

Externe Qualitätssicherung der Krankenhäuser im Land Bremen

2004

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. 16.00 besetzt

Mitarbeiterinnen:

Barbara Feder (Montag und Mittwoch 8.00-16.00, Freitagvormittag)

Ärztliches Qualitätsmanagement · Psychotherapie

Leiterin Qualitätsbüro

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

Sozialwissenschaftlerin, Krankenschwester

Inhalt	Seite
Einführung	5
Lenkungsausschuss Bremen	7
Fachgruppen in Bremen.....	9
Berichte zu den Modulen aus den Fachgruppen	
Hinweise zu den Auswertungen	10
Begriffe, Abkürzungen, Anmerkungen	10
Chirurgie	
Carotisrekonstruktion	12
Cholezystektomie	14
Orthopädie/Unfallchirurgie	
Hüftgelenknahe Femurfraktur.....	16
TEP bei Coxarthrose	20
Hüft-TEP-Wechsel	22
Knie-TEP	24
Knie-TEP-Wechsel.....	26
Geburtshilfe und Neonatologie	
Geburtshilfe.....	27
Operative Gynäkologie	
Gynäkologische Operationen	30
Mammachirurgie.....	32
Herzschrittmacher	
Herzschrittmachererstimplantation	35
Herzschrittmacheraggregatwechsel.....	36
Herzschrittmacherexplantation/-revision.....	37
Kardiologie	
Koronarangiografie und PTCA	38
Pflege	
Dekubitusprophylaxe orthopädisch-unfallchirurgische Module	39
Anhang	
Grundlagen der externen vergleichenden Qualitätssicherung in Bremen	I
Beteiligung der Kliniken an der externen Qualitätssicherung in Bremen	II

Einführung

In diesem Jahr legen wir den dritten Bericht über die verpflichtende externe Qualitätssicherung im Land Bremen vor. Die Darstellungsform hat sich inzwischen eingespielt.

Dabei möchten wir der interessierten Öffentlichkeit zeigen, dass die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung jedes Jahr sorgfältig und kritisch gesichtet werden.

Gleichzeitig richtet sich die Terminologie und Zusammenfassung der Ergebnisse im Wesentlichen an die Fachöffentlichkeit, der wir so wichtige Erkenntnisse aus den Auswertungsberatungen übermitteln wollen.

Noch nicht ganz befriedigen kann die Dokumentationsqualität. Zwar haben die erstmals in diesem Jahr in Bremen durchgeführten Stichprobenprüfungen der Datenvalidität zunächst keine Anhaltspunkte für systematische Falschdokumentationen ergeben. Allerdings zeigt sich bei bestimmten Qualitätsmerkmalen alljährlich, dass vermeintlich auffällige Ergebnisse auf Fehldokumentationen beruhen.

Zumeist ergeben sich diese Fehldokumentationen aus unzureichender Softwareunterstützung oder klinikinternen Routinen mit ungenügender Beachtung der Dokumentationsqualität (beispielsweise Abschluss der QS-Dokumentation, bevor alle Befunde vorliegen).

Auf die Beseitigung dieser Dokumentationsschwächen wirken wir zurzeit besonders intensiv hin. Wir hoffen daher sehr, dass wir in der Zukunft bei der Ergebnisdarstellung nur noch in seltenen Fällen auf die unzulängliche Dokumentationsqualität verweisen müssen.

Unter www.Gesundheit-HB.de ist der Bericht auch im Internet veröffentlicht.

Für ergänzende Informationen zu allen Fragen der externen Qualitätssicherung 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, im November 2005

Lenkungsausschuss Qualitätssicherung Bremen

Vorsitz bis Oktober 2005: Dr. Klaus-Dieter Wurche
Stellvertr. Vorsitzender: Ralf Gronemeyer

Vorsitz seit Oktober 2005: Olaf Woggan
Stellvertr. Vorsitzender: Ralf-Peter Bahlo

AOK Bremen/Bremerhaven

Olaf Woggan

Vertretung: Uwe Schneider

BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen

Holger Kammann

Vertretung: Hans-Hermann Runge

IKK Landesverband Bremen

Werner Dahme

Vertretung: Jörg Bauer

VdAK-/AEV Landesverband-Bremen

Karl Nagel

Vertretung: Ralf-Peter Bahlo

Krankenhausgesellschaft Bremen

Jürgen Scholz

Dr. G. W. Kirchgesser

Vertretung: Uwe Zimmer; PD Dr. Uwe Neubauer

Ärztammer Bremen

Dr. Klaus-Dieter Wurche

Ralf Gronemeyer

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

Bremer Pflegerat

Irmgard Danne

Vertretung: Cornelia Plötz

Fachgruppen im Land Bremen

Chirurgie

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

Stellvertreter: Prof. Dr. Dr. Braun, Rotes-Kreuz-Krankenhaus

Geburtshilfe und Neonatologie

Vorsitz: Dr. Frenz, Klinikum Bremen-Mitte

Stellvertreter: Dr. Albrecht, Klinikum Bremen-Mitte

Operative Gynäkologie

Vorsitz: Dr. Kemnitz, St.-Joseph-Hospital

Stellvertreter: n.n.

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

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 ausgewählten Qualitätsindikatoren und den jeweiligen Ergebnissen für 2004 angeführt. 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. Für die Gesamtraten werden alle Fälle in Bremen zusammengeführt („Bremen ist rechnerisch ein großes Krankenhaus“), so dass die Gesamtrate nicht in einen mathematischen Zusammenhang mit den Spannweiten steht.

„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.

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 Gallenblasenentfernung).

***) 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.

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 %.

Daher wird in diesen Fällen auf eine Darstellung der Spannweiten verzichtet.

Carotis-Rekonstruktion (Modul 10/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 282

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikationstellung				
• bei asymptomatischer Stenose, Anteil an Patienten mit einer Stenose \geq 60%	89,95%	88,1%	87,5-99,2%	\geq 80%
• bei symptomatischer Stenose, Anteil an Patienten mit einer Stenose \geq 50%	96,12%	96,7%	95-97,5%	\geq 90%
Perioperative Schlaganfälle oder Todesfälle				
• bei asymptomatischer Stenose (Stenose \geq 60 %) ohne kontralateralen Verschluss oder kontralaterale Stenose \geq 75%	1,74%	1,2% x)	0% x)	$<$ 3%
• bei asymptomatischer Stenose (Stenose \geq 60 %) mit kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose \geq 75%	2,51%	0		$<$ 5%
• bei symptomatischer Stenose mit Stenosegrad \geq 70%	3,85%	1,8%	1,7 – 3,4%	$<$ 6%
• bei symptomatischer Stenose mit Stenosegrad von 50-69%	2,98%	5,9%	nur ein Krankenhaus \geq 20 Datensätze	$<$ 6%
Anteil an Patienten mit schweren Schlaganfällen	1,49%	1,1% x)	0-0,7% x)	Nicht definiert
Postoperative Wundinfektionen	0,27%	0,4 %x)	0%	Nicht definiert

x) Bitte beachten: Spannweiten beziehen sich nur auf die Krankenhäuser \geq 20 Fälle.

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Chirurgie:

Die Fachgruppe stellt fest, dass die Bremer Ergebnisse insgesamt sehr erfreulich seien. Auch die kritische Prüfung einzelner Epikrisen beispielsweise zum Qualitätsindikator **perioperative Schlaganfälle oder Todesfälle** bestätigte diese Einschätzung.

Sehr ausführlich beschäftigte sich die Fachgruppe mit der Behandlung von Patienten mit schwerer KHK mit dringlicher Indikation zur aorto-koronaren Revaskularisation und einer asymptomatischen Carotisstenose.

Hier ist einerseits besonders kritisch zu prüfen, ob eine Carotisrekonstruktion zwingend erforderlich ist. Andererseits stellt eine verminderte cerebrale Blutzufuhr ein bedeutendes Risiko bei einer Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine dar.

Dabei hat die Fachgruppe sich auch mit der Frage auseinandergesetzt, ob die Stentimplantation als wichtige alternative Behandlungsmethode in Betracht zu ziehen sei.

Gegen eine alternative Behandlung dieser Karotisstenosen durch eine Stentimplantation spricht jedoch u. a. die dabei erforderliche massive Gerinnungssenkung.

Hingegen kann insbesondere bei Patienten mit instabilen Kreislaufverhältnissen eine Simultanoperation (Carotisrekonstruktion und ACB in einer Operation) von Vorteil sein, zumal dann auch die Carotisrekonstruktion unter Hypothermieschutz (Körpertemperatur von 28 Grad Celsius) durchgeführt werden kann.

Grundsätzlich plädiert die Bremer Fachgruppe Chirurgie für eine Ausweitung der bundesweiten externen vergleichenden Qualitätssicherung auf die Behandlung der Carotisstenosen durch Stentimplantation.

Cholezystektomie (Modul 12/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1972

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Anteil an Patienten mit fraglicher Indikation	1,81%	1%	0-3,1%	≤5,8%
präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	95,19%	97,8%	96,4%-100%	100%
Erhebung eines histologischen Befundes	97,03%	98,6%	92,3%-100%	100%
Eingriffsspezifische Komplikationen Pat. mit mind. einer Komplikation	3,95%	3,1%	0,5%-5,6%	≤ 9%
Anteil von Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC	0,17%	0,2%	0-0,7%	sentinel event
Postoperative Wundinfektionen				Nicht definiert
• alle Patienten	1,71%	1,5%	0-4,2%	
• risikoadjustiert (Anteil an Patienten der Risikoklasse 0)	0,82%	0,6%	0-2,6%	≤ 2%
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen				
• alle Patienten	4,14%	4,1%	0,5-8,8%	≤ 10,7%
• laparoskopisch	2,93%	3%	0,5-6,4%	≤ 8,1%
• offen-chirurgisch	14,09%	13%	6,7-18,2%	≤ 33,3%
Reinterventionsrate	1,79%	1%	0-3,2%	≤ 2%
Letalität	0,44%	0,3%	0-0,9%	Sentinel event

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Chirurgie:

Qualitätsmerkmal präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase

Zwar teilt die Bremer Fachgruppe uneingeschränkt die Empfehlung der Bundesfachgruppe, dass präoperativ immer eine Abklärung der Gallenwege erfolgen sollte.

