84,1%	>=95%
Differenz des Knöchel-Arm-Index >0	77,35%	65,71%	*) entfällt	>=71,9%
Postinterventionelle Komplikationen	3,53%	3,48%	1,7-5,4%	<5%
Postinterventionelle Reststenose	89,9%	82,24%	80,8-86,4%	>=90%

### Aus den Beratungen der Fachgruppe Radiologie für 2003:

Aufgrund der geringen Fallzahlen in der Auswertung insgesamt und der geringen Dokumentationsquote ist nach Meinung der Fachgruppe die Aussagekraft der Auswertung begrenzt, es werden daher keine Stellungnahmen eingeholt.

Mit dieser Einschränkung werden die Ergebnisse für das Land Bremen dennoch als erfreulich und nachvollziehbar erachtet, im Folgenden werden die einzelnen Qualitätsindikatoren bewertet:

#### Qualitätsindikator **Indikation nach Fontaine-Stadium**

Die Fachgruppe betont, dass bei der Bewertung dieses Qualitätsindikators auch der individuelle Lebensstil der Betroffenen berücksichtigt werden müsse (z.B. Briefträger, bestimmte Sportler).

#### Qualitätsindikator **gerinnungshemmende Medikation**

Die Fachgruppe geht davon aus, dass in Bremen grundsätzlich gerinnungshemmende Medikamente verabreicht werden und Werte unter 100% sich nur mit Dokumentationsfehlern erklären lassen.

#### Qualitätsindikator **Re-Intervention innerhalb von 12 Monaten**

Mit einer Reinterventionsrate von durchschnittlich 5% liegt Bremen deutlich unterhalb des Referenzwertes von 20%, selbst das Haus mit einer Rate von 14% bewegt sich deutlich unterhalb dieses Wertes.

#### Qualitätsindikator **Indikation von Stents in der Beckenetape**

Der Referenzwert von >=75% erscheint der Fachgruppe als sehr hoch.



Qualitätsindikator **Postinterventionelles Angiogramm**

Ein postinterventionelles Angiogramm ist selbstverständlich, daher vermutet die Fachgruppe hinter Raten < 100% Dokumentationsmängel.

Qualitätsindikator **Postinterventionelle Komplikationen**

Als ungewöhnlich wird der definierte Referenzwert von <5% eingeschätzt. In der einschlägigen Literatur werden hier Raten < 3% genannt.

Qualitätsindikator **Laufband**

In diesem Zusammenhang werden z. B. die Ergebnisse, dass in den meisten Bremer Kliniken das Fontaine-Stadium nicht standardmäßig auf dem Laufband überprüft wird, als nicht auffällig erachtet.

Qualitätsindikator **postinterventioneller Verschlussdruck**

Auch der Qualitätsindikator postinterventioneller Verschlussdruck erscheint der Fachgruppe wenig plausibel, da die meisten Patienten innerhalb von 48 h entlassen werden (eine Kontrolle des Verschlussdruckes nach 48 h im Haus kann also zu diesem Zeitpunkt kaum mehr vorgenommen werden). Frühere Kontrollen werden nicht befürwortet, da Komplikationen zu befürchten sind (Aufgehen der Punktionsstelle, Blutungen aus der Leiste).

Qualitätsindikator **präinterventionellen Verschlussdruck**

Als wichtiger wird die Bestimmung des präinterventionellen Verschlussdruckes gewertet, so dass ihm auch vor dem Hintergrund begrenzter personeller und technischer Kapazitäten der Vorzug gegeben werden sollte.

## Kataraktoperation (Modul 3/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 2850

Qualitätsindikator (Zusammenfassung)	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen 2003	Bundeswei- ter Refe- renzwert
Indikationsstellung bei Visus > 0,6	7,58 %	27,4 %	5,3 – 44,2 %	Nicht definiert
Postoperative Besonderheiten Patienten mit				
• Wunddehiszenz	0,76 %	0,25%	0-1,0 %	<2,4%
• mit zentraler Hornhautendo- theldekompensation	3,5 %	3,7 %	0,4-16 %	<0,1 %
<b>Re-Operation</b>				
• bei allen Patienten	0,47 %	0,8 %	0-2,2%	Nicht definiert

Über die problematische Bewertung dieses Moduls war der LQB bereits frühzeitig und fortlaufend informiert worden. Das Modul war für 2003 bereits gestraft worden und ist (bis zu einer möglicherweise sektorübergreifenden externen QS) seit 1.1. 2004 ausgesetzt.

Die Fachgruppe Augenheilkunde wird die Auswertung dieses Moduls noch beraten.

