

# Externe Qualitätssicherung der Krankenhäuser im Land Bremen

2005

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 nachmittags besetzt

Mitarbeiterinnen:

**Barbara Feder**

Ärztliches Qualitätsmanagement · Psychotherapie

Leiterin Qualitätsbüro

**Ulrike Lehr M. A.**

Sozialwissenschaftlerin, Krankenschwester

<b>Inhalt</b>	<b>Seite</b>
<b>Einführung</b> .....	<b>5</b>
<b>Lenkungsausschuss Bremen</b> .....	<b>7</b>
<b>Fachgruppen in Bremen</b> .....	<b>9</b>
<b>Berichte zu den Modulen aus den Fachgruppen</b>	
<b>Hinweise zu den Auswertungen</b> .....	<b>11</b>
<b>Begriffe, Abkürzungen, Anmerkungen</b> .....	<b>11</b>
<b>Chirurgie</b>	
<b>Carotisrekonstruktion</b> .....	<b>14</b>
<b>Cholezystektomie</b> .....	<b>16</b>
<b>Orthopädie/Unfallchirurgie</b>	
<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur: Schenkelhalsfraktur</b> .....	<b>19</b>
<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur: Pertrochantäre Fraktur</b> .....	<b>21</b>
<b>TEP bei Coxarthrose</b> .....	<b>23</b>
<b>Hüft-TEP-Wechsel</b> .....	<b>25</b>
<b>Knie-TEP</b> .....	<b>27</b>
<b>Knie-TEP-Wechsel</b> .....	<b>28</b>
<b>Geburtshilfe und Neonatologie</b>	
<b>Geburtshilfe</b> .....	<b>29</b>
<b>Operative Gynäkologie</b>	
<b>Gynäkologische Operationen</b> .....	<b>32</b>
<b>Mammachirurgie</b> .....	<b>35</b>
<b>Herzschrittmacher</b>	
<b>Herzschrittmachererstimplantation</b> .....	<b>37</b>
<b>Herzschrittmacheraggregatwechsel</b> .....	<b>39</b>
<b>Herzschrittmacherexplantation/-revision</b> .....	<b>41</b>
<b>Pneumonie</b>	
<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b> .....	<b>43</b>
<b>Pflege</b>	
<b>Dekubitusprophylaxe orthopädisch-unfallchirurgische Module</b> .....	<b>47</b>
<b>Anhang</b>	
<b>Grundlagen der externen vergleichenden Qualitätssicherung in Bremen</b> .....	<b>I</b>
<b>Beteiligung der Kliniken an der externen Qualitätssicherung in Bremen</b> .....	<b>II</b>

## Einführung

In diesem Jahr legen wir den vierten Bericht über die verpflichtende externe Qualitätssicherung im Land Bremen vor. In der Terminologie und Zusammenfassung der Ergebnisse richtet er sich im Wesentlichen an die Fachöffentlichkeit, der wir so wichtige Erkenntnisse aus den Auswertungsberatungen übermitteln wollen. Gleichzeitig möchten wir der interessierten Öffentlichkeit zeigen, dass die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung jedes Jahr sorgfältig und kritisch gesichtet werden.

Mittlerweile blicken alle Beteiligten im Lande Bremen auf fünf Jahre Erfahrung in der Umsetzung der externen Qualitätssicherung zurück. Die bundeseinheitliche externe Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung ist zu einer festen Größe geworden.

Die Anlaufschwierigkeiten sind bewältigt – aber ganz neue Herausforderungen und auch wichtige Gesprächspartner und Gremien wie der Gemeinsamen Bundesausschuss sind hinzugekommen.

Bei der Gründung des Qualitätsbüros war unser Auftrag, auf der Landesebene für eine flächendeckende, valide, differenzierte und effektive Umsetzung der externen Qualitätssicherung zu sorgen. Inzwischen sind die laufende Berichterstattung, die Bearbeitung von Anfragen und neue Aufgaben wie die Datenvalidierung zu einem weiteren und umfangreichen Tätigkeitsschwerpunkt unserer Arbeit geworden.