Bei Prüfung der Bremer Ergebnisse und der absoluten Zahlen wurde jedoch deutlich, dass es sich bei Abweichungen im Lande Bremen jeweils um maximal einen Fall je Krankenhaus handelte. Von einer Einzelfallanalyse wurde für 2004 abgesehen, da die Nachforschungen im Vorjahr jeweils durch Epikrisen belegte besondere Einzelfälle ergeben hatten – neben Dokumentationsproblemen.

Qualitätsmerkmal Okklusion oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus (DHC)

Diese Komplikation wurde für drei Krankenhäuser dokumentiert.

Hinter den unterschiedlichen Raten steht jeweils genau ein Fall je Haus. Die Fachgruppe hat sich sehr ausführlich damit auseinandergesetzt, wie dieser schweren Komplikation „lege artes“ vorgebeugt werden kann und aus diesem Anlass auch die große Bedeutung von Fehlermeldesystemen – insbesondere unter Einbeziehung von „Beinahe Fehlern“ – einhellig gewürdigt.

Vor diesem Hintergrund wurden die betroffenen Häuser in einem Schreiben des Qualitätsbüros unter Bezugnahme auf diese Komplikationen auf die Notwendigkeit hinzuweisen, die hausintern bereits erfolgten Erkenntnisse auch konsequent für die Zukunft zu berücksichtigen.

Nähere Erläuterungen wurden angefordert:

Zum Qualitätsmerkmal **risikoadjustierte postoperative Wundinfektion** bei einem Krankenhaus mit einer Rate von 2,6 % Wundinfektionen bei Patienten der Risikoklasse 0.

Zum Qualitätsmerkmal **Reinterventionsrate** bei drei Krankenhäusern mit einer Reinterventionsrate oberhalb des Referenzwertes.

Die Prüfung der vorlegten Epikrisen ergab, dass es sich um nachvollziehbare Einzelfälle handelte.

In diesem Zusammenhang wurde von der Fachgruppe auch festgestellt, dass die Bereitschaft der Behandler, in Zweifelsfällen sich eher für eine Reintervention zu entscheiden, grundsätzlich zu unterstützen sei.

Zum Qualitätsmerkmal **Letalität** wurden für vier Krankenhäuser Todesfälle nach Cholezystektomien bei Patienten der Risikoklassen ASA 1-3 dokumentiert.

Davon hat sich für zwei Krankenhäuser anhand der Epikrisen geklärt, dass es sich (entgegen der dokumentierten ASA-Eingruppierung) um multimorbide Patienten handelte, so dass empfohlen wird, die Dokumentationsqualität der ASA-Eingruppierungen hausintern kritisch zu prüfen.

Für die beiden anderen Krankenhäuser hatte die Fachgruppe unter Berücksichtigung der Vorjahresergebnisse festgestellt, dass die Letalitätsraten numerisch auffällig waren.

Die eingehende kritische Prüfung ergab keinen Anhalt für Qualitätsmängel.

Hüftgelenknahe Femurfraktur (Modul 17/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1103

I) Schenkelhalsfraktur

Qualitätsindikator (Schenkelhalsfraktur)	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Pat. mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe	94,05%	98,1%	88-100%	≥95%
Pat. mit post-op. Rö-Bild a/p	99,27%	99,6%	96,4-100%	=100%
Pat. mit selbständigem Gehen bei Entlassung	79,49%	83,4%	48,8-97,8%	≥59,4%
Pat. mit Implantatfehl- lage, -dislokation oder -bruch bei Schenkelhals- fraktur	0,87%	0,6%	0-2,2%	nicht def.
Pat. mit Fraktur als behandlungs- bedürftige intra- oder postoperative Komplikation	0,47%	0%		≤3%
Pat. mit Wundhämatomen/Nach- blutungen	4,27%	2,1%	0-8,2%	≤13,5%
Allgemeine postop Komplikationen	16,08%	13,5%	6,1-20%	≤34,6%
Letalität				
• Verstorbene nach endoprothet. Versorgung	5,8%	6,4%	0-14%	≤14,3%
• Verstorbene nach osteosynthet. Versorgung	3,17%	2,3%	0-10%	≤9,5%

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie /Unfallchirurgie für 2004:

Hinsichtlich der **Schenkelhalsfraktur** wurden von der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie die Bremer Ergebnisse zu folgenden Qualitätsindikatoren als unauffällig gewertet:

- präoperative Verweildauer
- Operationsverfahren (Osteosynthese oder Endoprothese)
- postoperative Röntgenbilder
- selbständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung
- Gefäßläsionen und Nervenschäden
- Endoprothesenluxationen, postoperative Wundinfektionen und risikoadjustierte Wundinfektionen

Etwa 50% der allgemeinen **postoperativen Komplikationen** sind in der Kategorie „Sonstige“ zusammengefasst. Die Fachgruppe bedauerte, dass hier somit eine genauere Identifizierung der Komplikationsart nicht ohne weiteres möglich ist und nur eingeschränkte Aussagen über Indikator erlaubt.

Der Qualitätsindikator **Fraktur** wurde engagiert diskutiert, da unklar war, ob z. B. ein Trochanterabriss, der postoperativ durch einen Sturz verursacht worden ist, der Dokumentationspflicht

unterliegt oder nicht. Dagegen spräche, dass ein solcher Fall dann nicht operationsbedingt eingetreten wäre, also nicht durch den chirurgischen Eingriff verschuldet wäre. Andererseits spreche eine Behandlungspflichtigkeit, die aus dem Sturz resultiere, für eine Dokumentationspflicht, auch wenn diese Behandlung nicht auf die Erstoperation zurückzuführen sei.

Die Bundesfachgruppe hat auf Anfrage erklärt, dass hier keine Unterscheidung zwischen sturzbedingten und operationsbedingten Frakturen vorzunehmen sei.

Nähere Erläuterungen wurden angefordert:

Auch nach Abwägung verschiedener möglicher Gründe für eine geringe Rate hinsichtlich der **Gehfähigkeit bei Entlassung** erbat die Fachgruppe von dem Haus mit einem Ergebnis von 48,8% eine Stellungnahme.

Die Abteilung hat Schwierigkeiten in der hausinternen Kommunikation, die zu Ungenauigkeiten in der Datenerfassung geführt haben, eingeräumt.

Die Nachforschungen bei einem Haus mit einer **Hämatom-/Nachblutungsrate** $\geq 8\%$ sowie einer **Reinterventionsrate** wegen Komplikationen $\geq 8\%$ ergaben:

Ein Fall mit revisionspflichtigem Wundhämatom/Nachblutungen war aufgrund einer Vollheparinisierung bei vorausgegangener Lungenembolie aufgetreten. Bei einem anderen Patienten war ebenfalls unter einer gerinnungshemmenden Therapie die Revision eines Hämatoms nötig geworden.

Die übrigen angemahnten Fälle waren nicht revisionspflichtig, d. h. hier hat sich herausgestellt, dass die Dokumentation unzutreffend war.

Zwei Kliniken weisen in der Patientengruppe mit Schenkelhalsfraktur und endoprothetischer Versorgung eine **Letalitätsrate** von etwa 13% bzw. 14% auf, die Fachgruppe bat diese Kliniken um eine Stellungnahme.

Den Recherchen zufolge litten die z. T. hoch betagten Patienten unter erheblichen Begleiterkrankungen wie dekompensierter Herzinsuffizienz, generalisierter AVK, einem Pleuramesotheliom, Hypertonus oder KHK.

II) Pertrochantäre Fraktur

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Selbständige Gehfähigkeit bei Entlassung	75,3%	79,2%	34,8-94,4%	≥51,4%
Pat. mit post-op. Rö-Bild a/p	99,16%	100%		=100%
Pat. mit Implantatfehl- lage, -dislokation oder -bruch bei Schenkelhals- fraktur	1,82%	1,9%	0-9,1%	nicht def.
Postoperative Wundinfektion	2,4%	2,7%	0-14%	≤5%
Pat. mit Fraktur als behandlungs- bedürftige intra- oder postoperative Komplikation	0,38%	0%		≤2,8%
Pat. mit Wundhämatomen/Nach- blutungen	3,57%	3%	0-9,3%	≤12,1%
Allgemeine post-op Komplikationen	16,82%	12,4%	2,9-30,3%	≤37,3%
Reinterventionen wegen Komplika- tionen	3,92%	3,6%	0-9,1%	≤12%

Als unauffällig hinsichtlich der **perthrochantären Fraktur** wurden von der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie die Bremer Ergebnisse zu folgenden Qualitätsindikatoren gewertet:

- präoperative Verweildauer
- perioperative Antibiotikaprophylaxe
- postoperativ angefertigte Röntgenaufnahmen
- Gefäßläsionen, Nervenschäden, Frakturen sowie Endoprothesenluxationen
- risikoadjustierte postoperative Wundinfektion
- selbständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung
- Letalität

Nähere Erläuterungen wurden angefordert:

Die Fachgruppe bat eine Klinik um Erläuterung der Hintergründe, weshalb nur etwa 35% der Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung **selbständig gehfähig** sind, zumal diese Klinik auch den Referenzwert deutlich unterschreitet. Die Recherchen ergaben, dass Schwierigkeiten in der hausinternen Kommunikation zu Ungenauigkeiten in der Datenerfassung geführt haben.

Hinsichtlich des Qualitätsindikators **Implantatfehl-
lage, -dislokation oder -bruch** weisen zwei Kliniken Raten von 6% bzw. > 9% auf. Darüber hinaus weichen diese Abteilungen deutlich vom Median (0,7%) ab. Nach den Recherchen der Kliniken führten sowohl bestimmte Grunderkrankungen (starke Osteoporose und ausgeprägte Hüftkopfnekrose) als auch materialbedingte Schwierigkeiten zu den beschriebenen Komplikationen. Als Konsequenz aus den Ergebnissen hat sich diese Abteilung entschlossen, auf andere Implantate auszuweichen. Die Komplikation „Implantatbruch“ ist seither nicht wieder aufgetreten.

Eine **postoperative Wundinfektionsrate** von 14% wertete die Fachgruppe als ungewöhnlich hoch bat um nähere Erläuterungen. Die Abteilung hatte in ihrem Schreiben auf statistische Unklarheiten verwiesen. Die Beratungen dauern zurzeit noch an.