## Nasenscheidewandkorrektur (5/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze : 1681

Qualitätsindikator	Gesamtrate Bundesweit 2003	Gesamtrate Bremen 2003	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen 2003	Bundesweiter Referenzwert
Indikation	99,3%	99,52%	97,9-100%	>=90%
Behandlungspflichtige Komplikationen	2,37%	3,34%	0-7,2%	<=7,8%

## Tonsillektomie (7/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze : 1714

Qualitätsindikator	Gesamtrate Bundesweit 2003	Gesamtrate Bremen 2003	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen 2003	Bundesweiter Referenzwert
Leitende Indikation „Sonstige“	1,21%	0,82%	0-2%	<= 4,8%
Altersverteilung (Median in Jahren)	7,0 Jahre	6,0 Jahre	5-8 Jahre	<= 17 Jahre
Tonsillektomie mit Adenotomie bei Erwachsenen	9,27%	2,69%	0-5,1%	<=10%
Nachblutungen				
• bei Patienten ohne Gerinnungsstörung und ohne medikamentös behandlungsbedürftigen Bluthochdruck	1,74%	2,29%	0-5,3%	<=5,3%
• bei allen Patienten	4,7%	5,48%	1,1-8,3%	<=10,8%

Die Module sind (bis zu einer möglicherweise sektorübergreifenden externen QS) seit 1.1. 2004 ausgesetzt und wurden für das Berichtsjahr 2003 vorerst letztmalig dokumentiert.

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

#### Nähere Erläuterungen wurden angefordert

bei den Kliniken, in denen (jeweils bei einem Patienten) eine ASA-Klassifikation der Stufe 4 dokumentiert wurde. In Übereinstimmung mit der Bundesfachgruppe wird dies als sentinel event angesehen. Die Klärung ist noch nicht abgeschlossen.

Grundsätzlich wird – wie im Vorjahr – die Auffassung der Fachgruppe auf Bundesebene bestätigt, dass in den Leistungsbereichen Tonsillektomie und Nasenscheidewandkorrektur validere Qualitätsindikatoren wünschenswert und zudem Longitudinalbeobachtungen für eine Ergebnisbewertung erforderlich wären.

Es wird festgestellt, dass eine valide Qualitätssicherung in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde gerne unterstützt wird, die entsprechende Ausarbeitung aussagekräftiger Auswertungskonzepte jedoch schwierig ist. Auch ist die vor allem bedeutende Ergebnisqualität – zumal bei stetig sinkender Verweildauer – mit dem bisherigen System schwer zu bewerten.

## Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom (Modul 1/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1389 (Datenpool, nur Bremen: 68)

Qualitätsindikator	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Datenpool	Spannweite der Krankenhausergebnisse im Datenpool	Bundesweiter Referenzwert
Indikation stets ausreichend gesichert	90,40 %	94,74 %	80-100 %	>= 90 %
<b>OP-Verfahren</b>				
• interfaszikuläre Neurolyse bei Erstoperation (möglichst selten)	7,54 %	2,58 %	0-100%	<=2%
• nicht angemessene Schnittführung bei Rezidivoperationen	27,11 %	18,8 %	0-100 %	sentinel event
<b>Spez. post-op. Komplikationen</b>	<b>0,43 %</b>	<b>0,14 %</b>	<b>0-0,6 %</b>	

Das Modul ist (bis zu einer möglicherweise sektorübergreifenden externen QS) seit 1.1. 2004 ausgesetzt.

Die Nachprüfung hat ergeben, dass kein Bremer Krankenhaus signifikant außerhalb der Referenzbereiche liegt.

## Dekompression bei Ulnarisrinnensyndrom (Modul 1/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze : 1165 (Datenpool), nur Bremen:390

Qualitätsindikator	Gesamtrate Bundesweit 2003	Gesamtrate Datenpool 2003	Spannweite der Krankenhausergebnisse im Datenpool 2003	Bundesweiter Referenzwert
Indikation ausreichend gesichert	86,55 %	93,20	33-100 %	>= 90 %
<b>Spez. post-op. Komplikationen bei Patienten:</b>				
• ohne Rezidiv und ohne unfallbedingte Knochen- deformation	1,37 %	0,98%	0-50%	<= 15 %
• mit Rezidiv	1,75 %	4,35 %	0-33 %	
• mit unfallbedingter Knochende- formation	2,04 %	2,94 %	0-100 %	

Das Modul ist (bis zu einer möglicherweise sektorübergreifenden externen QS) seit 1.1. 2004 ausgesetzt.

Die Nachprüfung hat ergeben, dass kein Bremer Krankenhaus signifikant außerhalb der Referenzbereiche liegt.