Diese zusätzlichen Aufgaben sind wichtig und notwendig. Zu Recht wollen sich Auftraggeber und Betroffene, Politik und Öffentlichkeit vergewissern, dass aus dem Aufwand für die externe Qualitätssicherung ein adäquater Nutzen resultiert. Auch die Anstrengungen für die vergleichende Darstellung und die Abstimmung der Arbeitsweise in den 16 Bundesländern sind von großer Bedeutung.

Andererseits gewinnt damit auch für die Landesgeschäftsstellen die Frage nach dem angemessenen Gleichgewicht zwischen der Tätigkeit und der Dokumentation dieser Tätigkeit zunehmend an Bedeutung.

Auch beeinflussen die Bestrebungen, die Krankenhausergebnisse zu veröffentlichen, ganz wesentlich die Rahmenbedingen für die externe Qualitätssicherung:

Die bisherige Vertraulichkeit der Beratungen und die damit verbundene Möglichkeit, Schwächen zu thematisieren, ist nach unserer Erfahrung eine gute Voraussetzung für stetige, schnelle und nachhaltige Verbesserungsprozesse. Wir sind unseren Fachgruppen sehr dankbar für die kritischen und differenzierten Beratungen. Damit verbunden ist eine bemerkenswerte Fehlerkultur, die dazu führt, dass bei Fallbesprechungen alle erdenklichen, auch hypothetischen Schwächen thematisiert wurden, um prospektiv die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu maximieren.

Wenn zukünftig die externe Qualitätssicherung als öffentliche „Zeugnisnote“ dienen soll, könnte sich dieser Dialog entscheidend verändern:

Es ist zu befürchten, dass die fachliche Auseinandersetzung zunehmend über Themen wie Evidenzgrad, Leitlinien, Risikoadjustierung, Rankingmöglichkeiten geführt werden wird – bis hin zum stetig zunehmenden Aufwand zur Datenvalidierung.

Zudem sind für ein öffentliches Ranking – unabhängig von ihrer Bedeutung für Behandlungsverlauf und -erfolg – nur Indikatoren geeignet, die mit hoher Evidenz und einer zweifelsfreien Risikoadjustierung belegbar sind.

Selbstverständlich sind auch wir der Auffassung, dass die Ergebnisse zu Konsequenzen führen müssen. Wir haben jedoch feststellen können, dass auch durch die Autorität und den Rückhalt der Vertragspartner auf Landesebene und die kooperative Haltung der Bremer Krankenhäuser die externe Qualitätssicherung die Verbesserungsprozesse in den Häusern im Sinne einer katalytischen Wirkung wirksam beschleunigt.

Die abteilungsleitenden Ärztinnen und Ärzte, die hausinternen Prozesse und Ergebnisse werden im Vergleich mit den anderen Abteilungen und im fachlichen Austausch mit Länder-/Bundes-

gremien gemessen. Extern und bundeseinheitlich definierte Kriterien werden als Spiegel in die krankenhausinternen Prozesse eingespeist. Gerade, wenn noch keine verbindlichen Leitlinien von Fachgesellschaften verabschiedet werden konnten, ist die Vernetzung der Anregungen und Erkenntnisse aus diesem föderalen fachlichen Austausch von Bedeutung.

Neben dieser fachgebietsbezogenen Reflexion ist in den Bremer Beratungen für 2005 ein weiterer wichtiger Aspekt in den Blickpunkt gerückt:

Die krankenhausinterne Zusammenarbeit zwischen den Fachabteilungen.

Hier haben sowohl Klinikdirektionen als auch abteilungsleitende Ärzte entsprechende Hinweise erhalten und auch bereits Veränderungen eingeleitet.