Ebenfalls als ungewöhnlich hoch wertete die Fachgruppe eine Abteilung mit einer **Wund-/Nachblutungsrate** > 9,3%. Dieses Haus wurde gebeten der Fachgruppe die Hintergründe für diesen Sachverhalt darzulegen. Nach klinikinternen Recherchen bedingt eine frühzeitige diagnostische Abklärung möglicher Hämatome diese Rate, da so auch sehr kleine, nicht behandlungsbedürftige Hämatome, identifiziert und dokumentiert wurden.

Zu den **allgemeinen postoperativen Komplikationen** weist ein Krankenhaus bei Patienten mit pertrochantärer Fraktur eine Rate von mehr als 30% auf. Es zeigte sich, dass neben bestehenden Erkrankungen wie Demenz oder M. Parkinson, durch die wiederum auch aufgrund eingeschränkter Compliance der Patienten weitere Erkrankungen wie ausgelöst wurden, in der Abteilung in diesem Zusammenhang folgende Krankheitsbilder identifiziert werden konnten: Apoplex, Myocardinfarkt, weitere kardiale Geschehen, Lungeninfiltrat mit notwendiger O_2 -Gabe. Darüber hinaus wurden hier auch Harnwegsinfekte oder Transfusionsgaben gemeldet, die nicht hätten kodiert werden müssen.

Eine Klinik weicht im Zusammenhang mit den **Reinterventionen wegen Komplikationen** mit einer Rate >9%, die von der Fachgruppe als hoch eingeschätzt wurde, deutlich von den Ergebnissen der anderen Kliniken sowie vom Median der übrigen Landesergebnisse ab. Die Recherchen der Abteilung haben ergeben, dass die Reinterventionen aufgrund von Dislokationen auf ausgeprägte Osteoporose bzw. Hüftkopfnekrose zurückzuführen waren. In einem Fall lag eine Fehlcodierung vor.

Die endgültige Bewertung der Stellungnahmen durch die Fachgruppe ist noch nicht abgeschlossen.

Totalendoprothese bei Coxarthrose (Modul 17/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1292

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Pat. mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe	97,87%	99,5%	98,4-100%	≥95%
Pat. mit >2 Transfusionseinheiten Fremdblut	3,84%	7,1%	0-18%	≤15,1%
Pat. mit post-op. Röntgenbild a/p	99,11%	99,2%	94,9-100%	=100%
Pat. mit post-op. Beweglichkeit von mind. 0/0/70 (Extension/Flexion)	66,41%	72,1%	0-98,3%	≥0%
Pat. mit post-op. Wundinfektion	1,14%	0,6%	0-7,7%	≤4%
• Pat. mit post-op Wundinfektion der Risikoklasse 0*	0,74%	0,6%	0-3%	≤3%
Pat. mit Wundhämatomen/Nachblutungen	2,57%	2,2%	0-6,7%	≤9,5%
Pat. mit Reinterventionen wegen Komplikationen	2,4%	2,2%	0-6,7%	≤9,3%
Letalität	0,26%	0,3% absolut: 4 Fälle	0-1%	sentinel event

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie für 2004:

Als unauffällig wurden von der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie die Bremer Ergebnisse zu folgenden Qualitätsindikatoren gewertet:

- Indikation
- Antibiotikaprophylaxe
- postoperativ angefertigte Röntgenaufnahmen
- Gehfähigkeit bei Entlassung
- Gefäßläsionen, Nervenschäden, Frakturen, Implantatfehlagen, -dislokationen oder -brüche sowie Endoprothesenluxationen
- risikoadjustierte postoperative Wundinfektion
- Wundhämatome bzw. Nachblutungen
- allgemeine postoperative Komplikationen
- selbständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung
- Letalität

Der Qualitätsindikator **Fremdblutbedarf** wurde kritisch erörtert. Zwei Kliniken weichen deutlich vom Median der Landesergebnisse ab und liegen oberhalb des Referenzwertes. Die Beratungen haben ergeben, dass unterschiedliche Erfahrungen und Erkenntnisse aller Kliniken ein heterogenes Vorgehen in der Behandlung niedriger Hämoglobinwerte bzw. die Notwendigkeit zur Gabe von

* <ASA 3 und OP-Dauer < 75%-Perzentile der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit und kein kontaminierter oder septischer Eingriff

Transfusionseinheiten begründen. Die beiden Abteilungen haben der Fachgruppe bereits in der Sitzung die Hintergründe für ihr Handeln ausreichend und nachvollziehbar darlegen können.

Im Berichtszeitraum waren vier **Todesfälle** zu verzeichnen. Zwar wertet die Bundesfachgruppe jeden Todesfall als ein sentinel event. Da sich die vier Fälle auf vier Kliniken verteilen und die Landesrate (0,3%) dem bundesweiten Durchschnitt entspricht, beschloss die Fachgruppe, von Nachforschungen abzusehen.

Nähere Erläuterungen wurden angefordert:

Die Fachgruppe zeigt sich erstaunt über die Landesergebnisse zum Qualitätsindikator **postoperative Beweglichkeit**. Nach der übermittelten Dokumentation wird in vier Kliniken in weniger als 50% der Fälle (Spannweite 0-48%) eine postoperative Beweglichkeit von 0/0/70 Grad erreicht. In der Aufarbeitung der Anfrage hat sich gezeigt, dass die Messungen von den Kliniken zwar nahezu vollständig erfolgt sind, aber im Erhebungsbogen nicht dokumentiert wurden. Hier tritt eine generelle Problematik zu Tage, die auch auf übergeordneter Ebene beraten werden sollte, da das ausgewertete Item lediglich ein so genanntes „Kann-Feld“ ist und nicht zwingend ausgefüllt werden muss.

Für die Zukunft wurden Maßnahmen zur Verbesserungen in der Dokumentationsorganisation angekündigt.

Hinsichtlich der **postoperativen Wundinfektion** überschreitet eine Klinik mit 7,7% den Referenzwert von $\leq 4\%$ und weicht deutlich vom Median der Landesergebnisse ab (0,5%). In diesem Fall handelte sich hierbei nicht um eine von der Klinik verschuldete Komplikation, denn es lag der Fall einer Patientin vor, deren Hüftgelenk bereits präoperativ infiziert war, wie das Ergebnis eines Wundabstriches gezeigt hat.

In diesem Zusammenhang muss erneut auf die Problematik mit Kleinmengen (hier 1 Fall bei weniger als 20 Datensätzen) und der daraus resultierenden mangelnden statistischen Aussagekraft hingewiesen werden. Es liegt auf der Hand, dass eine sehr differenzierte Betrachtung der Zahlen unabdingbar ist.

Die endgültige Bewertung aller Stellungnahmen durch die Fachgruppe ist noch nicht abgeschlossen.

Hüft-TEP-Wechsel (Modul 17/3)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 121

Es ist zu beachten, dass 8 von 10 Häusern in dieser Übersicht eine Fallzahl <20 Fälle aufweisen!

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Pat. mit Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation	2,03%	4,1%	0-11,1%	≤9,1%
Pat. mit Endoprothesenluxation	2,72%	3,3%	0-5,6%	≤9,7%
Pat. mit post-op. Wundinfektion • Pat. mit post-op Wundinfektion der Risikoklasse 0	3,08%	2,5% 0%	0-2,8% 0%	nicht def. ≤4,8%

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie /Unfallchirurgie für 2004:

Als unauffällig wurden von der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie die Bremer Ergebnisse zu folgenden Qualitätsindikatoren gewertet:

- Indikation
- Gelenkpunktion bei Infektionsverdacht
- perioperative Antibiotikaprophylaxe
- postoperativ angefertigte Röntgenaufnahmen
- selbständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung
- Gehfähigkeit bei Entlassung
- Gefäßläsionen
- Nervenschäden
- Implantatfehlagen, -dislokationen oder -brüche
- Reintervention wegen Komplikationen
- allgemeine postoperative Komplikationen
- Hämatome, Nachblutungen
- Letalität

Die Fachgruppe sah von der Anfrage an die beiden Häuser mit **Endoprothesenluxationsraten** >12% aufgrund der Kleinmengenproblematik (<10 Datensätze) und der damit verbundenen statistischen Unsicherheit ab.

Es wurde darauf hingewiesen, dass Wechsel-Operationen u. a. durch Infektionen veranlasst sein können. Somit können erhöhte **postoperative Wundinfektionsraten** in engem Zusammenhang mit präoperativen Infektionen stehen.

Nähere Erläuterungen wurden angefordert:

Eine Klinik hat in vier Fällen eine **Fraktur** als Komplikation dokumentiert. Die Fachgruppe entschloss sich nach ausführlicher Beratung, die näheren Hintergründe hierzu einzufordern. Die Recherchen haben ergeben, dass sich in zwei Fällen die Frakturen intraoperativ ereignet hatten und in zwei Fällen durch Stürze der Patienten nach der eigentlichen Operation ausgelöst wurden.

Die Anregung, auf Bundesebene die Zusammensetzung der sehr heterogenen Grundgesamtheit (sowohl postoperative Frakturen, z. B. sturzbedingt und intraoperativ auftretende Frakturen) zu überdenken, wurde nicht aufgegriffen. Eine Differenzierung der Fälle nach kausalen Aspekten würde in recht kleinen Einheiten münden, was wiederum die statistische Aussagekraft der Ergebnisse stark einschränkte.

Die Fachgruppe bewertet die eingegangene Stellungnahme als nachvollziehbar und ausreichend und sieht keinen weiteren Klärungsbedarf.

Knie-Totalendoprothese (Modul 17/5)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1052

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Anteil Pat. mit > 2 Transfusionseinheiten Fremdblut	1,86%	2,6%	0-7,5%	≤8,3%
Anteil Pat. mit post-op. Beweglichkeit von mind. 0/0/90 (Extension/Flexion)	60,79%	70,2%	40,7-91%	≥1,4%
Pat. mit post-op. Wundinfektion	0,79%	0,5%	0-2,3%	≤2%
• Pat. mit post-op Wundinfektion der Risikoklasse 0	0,52%	0,9%	0-4%	≤1%
Pat. mit Wundhämatomen/Nachblutungen	2,72%	3%	1,2-5,8%	≤9,5%
Allgemeine postoperative Komplikationen	5,8%	8%	1,7-16,5%	≤14,8%
Letalität	0,1%	0,1% absolut: 1 Fall	0-0,5%	sentinel event

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie /Unfallchirurgie für 2004:

Als unauffällig wurden von der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie die Bremer Ergebnisse zu folgenden Qualitätsindikatoren gewertet:

- Indikation
- perioperative Antibiotikaprophylaxe
- OP-Dauer
- postoperativ angefertigte Röntgenaufnahmen
- selbständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung
- Gehfähigkeit bei Entlassung
- Gefäßläsionen
- Nervenschäden
- Fraktur
- Implantatfehlagen, -dislokationen oder -brüche
- Reintervention wegen Komplikationen
- allgemeine postoperative Komplikationen
- Hämatome, Nachblutungen
- Letalität

Hinsichtlich der **Wundhämatome/Nachblutungen** liegen alle Bremer Kliniken unterhalb des Referenzwertes.