## **Teildatensätze Pflege (17/1, 17/2, 14/1)**

Die Pflegemodule zur Schenkelhalsfraktur, TEP bei Coxarthrose sowie Prostataresektion sind in Bremen im Jahr 2003 in Teilen dokumentiert worden.

Auf eine Bewertung der Ergebnisse in der Fachgruppe wurde aufgrund der geringen Anzahl der ausgewerteten Datensätze verzichtet.

Die Fachgruppe Pflege hat sich in ihren Sitzungen vorrangig dem Thema Entlassungsmanagement gewidmet. Dabei war es ihr ein besonderes Anliegen, die Einführung des Expertenstandards Entlassungsmanagement voranzubringen.

In Bremen wurde anhand einer Befragung in den Kliniken eruiert, ob und in welchem Umfang der Expertenstandard von den Häusern eingeführt ist.

Nahezu alle Kliniken haben ihn oder Teile im gesamten Haus oder in einzelnen Abteilungen bereits eingeführt oder planen die Einführung in einem absehbaren Zeitrahmen.

Die Entwicklung zur Umsetzung des Expertenstandards Entlassungsmanagement in den Häusern wird die Fachgruppe Pflege auch weiterhin kritisch verfolgen und begleiten.

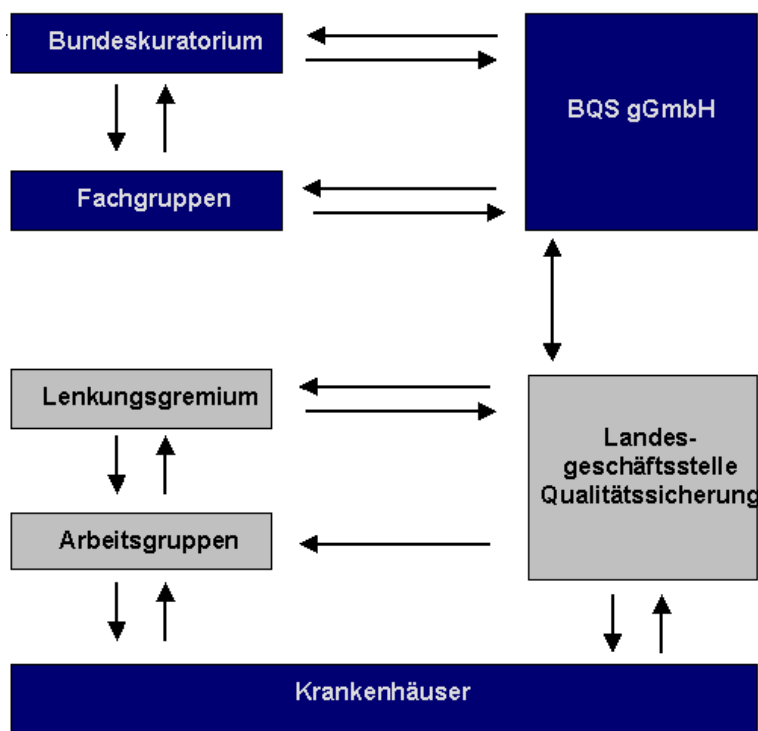
## Grundlagen der externen verpflichtenden Qualitätssicherung

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 ist das krankenhauserinterne Qualitätsmanagement, 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.

In einem Vertrag auf Bundesebene wurden mit Geltung ab 1. Januar 2001 die Rahmenbedingungen für die verpflichtende externe Qualitätssicherung für den stationären Bereich vereinbart. Damit wurde der gesetzgeberische Auftrag des §137 SGB V umgesetzt. Vertragspartner waren die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft, im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer und dem Deutschen Pflegerat. Das Verfahren dient einem bundesweiten und landesweiten Vergleich der Krankenhäuser und sieht finanzielle Sanktionen für die Krankenhäuser bei nicht vollständiger Teilnahme vor.

### Strukturen der externen Qualitätssicherung (bis zum 31.12.2003)

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.).
- Betreuung und Koordination 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.

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 sowie seit Januar 2004 mit den Vertretern des G-BA.

Der G-BA sucht neben der vertraglichen Beauftragung der BQS auch den direkten Kontakt zu den umsetzenden Landesgeschäftsstellen. So finden mehrmals jährlich Konferenzen zur praktischen Umsetzung und Weiterentwicklung des Verfahrens unter Beteiligung aller Landesgeschäftsstellen, der Bundesgeschäftsstelle und Vertretern des G-BA statt. Auch werden voraussichtlich ab 2005 im turnusmäßigen Wechsel jeweils zwei Vertreter der Landesgeschäftsstellen als Gäste im zuständigen Unterausschuss externe Qualitätssicherung vertreten sein.