Für ergänzende Informationen zu allen Fragen der externen Qualitätssicherung können Sie sich jederzeit gern an das Qualitätsbüro Bremen wenden.

Unter [www.Gesundheit-HB.de](http://www.Gesundheit-HB.de) → Krankenhäuser → Qualität → externe Qualitätssicherung wird der Bericht auch im Internet veröffentlicht.

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

Bremen, im Januar 2007

## **Lenkungsausschuss Qualitätssicherung Bremen**

**Vorsitz: Herr Olaf Woggan**

Stellvertr. Vorsitzender: Herr Ralf-Peter Bahlo

### **AOK Bremen/Bremerhaven**

**Herr Olaf Woggan**

Vertretung: Herr Uwe Schneider

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

**Frau Judith Borsch**

Vertretung: Herr Hans-Hermann Runge

### **IKK Landesverband Bremen**

**Herr Werner Dahme**

Vertretung: Herr Jörg Bauer

### **VdAK-/AEV Landesverband-Bremen**

**Herr Karl Nagel**

Vertretung: Herr Ralf-Peter Bahlo

### **Krankenhausgesellschaft Bremen e. V.**

**Herr Jürgen Scholz**

**Herr Dr. G. W. Kirchgesser**

Vertretung: Herr Uwe Zimmer; Herr PD Dr. Uwe Neubauer

### **Ärztekammer Bremen**

**Herr Dr. Klaus-Dieter Wurche**

**Herr Ralf Gronemeyer**

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

### **Bremer Pflegerat**

**Frau Irmgard Danne**

Vertretung: Frau Cornelia Plötz

## Fachgruppen im Land Bremen

### Chirurgie

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

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

### Geburtshilfe und Neonatologie

**Vorsitz: Herr Dr. Körner**, Klinikum Links der Weser

Stellvertreter: Frau Dr. Jarchau, St.-Joseph-Hospital

### Operative Gynäkologie

**Vorsitz: Frau Dr. Walter-Scotland**, St.-Joseph-Stift

Stellvertreter: Herr Dr. Menke, Klinikum Bremen-Mitte

### Orthopädie/Unfallchirurgie

**Vorsitz: Herr PD Dr. Neudeck**, Klinikum Bremen-Nord

Stellvertreterin: Frau Wihtol, Rolandklinik

### Pflege

**Vorsitz: Frau Plötz**, Rotes-Kreuz-Krankenhaus

Stellvertreter: Herr Hartmann, Klinikum Bremen-Ost

### Pneumonie

**Vorsitz: Herr Prof. Dr. Ukena**, Klinikum Bremen-Ost

Stellvertreter: Herr Prof. Dr. Sander, Krankenhaus Am Bürgerpark

### Radiologie

**Vorsitz : Herr Dr. Sternberg**, Klinikum Bremen-Mitte

Stellvertreter: Herr Dr. Graf, St.-Joseph-Hospital

### Schrittmacher

**Vorsitz: Herr Dr. Widjaja**, Klinikum Links der Weser

Stellvertreter: Herr Dr. Trautmann, Krankenhaus Am Bürgerpark

## Hinweise zu den Auswertungen

Im Folgenden sind die einzelnen Leistungsbereiche mit ausgewählten Qualitätsindikatoren und den jeweiligen Ergebnissen für 2005 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 Spannbreiten 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.