In verschiedenen Häusern war einheitlich ein Präparat als Thromboseprophylaxe verabreicht worden, bei dem insgesamt ein Anstieg der postoperativen Nachblutungen beobachtet wurde. Nach dem Wechsel auf ein anderes Medikament sind diese Komplikationen rückläufig.

Ein Zusammenhang von Nachblutungsrate und OP-Dauer ließ sich aus den Zahlen nicht erkennen.

Nähere Erläuterungen wurden angefordert:

Der von der Bundesfachgruppe vorgegebene Referenzwert zur **postoperativen Beweglichkeit** von $\geq 1,4\%$ bei 0/0/90 Grad kann vielfach nicht erreicht werden. Auch auf Bundesebene wird dieser eher streng definierte Referenzwert mittlerweile kritisch diskutiert.

Bei zwei Kliniken entschied sich die Fachgruppe nachzufragen.

Eine Klinik vermutet hinter diesen Ergebnissen uneinheitliche Messtechniken der dokumentierenden Ärzte (mit und ohne Winkelmesser), was sich allerdings nicht auf die Ergebnisqualität der Behandlung auswirkte, da eine Einschränkung der postoperativen Beweglichkeit auch bei den Nachuntersuchungen nicht verzeichnet werden konnte.

In der anderen Klinik wurde das Item kaum erfasst (in der Krankenakte aber sehr wohl dokumentiert), da das Feld nicht zwingend ausgefüllt werden muss. Auch hier konnte postoperativ keine Einschränkung der Beweglichkeit festgestellt werden.

Zwei Kliniken weisen Raten $>12\%$ bei **allgemeinen postoperativen Komplikationen** auf, wobei eines dieser beiden Häuser auch den Referenzwert überschreitet. Es wurde darauf hingewiesen, dass einige Abteilungen oftmals schon bei leichter Symptomatik mögliche thromboembolische Ereignisse abklären lassen. Aus diesem behutsamen Vorgehen resultiere i. d. R. auch eine höhere Inzidenz.

Beide Abteilungen erklären auf Anfrage bereits bei geringem Verdacht auf thromboembolische Ereignisse die frühzeitige diagnostische Abklärung.

Somit erhöhe sich automatisch die Inzidenz, da schon kleine Ereignisse erfasst werden.

Ein Haus weist einen **Todesfall** auf. Da durch die Bundesfachgruppe jeder Todesfall als sentinel event festgelegt ist und sich die Bremer Fachgruppe dieser Definition anschloss, wurde hier eine Anfrage eingeleitet.

Nach Recherchen der Klinik handelte es sich hier um einen Patienten mit bestehenden Herzkreislauf- und Stoffwechselerkrankungen, der postoperativ einen Myocardinfarkt erlitt, dem er trotz intensivmedizinischer Behandlung erlag.

Die endgültige Bewertung aller Stellungnahmen durch die Fachgruppe ist noch nicht abgeschlossen.

Knie-Totalendoprothesenwechsel (Modul 17/7)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 78

Es ist zu beachten, dass 5 von 6 Häusern in dieser Übersicht eine Fallzahl <20 Fälle aufweisen!

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Gelenkpunktion bei Infektionsverdacht	62,19%	80%	*) entfällt	≥71,4%

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie /Unfallchirurgie für 2004:

Als nachvollziehbar wurden von der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie die Bremer Ergebnisse zu folgenden Qualitätsindikatoren gewertet:

- Indikation
- perioperative Antibiotikaprohylaxe
- postoperativ angefertigte Röntgenaufnahmen
- selbständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung
- Gehfähigkeit bei Entlassung
- Gefäßläsionen
- Nervenschaden
- Fraktur
- Reintervention wegen Komplikationen
- allgemeine postoperative Komplikationen
- postoperative Wundinfektion
- Wundhämatome, Nachblutungen
- Letalität

Die Fachgruppe hielt in den Beratungen fest, dass bei Infektionsverdacht vor einer Wechsel-Operation eine Punktion des Gelenkes immer angezeigt ist.

Aus einer Klinik wurde berichtet, dass die Abteilung das zu untersuchende Material verstärkt über Biopsien zu gewinne, da aus der Erfahrung mit diesem Verfahren eine höhere die Genauigkeit der Ergebnisse erzielt werden kann als bei Punktionen.

Geburtshilfe (16/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 7660 (Geburten), 7823 (Kinder)

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG	21,12%	41,6%	30-48,8%	≥0- ≤49,4%
Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG und sekundärer Sectio caesarea	20,49%	44,7%	30,6-52,8%	≥0- ≤50%
Anwesenheit des Pädiaters bei Frühgeburt (Anteil der lebend geborenen Frühgeborenen (24+0 bis unter 35+0 Wochen), bei denen ein Pädiater vor der Geburt eingetroffen ist)	73,78%	44,8%	3,1-86,5%	≥90%
Bestimmung des Nabelarterien pH-Wert	97,81%	99%	98,1-99,6%	≥95%
Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	0,19%	0,1%	0-0,2%	≤0,3%
Dammriss III/IV. Grades (Anteil der Geburten mit Dammriss III/IV. Grades) bei				
• spontanen Einlingsgeburten (alle)	1,69%	1,4%	0,6-3,5%	≤2,4%
– ohne Episiotomie	1,00%	0,7%	0,2-1,6%	≤1,4%
– mit Episiotomie	3,19%	2,8%	1,1-10,9%	≤4,7%
Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen				
• nach Spontangeburt	0,11%	0,1%	0-0,2%	Nicht definiert
• nach vaginal-operativer Entbindung	0,55%	0%	0%	
• nach Sectio caesarea	0,30%	0%	0%	≤1,2%
Antenatale Kortikosteroidtherapie (bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter unter 34 +0 Wochen)				
• alle	52,05%	39,9%	17,6-55,4%	Nicht definiert
• mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens einem Kalendertag	59,37%	48,9%	19,2-67,3%	
• mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	62,08%	53,5%	18,2-72,5%	≥95%
Mütterliche Todesfälle	0,007%	0	0	sentinel event

Sectio caesarea (Entbindungen per Kaiserschnitt im Land Bremen) Bezogen auf alle Kinder = 7.823		
per Kaiserschnitt entbunden (insgesamt)	2.048	27,3%
Der Kaiserschnitt war geplant (= primäre Sectio caesarea)	862	11,5 %
Die Entscheidung zum Kaiserschnitt fiel im Geburtsverlauf (= sekundäre Sectio caesarea)	1.131	15,1%
Sectio caesarea ohne nähere Angaben	55	0,7%

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Geburtshilfe und Neonatologie:

Leider lässt die Dokumentationsqualität besonders bei zwei Indikatoren (**Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen, antenatale Kortikosteroidtherapie**) wie in den Vorjahren weiter zu wünschen übrig. So wurde auch für 2004 wieder festgestellt, dass diese wichtigen Kriterien in den meisten Fällen erfüllt werden und die für die externe Qualitätssicherung dokumentierten niedrigen Raten nicht der Klinikrealität entsprechen.

Die Dokumentation dieser Angaben wird unverändert unzureichend von der Software unterstützt, wie in den Vorjahren werden wir gegenüber der Bundesebene auf die baldige Verabschiedung eines überarbeiteten Datensatzes dringen, siehe auch Anmerkung unten.

Gleichzeitig wurden alle Bremer Krankenhäuser schriftlich darauf hingewiesen, dass die Dokumentationsqualität insbesondere für diese beiden Indikatoren unbedingt zu gewährleisten sei und für die Auswertungen des Jahres 2005 der Hinweis auf Dokumentationsprobleme nicht weiter hinnehmbar ist.

Zum Qualitätsindikator Dammriss III./IV. Grades

Die ernste Komplikation eines DR III/IV nach vaginaler Entbindung mit Episiotomie stand aufgrund der zunächst sehr hohen Bremer Raten in den letzten Jahren im Mittelpunkt der jährlichen Fachgruppenberatungen. In diesem Zeitraum ist eine kontinuierliche und deutliche Senkung dieser Komplikationsrate zu beobachten.

Folgende Punkte wurden thematisiert:

- Welche geburtshilflichen Abläufe sollten zur DR III-Vermeidung hinterfragt werden?
- Welche Folgeschäden sind wie häufig nach einem DR III zu befürchten?
- Wenn eine Episiotomie durchgeführt wird, ist dann die mediane (bessere Heilungschancen, höhere DR-III-Gefahr) oder eine mediolaterale Schnittführung (schlechtere Heilungsprognose, geringeres DR-III-Risiko) zu bevorzugen?

Kliniken mit höheren Dammrissraten wurde erstmals 2003 (aufgrund der Auswertungen für 2002) nahe gelegt, ihre Prozesse einer kritischen Prüfung zu unterziehen, um eine Senkung dieser Quote zu erreichen.

Da alle betroffenen Abteilungen in den Fachgremien vertreten sind und sehr offen, kritisch und ergebnisorientiert diskutieren, konnten direkt aus der Fachgruppenberatung Verbesserungsvorschläge in die Abteilungen transportiert werden.

Für 2003 konnte bereits eine deutliche Senkung der Raten beobachtet werden. Für 2004 blieb lediglich eine Klinik noch qualitativ auffällig, die bereits für eine Longitudinalbeobachtung ausgewählt worden war.

Auch in dieser Klinik wurden inzwischen folgende Maßnahmen umgesetzt:

- In einem klinikinternen Geburtshilfeforum wurden die Ergebnisse mit allen Hebammen und Ärzten thematisiert.
- Der differenzierte Einsatz der medianen Schnittführung und eine Bevorzugung der mediolateralen Variante bei vaginal-operativen Entbindungen wurde festgelegt.
- Alle Fälle mit höhergradigen Dammrissen werden in Fallkonferenzen vorgestellt und retrospektiv – auch deren Vermeidbarkeit – analysiert.
- Fortbildungsmaßnahmen zum Dammschutz wurden durchgeführt.

Der Erfolg dieser Maßnahmen wird durch fortlaufende Longitudinalbeobachtung durch die Bremer Fachgruppe geprüft werden. Ebenso wird auch in Bremen die Diskussion über die Episiotomie aus mütterlicher Indikation sowie die Schnittführung unter Einbeziehung der aktuellen Studien fortgeführt werden.

Aus Sicht des Qualitätsbüros war es beeindruckend, wie sich die Diskussion dieser geburtshilflichen Komplikation veränderte. So wurden 2003 auch eher fatalistische Bewertungen in den Diskussionsprozess eingebracht:

- Eine gewisse DR-III-Quote sei unabänderlich.
- Das Augenmerk sei weniger auf eine DR-III-Vermeidung als vielmehr auf eine sorgfältige Naht und eine anschließende gewissenhafte Wundpflege zu legen.

Durch – zunächst vereinzelt – klar vertretene Gegenpositionen (Hinweis auf Spätkomplikationen, Bewertung jedes DR III als sentinel event und Anregungen zur Veränderung der geburtshilflichen Prozesse) hat sich in bemerkenswerter Geschwindigkeit die Betrachtung dieses Indikators entwickelt. Hierbei hat sich nicht zuletzt die föderale Struktur der Expertengremien (Fachgruppe Bund/Fachgruppe Land) in ihrem Zusammenspiel als fruchtbar und effizient erwiesen.

Wie schon für 2003 bleibt die folgende Anmerkung für die Qualitätssicherung in der Geburtshilfe insgesamt unverändert gültig:

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 dringend erforderlich – auch im Interesse der Dokumentationsqualität.

Gynäkologische Operationen (Modul 15/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 3413

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Anteil Pat. mit Dauerkatheter über 24 h	29,44%	23,9%	6,5-59%	≤89,2%
Anteil von Pat. mit fehlender postop. Histologie an allen Pat. mit isoliertem Ovareingriff	5,16%	7,1%	0-16,6%	sentinel event
Indikation zur Konisation (Anteil Pat. mit führender Histologie „Ektopie“ oder „ohne histolog. Organpathologie“ oder ohne postop. Histologie an allen Pat. mit Konisation)	8,94%	5,2%	0-6,9%	≤23,6%
Anteil von Pat. ohne postop. Histologie an allen Pat. mit Konisation	3,48%	1,9%	0-3,4%	sentinel event
Wundinfektion nach Hysterektomie	1,53%	2,2%	0,9-4,3%	nicht def.
• Wundinfektion (Risikoklasse 0)	0,98%	2,4%	0-3,8%	≤2%
• Wundinfektion (Risikoklasse 1)	0,39%	1,8%	0-5,3%	≤3%
• Wundinfektion (Risikoklasse 2)	0,16%	2,5%	*) entfällt	nicht def.
Indikation bei Hysterektomie (benigne Histologie und Pat. ≤35J.)	2,51%	2,5%	1,71-3,46% (absolut: 2-7)	0 Fälle

Aus den Beratungen der Fachgruppe Operative Gynäkologie 2004:

Als unauffällig wurden von der Fachgruppe operative Gynäkologie die Bremer Ergebnisse zu folgenden Qualitätsindikatoren gewertet:

- Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen
- Organverletzungen bei Hysterektomie
- Organerhaltung bei Ovareingriffen
- Antibiotikaphylaxe bei Hysterektomie
- Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie
- Obduktionen

Der Qualitätsindikator **Indikation zur Hysterektomie bei Patientinnen mit benigner Histologie und einem Alter <35 Jahre** wurde intensiv beraten.

Die Fachgruppe betonte, dass in Bremen für Hysterektomien in der Patientinnengruppe mit benigner Histologie und <35 Jahre strenge Indikationskriterien angelegt werden und gelten. Allerdings entspreche es vielfach dem ausdrücklichen Wunsch der Patientinnen, oftmals Frauen aus einfachen oder schwierigen sozial-ökonomischen Verhältnissen, häufig in Verbindung mit einem niedrigen Bildungsabschluss, nach einer Entfernung der Gebärmutter.

Die Recherchen zu den angeforderten Stellungnahmen der sieben Abteilungen dauern zurzeit noch an.

In der Fachgruppe wurde kritisch erörtert, dass ambulant durchgeführte Konisationen, die immerhin ein Großteil aller Konisationen ausmachen, nicht durch das Qualitätsverfahren erfasst werden

und die Ergebnisse der Indikatoren **Indikation bei Konisation** daher nicht die tatsächliche Versorgung in Bremen abbilden.

Die Bremer Ergebnisse zur **Wundinfektion nach Hysterektomie** wurden als nachvollziehbar und unauffällig eingestuft. Auch die übrigen, risikoadjustierten Auswertungen, wurden als nachvollziehbar eingeschätzt. Häuser mit <20 Datensätzen und Raten > 10 % hatten jeweils einen Fall mit Wundinfektion dokumentiert. Da eine eindeutige Aussage über diese Ergebnisse aufgrund der geringen statistischen Signifikanz nicht möglich ist, wurde auch hier von Anfragen abgesehen. Die Fachgruppe kam überein, von den Häusern, die in der risikoadjustierten Berechnung der Risikoklasse 0 oberhalb des Referenzwertes liegen, keine Stellungnahmen anzufordern. Zum einen bewegen sie noch in einem moderaten Rahmen oberhalb des Referenzwertes, zum anderen verweisen in diesem Zusammenhang einige Kliniken während der Sitzung auf ein Patientinnenklientel mit überdurchschnittlich hohem Risikoprofil wie Diabetes mellitus, Nikotinsonabusus oder Adipositas, wodurch Wundheilungsstörungen oder Infektionen begünstigt werden können.

Nähere Erläuterung wurden angefordert:

Qualitätsindikator **Dauerkatheter**

Obwohl alle Kliniken innerhalb des Referenzbereiches liegen, wertete die Fachgruppe die Ergebnisse zweier Kliniken, die in 38% bzw. 59% der Fälle (Adnektomien, Hysterektomien) einen transurethralen Dauerkatheter länger als 24 Stunden postoperativ verweilen lassen, als erklärungsbedürftig.

Der Dauerkatheter wurde in den betreffenden Abteilungen entweder nach der postoperativen Infusionstherapie oder dem ersten Aufstehen der Patientinnen entfernt. Diese Zeitpunkte können 24 h postoperativ überschreiten, was u. a. die längere Verweildauer erklärt. Beide Kliniken haben bereits Veränderungen durch das ärztliche und pflegerische Personal eingeleitet.

Die Fachgruppe schloss sich den Vorgaben der Bundesfachgruppe an, jede postoperativ nicht veranlasste **Histologie bei Patientinnen mit isolierten Ovarieingriffen** als sentinel event zu werten und forderte daher bei allen Abteilungen eine Stellungnahme an.

Alle Abteilungen haben betont, standardmäßig bei diesen Eingriffen eine histologische Untersuchung zu veranlassen. Die Differenzen werden insbesondere auf unkorrekte Codierungen des Eingriffes sowie auf Befunde, die keine histologische, sondern eine zytologische Untersuchung verlangen, z. B. Punktionen von Funktionszysten, zurückgeführt

Analog der Einschätzung auf Bundesebene wertete die Bremer Fachgruppe jede nicht veranlasste histologische Untersuchung bei **Konisationen** als sentinel event. Die Abteilung, die in 3,4% der Fälle keine entsprechende Untersuchung dokumentiert hatte, weist ausdrücklich darauf hin, in jedem Fall eine histologische Untersuchung zu veranlassen. Bei diesem einen Fall handelte es sich um ein Dokumentationsversäumnis.

Die endgültige Bewertung der Stellungnahmen durch die Fachgruppe ist noch nicht abgeschlossen.

Mammachirurgie (Modul 18/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1439

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Postoperatives Präparateröntgen	57,43%	45,6%	17,9-98%	≥95%
Hormonrezeptoranalyse	95,12%	93,8%	90,4-100%	≥95%
Angabe pT, pN und M	81,66%	60,4%	7,2-96,3%	≥95%
Angabe Sicherheitsabstand (Anteil von Pat. mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand)	71,15%	78,1%	58,1-96,6%	≥95%
Axilladisektion bei DCIS oder papillärem In-situ-Karzinom	20,29%	27,5%	40-40%	≤39,1%
Anzahl Lymphknoten (≥10 LK bei Axilladisektion und invasiv. Ca)	83,86%	87,7%	77,2-94,8%	≥68%
Nachbestrahlung bei BeT	86,66%	87,5%	76,3-93,5%	≥95%
Revisions-Operationen	2,71%	2,5%	0,8-8,2%	≤8,2%
Wundinfektionen	1,91%	2,1%	0,9-13,9%	≤16,3%
Adjuvante med. Therapie (bei lymphknotenpositivem Mamma-Ca)	90,45%	91%	78,2-100%	≥90%
Adjuvante endokrine Therapie (bei rezeptorpositivem Mamma-Ca)	90,87%	92,5%	78,9-98,5%	≥90%
Adjuvante Chemotherapie (bei rezeptornegativem Mamma-Ca)	72%	75%	58,3-80,6%	nicht definiert
Meldung an Krebsregister	74,6%	90,1%	78,3-97,3%	≥95%
Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum	8 Tage (Median)	8 Tage (Median)	5-12,5 Tage	≤16,5 Tage

Aus den Beratungen der Fachgruppe Operative Gynäkologie für 2004:

Als unauffällig wurden von der Fachgruppe operative Gynäkologie die Bremer Ergebnisse zu folgenden Qualitätsindikatoren gewertet:

- Malignome bei offenen Biopsien
- Axilladisektion bei invasivem Mammakarzinom
- Indikation zur Brust erhaltenden Therapie

Sechs Kliniken unterschreiten im Zusammenhang mit der Angabe zu **pT, pN, pM oder M** den Referenzwert von 95% zum Teil erheblich.

Einen wesentlichen Erklärungsansatz für die mangelhafte Erfassung liefert die Softwaregenerierung: Sobald das Feld 56 „definitive postoperative Histologie“ mit JA beantwortet wird, werden die Felder „pT, pN, pM oder M“ zu Pflichtfeldern, ansonsten sind es Kannfelder, d.h. die Felder müssen nicht zwingend ausgefüllt werden.