## 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)

### BeT

Brust erhaltende Therapie

### DCIS (Ductales Carcinoma in situ)

Eine krankhafte Wucherung in den Milchgängen der weiblichen Brust. Es handelt sich um entartete Zelle, die jedoch die Grenze des Milchgangs noch nicht durchbrochen haben (in situ: am Ort sein)

### 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 Gallenblasentfernung).

**\*) 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: 325

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse 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>	90,52%	92,6%	89,5%-97,1%	$\geq 80\%$
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei symptomatischer Stenose, Anteil an Patienten mit einer Stenose <math>\geq 50\%</math></li> </ul>	96,41%	98,1%	98,1-100%	$\geq 90\%$
<b>Perioperative Schlaganfälle oder Todesfälle (= QI 3-6)</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>	1,37%	5,6% <sup>x)</sup>	0-4,2% <sup>x)</sup>	$< 3\%$
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei asymptomatischer Stenose (Stenose <math>\geq 60\%</math>) mit kontralateralem Verschluss oder kontralaterale Stenose <math>\geq 75\%</math></li> </ul>	3,06%	5,3%		$< 5\%$
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei symptomatischer Stenose mit Stenosegrad <math>\geq 70\%</math></li> </ul>	3,36%	2%	0-4,2%	$< 6\%$
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei symptomatischer Stenose mit Stenosegrad von 50-69%</li> </ul>	3,05%	3,9%		$< 6\%$
<b>Anteil an Patienten mit schweren Schlaganfällen oder Tod</b>	1,5%	2,1%	0-2,2%	Nicht def.

x) Bitte beachten: Spannweiten beziehen sich nur auf die Krankenhäuser  $> 20$  Fälle!

### Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Chirurgie für 2005:

Der Berechnung der Komplikationsraten bezieht sich durch die detaillierte Aufteilung auf die verschiedenen Untergruppen stets auf sehr kleine Fallzahlen. Diese Untergliederung gemäß dem international anerkannten Standard ermöglicht zwar in der bundesweiten Zusammenführung aller betreffenden Fälle eine allgemeine statistische Aussage zu den jeweiligen Komplikationsraten.

Aber ebenso wie in Bremen gilt bundesweit, dass ausweislich der Bundesauswertungen die meisten Krankenhäuser jeweils in den Untergruppen mit weniger als 20 Fällen abgebildet werden. Zumeist sind die Gruppen extrem klein, in Bremen beispielsweise  $< 10$  Fälle, teils  $< 5$  Fälle. Damit führen die prozentualen Angaben zu einer starken Verzerrung.

Deswegen empfiehlt die Bremer Fachgruppe der Fachgruppe auf Bundesebene einstimmig, bei der Berechnung der Qualitätsindikatoren zu den schweren Komplikationsraten zukünftig nur noch zwischen symptomatischen und asymptomatischen Karotisstenosen zu unterscheiden und hier die anerkannten Empfehlungen der American Heart Assoziation als Referenzwerte zugrunde zu legen ( $< 3$  bzw.  $< 6\%$ ).

#### Nähere Erläuterungen wurden angefordert:

Drei Abteilungen waren numerisch auffällig bei den **Qualitätsindikatoren 3-6**, die die Rate an schweren Komplikationen in Abhängigkeit zur Symptomatik, zum kontralateralen Befund und zum Stenosegrad ausweisen.

Eine Klinik hatte bereits eine ausführliche Stellungnahme übermittelt, zudem wurde ein kollegiales Gespräch zur Problemanalyse durchgeführt.

Die Abteilung hat aufgrund der neurologischen Komplikationen ihr perioperatives Management überprüft, die antikoagulative Therapie neu bewertet und angepasst. Dementsprechend waren seit August letzten Jahres – auch ausweislich der QS-Dokumentation – keine neurologischen Auffälligkeiten zu verzeichnen gewesen.

Die Fachgruppe stellt einstimmig fest, dass die eingeleiteten Maßnahmen als ausreichend und die Problematik dementsprechend als behoben anzusehen ist.

Zwei weitere Abteilungen waren ebenfalls durch Einzelfälle numerisch auffällig gewesen, beide Kliniken hatten schriftlich ausführlich Stellung genommen, eine Abteilung hatte zusätzlich im kollegialen Gespräch die Fälle dargestellt.

Die kritische Würdigung dieser Stellungnahmen ergab, dass es sich bei den Abweichungen um nachvollziehbare Einzelfälle ohne einen Anhalt für qualitative Mängel handelte.