Die Abteilungen wurden in einem Schreiben auf die Unvollständigkeit dieser Daten aufmerksam gemacht, mit dem Hinweis, diese Angaben zukünftig sorgfältiger zu dokumentieren.

Zum QI **tumorfreier Präparateschnittrand** wurde auf Bundesebene kein Referenzwert benannt. Die Fachgruppe sah vor diesem Hintergrund und auch wegen der Kleinmengenproblematik von detaillierten Erörterungen ab.

Nach wie vor problematisch gestaltet sich die Dokumentation des QIs **Angabe Sicherheitsabstand**, da aus der Pathologie selten metrische Angaben aufgeführt und Ablationen in der Regel mit der Bewertung „weit im Gesunden“ versehen sind. Die Fachgruppe regte hier abermals Gespräche zwischen Gynäkologen und Pathologen an, um zunächst die Problematik zu erörtern und durch geeignete Maßnahmen eine Verbesserung der Situation zu erreichen.

Meldungen an das Krebsregister sind nach Meinung der Fachgruppe nötig und wichtig, doch legte sie den Schwerpunkt in der Bewertung der Versorgungsqualität und sah daher von Nachfragen bei Kliniken, die den Referenzwert unterschreiten, ab.

Der **zeitliche Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum** wird nach Ansicht der Fachgruppe von vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst, so dass eine Bewertung dieses QIs als schwierig betrachtet wurde. Erfreulicherweise bewegen sich alle Abteilungen innerhalb des von der Bundesfachgruppe als Referenzwert festgelegten Zeitraumes.

Nähere Erläuterungen wurden angefordert:

Zwei Häuser unterschreiten bei **postoperativem Präparateröntgen** nach präoperativer Markierung durch Mammographie den Referenzwert. Beide Kliniken erklären, in jedem Fall bei präoperativer Markierung ein postoperatives Präparateröntgen durchführen zu lassen. Die Abweichungen ergeben sich durch eine fälschlicherweise dokumentierte zu hohe Anzahl präoperativer Markierungen.

Nach Ansicht der Fachgruppe ist das Unterlassen einer **Hormonrezeptoranalyse** nicht vertretbar, daher wurde von allen Kliniken außerhalb des Referenzwertes eine Stellungnahme angefordert. Die Nachforschungen in den Kliniken haben ergeben, dass in allen Fällen die Hormonrezeptoren bestimmt wurden. In Einzelfällen wurde das Gewebe in einer anderen Einrichtung entnommen und untersucht, so dass die operierende Klinik die Analyse nicht selbst veranlasst hatte. Diese Möglichkeiten lassen sich im Dokumentationsbogen nicht abbilden, so dass die Auswertungen an dieser Stelle gewisse Verzerrungen beinhalten können.

Die Fachgruppe war über die z. T. hohe Rate der **Axilladissektionen bei Patientinnen mit DCIS oder papillärem In-situ-Karzinom** erstaunt und forderte eine Klinik mit einem Anteil von 40% auf, die näheren Hintergründe zu benennen.

Grundsätzlich wird in dieser Abteilung bei einer Tumorgroße oberhalb 5 cm der Sentinel-Lymphknoten entfernt, um eine beginnende Invasion nicht zu übersehen. Ein weiterer Grund für die recht hohe Zahl an Axilladissektionen in dieser Patientinnengruppe liegt nach Recherchen der Abteilung darin, dass die DCIS-Veränderungen sehr ausgeprägt waren und sicherheitshalber eine Axilladissektion durchgeführt wurde.

Die Fachgruppe erörterte den QI **Anzahl Lymphknoten** (weniger als 10 entnommene Lymphknoten bei invasivem Mamma-Ca) sehr intensiv. Dabei wurde die fachliche bzw. wissenschaftliche Grundlage für die Definition und Festlegung dieses Referenzwertes insbesondere vor dem Hintergrund der Sentinel-Lymphonodektomie als wenig nachvollziehbar identifiziert. Die Fachgruppe entschloss sich, den Wert für Bremen auf $\leq 80\%$ festzulegen, daher wurden zwei Kliniken angeschrieben.

Die Recherchen haben gezeigt, dass in den überwiegenden Fällen eine Sentinel-Lymphonodektomie veranlasst wurde bzw. bereits Knochenmetastasen vorlagen, womit sich eine umfangreiche Dissektion erübrigte. Darüber hinaus wurde bei sehr betagten Patientinnen, hoher Komorbidität

oder nicht gegebener Therapierbarkeit auf die Extirpation > 10 Lymphknoten zu Gunsten der Lebensqualität verzichtet.

Hinter den Angaben zur **Nachbestrahlung bei Brust erhaltender Therapie (BeT)** wurden bei Unterschreiten des Referenzwertes Dokumentationsungenauigkeiten vermutet, da hier die Nachbestrahlung zur Standardtherapie gehöre. Die Fachgruppe setzte den Referenzwert niedriger an und bat daher lediglich ein Haus mit einem Ergebnis von 76% um nähere Erläuterungen. Die Nachforschungen haben Dokumentationsungenauigkeiten ergeben, da nachweislich alle Patientinnen mit BeT auch nachbestrahlt wurden. Organisatorische Umstrukturierungen sollen nunmehr eine vollständige Erfassung sicherstellen.

Eine Klinik weist überdurchschnittlich hohe **Revisionsraten** von 8,2% und **Wundinfektionsraten** von 13,9% auf. Der Vertreter dieser Klinik erläuterte in der Fachgruppensitzung die Hintergründe für die hohen Raten. Danach handelte es sich in beiden QIs um dieselbe Patientin. Aufgrund ihrer Adipositas, des Diabetes m., Nikotinabusus und weiterer Risikofaktoren lagen schlechte Heilungsbedingungen vor, die wiederum Wundinfektionen begünstigten und Revisions-Operationen erforderten. Die Fachgruppe bewertete diese Erläuterungen als plausibel und nachvollziehbar.

Eine Klinik unterschreitet den Referenzwert zu den QIs **adjuvante medikamentöse Therapie** und zum QI **adjuvante endokrine Therapie**.

In der Erläuterung wird auf eine unvollständige Dokumentation verwiesen. Die Übertragung der Therapieentscheide (diese werden bei Vorlage aller Untersuchungsbefunde, häufig nach der Entlassung der Patientinnen, getroffen) in den Erhebungsbogen wird danach nur unzureichend vorgenommen.

Alle Kliniken bewegen sich hinsichtlich des QIs **adjuvante Chemotherapie** bei Frauen mit rezep-tornegativem Mammakarzinom (unter Ausschluss von Patientinnen mit Fernmetastasen, unter Ausschluss von Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie und unter Ausschluss von Patientinnen, die eine geplante adjuvante Chemotherapie trotz ärztlicher Empfehlung ablehnen) innerhalb des Referenzbereiches.

Dennoch beschloss die Fachgruppe, zwei Kliniken mit Raten <70% als um nähere Hintergründe ihres Handelns zu bitten (incl. Häuser <20 Datensätzen), zumal in dieser Grundgesamtheit diejenigen Patientinnen explizit ausgeschlossen sind, die eine adjuvante Chemotherapie ablehnen, und erbat von diesen Abteilungen nähere Erläuterungen zu diesem Punkt.

Die Nachforschungen zu beiden Qualitätsindikatoren haben ergeben, dass z. T. Dokumentationsversäumnisse vorlagen, eine Chemotherapie nachträglich abgelehnt wurde (wurde nicht dokumentiert), eine Chemotherapie nicht indiziert war oder die Patientinnen eine solche Maßnahme ablehnten.

Die endgültige Bewertung der Stellungnahmen durch die Fachgruppe ist noch nicht abgeschlossen.

Herzschrittmacher Erstimplantation (Modul 9/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 434

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse	Bundesweiter Referenzwert
Systemwahl bei AV-Block 2. oder 3. Grades	90,76%	89,3%	81,8-95,8%	≥90%
Eingriffsdauer bis 60 Minuten bei VVI	84,46%	73,3%	55-83,3%	≥58,1%
Perioperative Komplikationen (Anteil Pat. mit mind. 1 Komplikation)	5,39%	4,4%	2,2-11,1%	nicht definiert

Aus den Beratungen der Fachgruppe Schrittmacher für 2004:

Die Bremer Ergebnisse zu diesem Modul werden insgesamt als erfreulich und nachvollziehbar gewertet. Zu folgenden Aspekten hatte sich in der Fachgruppe besonderer Diskussionsbedarf gezeigt:

Systemwahl bei Sinusknotensyndrom: Unter speziellen Voraussetzungen und bei definierten Patientengruppen kann die Implantation von **Einkammersystemen** durchaus indiziert sein (z.B. bei Immobilität und Multimorbidität). Ebenso zeigt sich in der Diskussion, dass im Hinblick auf eine Verbesserung der Lebensqualität unter der Voraussetzung einer strengen Indikation auch der Einsatz **biventrikulärer Systeme** angezeigt sein kann.

Nähere Erläuterungen wurden angefordert:

Als erklärungsbedürftig wertete die Fachgruppe die Ergebnisse jener vier Häuser, die in weniger als 85% der Patienten mit **AV-Block II. oder III. Grades** ein **optimales bzw. akzeptables System** (incl. der Häuser mit <20 Datensätzen) implantieren.

Hier haben die Kliniken darauf verwiesen, die Wahl des Schrittmachersystems stets sorgfältig abzuwägen und nur in begründeten Ausnahmefällen z. B. ein Einkammersystem dem eines Zweikammersystems vorzuziehen (Immobilität des Patienten, sehr hohes Alter, schwere Allgemeinerkrankung und höhergradiger AV-Block). Darüber hinaus wurden in den Abteilungen Dokumentationsungenauigkeiten ausgemacht.

55% der **VVIs** werden in einer Klinik innerhalb einer **OP-Dauer bis 60 Minuten** implantiert. In der Diskussion um diesen Sachverhalt wurde darauf verwiesen, dass längere OP-Zeiten nicht per se einen Hinweis auf schlechtere Versorgung liefern müssen. Vorstellbar wäre bspw. eine Korrelation von Eingriffsdauer und Güte der Sondenmesswerte.

Dennoch schloss sich die Fachgruppe der Auffassung der Bundesfachgruppe an, den Wert als Referenzwert aufzugreifen. Die Klinik führt in ihrer Stellungnahme an, die Eingriffszeiten nur grob geschätzt (Desinfektionszeiten waren bspw. eingeschlossen) und damit Dokumentationsungenauigkeiten produziert zu haben.

Die Fachgruppe erachtete eine Rate von >11% von Patienten mit **mindestens einer perioperativen Komplikation** als erläuterungsbedürftig, obwohl kein bundesweiter Referenzwert definiert wurde. Die Nachforschungen haben ergeben, dass zum einen fälschlicherweise eine Komplikation codiert wurde, zum zweiten war die Symptomatik nicht auf den Eingriff, sondern auf die Grunderkrankung zurückzuführen und im dritten Fall ergab sich intraoperativ ein AV-Block, dem mit Reanimationsmaßnahmen und entsprechender intensivmedizinischer Überwachung erfolgreich begegnet werden konnte.

Die endgültige Bewertung der Stellungnahmen durch die Fachgruppe ist noch nicht abgeschlossen.

Schrittmacher-Aggregatwechsel (Modul 9/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 59

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse	Bundesweiter Referenzwert
SM-Aggregatwechsel wegen vorzeitiger Batterieerschöpfung	2,54%	5,7%	*) entfällt	sentinel event
Eingriffsdauer <60 Minuten	94,58%	89,9%	*) entfällt	≥81,3%
Perioperative Komplikationen	2,04%	0%		nicht definiert

Aus den Beratungen der Fachgruppe Schrittmacher für 2004:

Auch die Ergebnisse dieses Moduls werden grundsätzlich als hinreichend und plausibel gewertet.

Drei Wechsel-Operationen mussten wegen einer **vorzeitigen Batterieerschöpfung** durchgeführt werden. Da die betroffenen Häuser insgesamt weniger als 20 Wechseloperationen durchgeführt haben, wurden keine Stellungnahmen eingefordert. Um allerdings eine mögliche Häufung von Fabrikaten mit vorzeitiger Batterieerschöpfung ausmachen zu können, hatte das QB den Vorsitzenden der Fachgruppe eine Liste mit den betreffenden Fabrikaten unter Nennung der Firma, des Typs sowie des Erstimplantationsjahres zusammengestellt. Die Überprüfung ergab keine auffälligen Kumulierungen.

Obwohl die garantierten Aggregatlaufzeiten je nach Hersteller variieren, muss nach Einschätzung der Fachgruppe eine Laufzeit von mindestens sechs, sieben Jahren garantiert werden.

Insgesamt wurde darauf verwiesen, dass Erst- und Wechseloperationen nicht zwangsläufig in derselben Abteilung durchgeführt werden müssen, so dass die Bewertung der einzelnen Ergebnisse auch vor diesem Hintergrund sorgfältig vorgenommen werden sollte.

Nähere Erläuterungen wurden angefordert:

Ein Haus weist in 16,7% der Fälle eine **OP-Dauer bis 60 Minuten** auf. Nach eingehender Diskussion beschloss die Fachgruppe, sich hierzu die näheren Hintergründe darlegen zu lassen, auch vor dem Hintergrund der Kleinmengenproblematik (<20 Datensätze). Das Haus führt aus, auch hier die OP-Zeiten nur grob geschätzt zu haben. Zukünftig sollen diese Werte genauer gemessen werden, aber auch auf eine zügige Durchführung der Schrittmacherimplantationen geachtet werden.

Die endgültige Bewertung der Stellungnahmen durch die Fachgruppe ist noch nicht abgeschlossen.

Schrittmacherexplantation/-revision (Modul 9/3)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 39

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse	Bundesweiter Referenzwert
Schrittmacherfehlfunktion	0,16%	0,2%	0-2,1%	≤1%
Möglichst selten Sondenprobleme bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution	6,37%	5,5%	0-11,8%	≤6%

Aus den Beratungen der Fachgruppe Schrittmacher für 2004:

Auch die Auswertungen dieses Moduls werden von der Fachgruppe grundsätzlich als nachvollziehbar und ausreichend bewertet.

Nähere Erläuterungen wurden angefordert:

Der Referenzwert zum QI **möglichst selten Schrittmacherfehlfunktionen bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution** wird von einem Haus überschritten.

Das Haus führt aus, bei einem Patienten zwei Tage nach erfolgter und komplikationsloser Implantation des Schrittmachers aufgrund deutlich angestiegener Reizschwellenwerte, revidiert haben zu müssen. Hier wurden die schlechten Werte bestätigt. Die Neuplatzierung der Ventrikelsonde ergab nun sehr gute intraoperative Messergebnisse. Die Ursache für die Dislokation blieb unklar, zumal sich keine Hinweise auf einen Sondendefekt ergaben.

Im Zusammenhang mit **möglichst selten Sondenprobleme bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution und Anteil der Patienten mit mindestens einer Indikation zu Revision** weichen zwei Häuser deutlich vom Referenzwert ab.

Recherchen haben ergeben, dass in einem Fall die Sonde bei einem Korrekturingriff dislozierte. In einem anderen Fall bereitet eine Dislokation Monate nach dem Eingriff Symptome. Darüber hinaus musste in einem weiteren Fall aufgrund von mehrfachen Dislokationen auf einen anderen Elektrodentyp umgestiegen werden. In einem Fall lag eine Dokumentationsungenauigkeit vor. Strukturelle und organisatorische Veränderungen in dieser Abteilung sollen zukünftig eine größere Kontinuität in der Versorgung und damit auch Verbesserung in der Qualität gewährleisten.

Die zweite Klinik führt aus, dass in zwei von fünf Fällen die Sonde nach der Revision erneut dislozierte. In einem Fall wurde ursächlich ein Thrombus an der Elektrodenspitze als Auslöser vermutet.

In dem zweiten Fall der Dislokation nach Revision wird ein technisches Problem angenommen, die genauen Hintergründe konnten jedoch nicht eruiert werden.

Die endgültige Bewertung der Stellungnahmen durch die Fachgruppe ist noch nicht abgeschlossen.

Koronarangiografie und PTCA (Modul 21/3)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 4991

Anteil PTCA: 1968

Anteil Koronarangiografien: 4777

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation 2 zur PTCA Möglichst wenig Einzeitig-PTCA mit Diagnose „KHK mit Lumeneinengung <50%“	3,15%	21,8%	0-27%	≤23,7%

Aus den Beratungen der Expertengruppe Kardiologie für 2004:

Die Auswertung dieses Moduls wurde von der Expertengruppe grundsätzlich als nachvollziehbar und ausreichend bewertet.

Nähere Erläuterungen wurden angefordert:

Nach Auffassung der Expertengruppe ist die **Indikation zur PTCA** bei einer Stenose <50% klärungsbedürftig. In einem Haus werden in 27% der einzeitigen PTCA vor dem Hintergrund dieser Indikation PTCA durchgeführt. Die Expertengruppe forderte daher von dieser Abteilung eine nähere Erläuterung des Sachverhaltes an, zumal die Klinik auch den Referenzwert überschreitet. Die Recherchen haben ergeben, dass es sich hier um einen systematischen Fehler in der Diagnoseschlüsselung handelte, der auch jeweils in der Endkontrolle übersehen wurde. Tatsächlich ist in den Katheterprotokollen in jedem Fall ein Stenosegrad > 50% festgehalten worden. Um zukünftig eine hohe Dokumentationsqualität sicherstellen zu können, plant die Abteilung sowohl gezielte Schulungen der Mitarbeiter als auch eine gemeinsame Lösungssuche mit der Softwarefirma.

Auch auf Bundesebene wurde hier Korrekturbedarf erkannt. Um den Indikator zukünftig präziser abbilden zu können, ist eine Verschärfung der Rechenregeln geplant.

Pflege: Dekubitusprophylaxe bei hüftgelenknaher Femurfraktur

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1103

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die ohne Dek. aufgenommen wurden <ul style="list-style-type: none"> Pat. mit Dek. \geqGrad 2 bei Entlassung Pat. mit Dek. bei Entlassung 	2,37%	1,5%	0-4%	\leq 6,4%
	3,46%	2,7%	0-6,9%	\leq 8,7%
Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die mit Dek. aufgenommen wurden <ul style="list-style-type: none"> Pat. ohne Dek. bei Entlassung 	19,5%	20,7%	*) entfällt	nicht def.

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die ohne Dek. aufgenommen wurden <ul style="list-style-type: none"> Pat. mit Dek. \geqGrad 2 bei Entlassung Pat. mit Dek. bei Entlassung 		0,5%	0-1,6%	nicht def.
		0,7%	0-1,8%	nicht def.
Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die mit Dek. aufgenommen wurden <ul style="list-style-type: none"> Pat. ohne Dek. bei Entlassung 		0%		nicht def.

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die ohne Dek. aufgenommen wurden <ul style="list-style-type: none"> Pat. mit Dek. \geqGrad 2 bei Entlassung Pat. mit Dek. bei Entlassung 				
Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die mit Dek. aufgenommen wurden <ul style="list-style-type: none"> Pat. ohne Dek. bei Entlassung 				

*

Pflege: Dekubitusprophylaxe bei Hüft-TEP-Erstimplantation

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1292

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die ohne Dek. aufgenommen wurden <ul style="list-style-type: none"> • Pat. mit Dek. \geqGrad 2 bei Entlassung • Pat. mit Dek. bei Entlassung 	0,59%	0,5%	0-1,6%	nicht def.
Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die mit Dek. aufgenommen wurden <ul style="list-style-type: none"> • Pat. ohne Dek. bei Entlassung 	32,83%	0%		nicht def.

Pflege: Dekubitusprophylaxe bei Hüft-TEP-Wechsel

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 121

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die ohne Dek. aufgenommen wurden				
• Pat. mit Dek. \geq Grad 2 bei Entlassung	1,36%	1,7%	0-2,9%	nicht def.
• Pat. mit Dek. bei Entlassung	1,91%	2,5%	0-2,9%	nicht def.
Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die mit Dek. aufgenommen wurden				
• Pat. ohne Dek. bei Entlassung	26,7%	66,7% absolut 2/3	*) entfällt	nicht def.

Pflege: Dekubitusprophylaxe bei Knie-TEP

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1052

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die ohne Dek. aufgenommen wurden				
• Pat. mit Dek. \geq Grad 2 bei Entlassung	0,47%	1,4%	0-3,5%	nicht def.
• Pat. mit Dek. bei Entlassung	0,68%	1,6%	0-4%	nicht def.
Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die mit Dek. aufgenommen wurden				
• Pat. ohne Dek. bei Entlassung	27,14%	0%	*) entfällt	nicht def.

Pflege: Dekubitusprophylaxe bei Knie-TEP-Wechsel

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 78

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die ohne Dek. aufgenommen wurden				
• Pat. mit Dek. \geq Grad 2 bei Entlassung	0,58%	0%	*) entfällt	nicht def.
• Pat. mit Dek. bei Entlassung	0,75%	0%	*) entfällt	nicht def.
Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die mit Dek. aufgenommen wurden				
• Pat. ohne Dek. bei Entlassung	43,75%	100% absolut 1/1	*) entfällt	nicht def.

Pflege: Dekubitusprophylaxe bei orthopädisch-unfallchirurgischen Eingriffen

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 3646

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die ohne Dek. aufgenommen wurden				
• Pat. mit Dek. \geq Grad 2 bei Entlassung	1,02%	1,2%	0-3,1%	nicht def.
• Pat. mit Dek. bei Entlassung	1,49%	1,6%	0-4,3%	nicht def.
Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die mit Dek. aufgenommen wurden				
• Pat. ohne Dek. bei Entlassung	22,07%	20%	*) entfällt	nicht def.

Aus den Beratungen der Fachgruppe Pflege für 2004:

Die Fachgruppe stellte fest, dass alle Bremer Kliniken in allen Modulen innerhalb der Referenzbereiche liegen (sofern diese definiert wurden) bzw. niedrige Dekubitusraten aufweisen.

Bei der Betrachtung der durchschnittlichen Altersstruktur und des Risikoprofils der Operierten in allen Modulen ergeben sich folgende Werte: Der Median des Alters der Operierten liegt zwischen 69 und 81 Jahren und bis zu zwei Drittel der Operierten (ca. 40-69%) weisen ein hohes Operationsrisiko auf (ASA 3 und 4, demnach Patienten mit schweren oder gar inaktivierenden Allgemeinerkrankungen). Bei dieser hohen Altersstruktur und der recht hohen Risikostruktur erachtete die Fachgruppe die dokumentierten Dekubitusraten von 0-4% bzw. 7% als außergewöhnlich niedrig.

Für die Bundesauswertungen wurde diese Beobachtung auch von der Bundesfachgruppe Pflege getroffen.

Die durchschnittliche postoperative Verweildauer nach Therapie einer **Femurfraktur** beträgt nach Einschätzung der Fachgruppe etwa 14 Tage. Daraus ergibt sich, dass das Qualitätsziel **hohe Rate an Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen und ohne Dekubitus entlassen werden** nur in wenigen Fällen erreicht werden kann, da zumindest ein höhergradiger Dekubitus in diesem Zeitraum kaum abheilen können wird. Die Fachgruppe resümierte daher, dass unter den gegebenen Bedingungen (kurze Verweildauer, ASA \geq 3, hohes Alter) hier eher ein anzustrebendes Ziel wie „Verbesserung des Dekubituszustandes bzw. Reduzierung des Schweregrades“ realisierbar sei.

Die Fachgruppe merkte an, dass im Modul Dekubitusprophylaxe bei **Hüft-TEP-Erstimplantation** die dokumentierten Dekubitusraten sehr niedrig (max. 3 Fälle pro Haus, was einer prozentualen Rate von max. 1,6% entspricht) ausfallen. Dies erstaunte die Fachgruppe auch in sofern, als das Patientenkollektiv durchschnittlich ein hohes Risikoprofil (ASA 3 und höher) aufweist.

Die Module Dekubitusprophylaxe bei **Hüft-Tep-Wechsel, Knie-Tep und Knie-TEP-Wechsel** sowie die modulübergreifende Auswertung werden ebenfalls intensiv und kritisch erörtert, auch hier fielen niedrige Dekubitusraten auf, vor allem in Verbindung mit der hohen Alterstruktur und dem hohen Risikoprofil der Patienten.

Nähere Erläuterungen wurden angefordert:

Im Zusammenhang mit dem Modul **Dekubitusprophylaxe bei Femurfraktur** sind in zwei Kliniken alle Patienten, die **ohne Dekubitus aufgenommen worden waren, auch ohne Dekubitus entlassen** worden. D. h., diese Patienten haben während des stationären Aufenthaltes entweder keinen Dekubitus entwickelt oder, sofern sich doch Dekubitalgeschwüre gebildet hatten, waren diese vor der Entlassung wieder abgeheilt.

Um zukünftig auch verstärkt über geeignete und erfolgreiche Maßnahmen der Dekubitusvermeidung in der Fachgruppendifkussion beraten zu können, bat die Fachgruppe diese beiden Häuser ihre Maßnahmen und Konzepte der Dekubitusprophylaxe in einer Stellungnahme darzulegen. In beiden Kliniken konnten Dokumentationsungenauigkeiten ausgeschlossen werden. Im Weiteren verweist eine Klinik auf gezielte Ablauf- und Handlungsanweisungen (interne Leitlinien) zur Optimierung der Ergebnisqualität.

Die andere Klinik erläutert konkrete Maßnahmen wie skalengestützte Einschätzung der Risikogefährdung der Patienten, Durchführung von Lagerungsplänen und Einsatz geeigneter Lagerungshilfen, pflegerische Maßnahmen, die auf den internen Standard „Dekubitus“ abgestimmt sind sowie – im Falle der Behandlung – Beratung durch eigens geschulte Fachkräfte für Fragen des Wundmanagements.

Die endgültige Bewertung der Stellungnahmen durch die Fachgruppe ist noch nicht abgeschlossen.

Grundlagen der verpflichtenden externen vergleichenden 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 krankenhausinterne Qualitätsmanagement, das hilft, gute Ergebnisse dauerhaft zu erzielen, Verbesserungsmöglichkeiten wahrzunehmen und die Arbeitsqualität transparent zu machen. Die Qualitätssicherung zur Optimierung der Patientenversorgung ist inzwischen fest etabliert.

Die Rahmenbedingungen sind klar definiert in Verträgen auf Bundesebene sowie entsprechenden Landesvereinbarungen auf der Basis des gesetzgeberischen Auftrages des §137 SGB V. Vertragspartner sind auf Bundesebene die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft, im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer und dem Deutschem 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

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.:

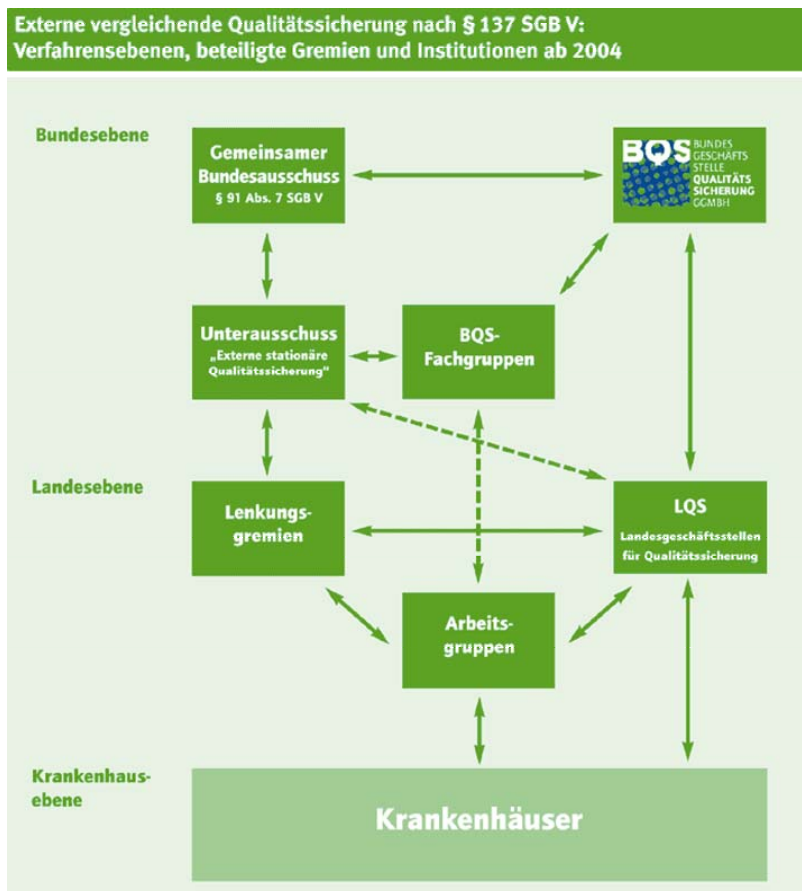
- Information und Beratung der Krankenhäuser (Weiterleitung von Informationen der Bundesebene, Austausch und Rückmeldung zu Umsetzungsproblemen, Klärung von Verfahrensfragen etc.).
- Betreuung und Koordination der Bremer Fachgruppen in ihrer Arbeit, z.B. bei der Vorbereitung und Interpretation der Auswertungen 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.

Zu den bundesweiten Strukturen:

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 nehmen seit Mitte 2005 im turnusmäßigen Wechsel jeweils zwei Vertreter der Landesgeschäftsstellen als Gäste im zuständigen Unterausschuss externe Qualitätssicherung teil.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde ab dem 01. Januar 2004 der Gemeinsame Bundesausschuss in der für das Krankenhaus zuständigen Besetzung nach § 91 Abs. 7 SGB V (G-BA) zum zentralen Beratungs- und Beschlussgremium für den externen Qualitätsvergleich der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser. Das Beschlussgremium setzt sich aus je neun stimmberechtigten Vertretern der DKG und der Spitzenverbände der Krankenkassen, drei unparteiischen Mitgliedern und neun Patientenvertretern zusammen. Entscheidungen werden mehrheitlich getroffen. Zu seiner Unterstützung hat der G-BA einen Unterausschuss „Externe stationäre Qualitätssicherung“ eingerichtet. Er berät den G-BA in allen Fragen der verpflichtenden externen vergleichenden Qualitätssicherung in der stationären Versorgung. Neben den Vertretern der SpVKK, der DKG und der Patientenorganisationen sind hier der PKV-Verband, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat vertreten.



aus: BQS-Qualitätsreport, Düsseldorf 2005