#### **Empfehlungen für eine bundesweite Qualitätssicherung für die stentgestützte Perkutane Carotis-Angioplastie (=PTA)**

Nachdem im Mai die ersten Ergebnisse der SPACE-Studie (Stentgeschützte Perkutane Angioplastie der Carotis vs. Endarterektomie) vorgestellt wurden, bekräftigt die Fachgruppe noch einmal einhellig ihr Votum des vergangenen Jahres, dass die PTA ebenso wie die bestens evidenzbasierte QS für die Carotis-TEA in die externe Qualitätssicherung einbezogen werden sollte.

## Cholezystektomie (Modul 12/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 2046

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Anteil an Patienten mit fraglicher Indikation	1,67%	0,7%	0-2,7%	≤5,6%
Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	95,05%	97 %	90,9-100%	100%
Erhebung eines histologischen Befundes	97,82%	98,1%	91,2-100%	100%
<b>Eingriffsspezifische Komplikationen</b> Pat. mit mind. einer Komplikation	3,69%	3,2%	0,9-8,3%	≤ 8,7%
Anteil von Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC	0,15%	0,1%	0-0,9%	sentinel event
<b>Postoperative Wundinfektionen</b>				
• alle Patienten	1,53%	1%	0-3,6%	Nicht def.
• risikoadjustiert (Anteil an Patienten der Risikoklasse 0)	0,65%	0,3%	0-1,1%	≤2%
<b>Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen</b>				
• alle Patienten	3,75%	3,8%	0-8,2%	≤10,1%
• laparoskopisch	2,76%	2,7%	0-6,3%	≤ 7,9%
• offen-chirurgisch	13,57%	14,1%	0-32%	≤30%
<b>Reinterventionsrate</b>	1,68%	1,6%	0-2,1%	≤2%
<b>Letalität</b>	0,39%	0,4%	0-1,6%	Sentinel event

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Chirurgie für 2005:

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

### Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase

Bei zwei Abteilungen wurde für je einen Patienten mit extrahepatischer Cholestase keine präoperative Abklärung dokumentiert, bei einer dritten Abteilung lag mit drei entsprechenden Fällen eine signifikante Referenzwertabweichung vor.

In der Beratung wurde einhellig die Auffassung bekräftigt, dass die extrahepatische Cholestase zwingend abzuklären sei. Allgemein sei eine präoperative ERCP sinnvoll, aber in besonderen Konstellationen könne auch eine intraoperative Cholangiografie zweckmäßiger sein – wenn zuvor eine präoperative (beispielsweise sonografische) Abklärung erfolgt sei.

Sowohl in der Diskussion als auch in den übermittelten Epikrisen wurde ein wichtiges Missverständnis deutlich, das zu Dokumentationsfehlern geführt hatte: Im Klinikalltag wurde als „Abklärung“ häufig nur die präoperative ERCP verstanden. So lagen teilweise sonografische präoperative Befunde vor, diese wurden jedoch nicht als „Abklärung“ dokumentiert.

Dieses Dokumentationsmissverständnis werden die abteilungsleitenden Ärzte hausintern klären. Ein Anhalt für qualitative Mängel liegt jedoch nicht vor.

## **Immer Erhebung eines histologischen Befundes**

Bei vier Abteilungen wurde der Referenzwert signifikant unterschritten.

Erst seit 2006 ist diese Angabe (auch aufgrund eines Bremer Hinweises) ein Pflichtfeld, so dass die Dokumentation für 2005 durch die Software (SW) noch nicht ausreichend unterstützt wurde.

Wie in den Vorjahren, ergaben die von allen betroffenen Abteilungen übermittelten Stellungnahmen, dass für alle Patienten Histologien vorlagen. Zu der besonderen Softwareproblematik in der Abteilung mit einer besonders hohen Unterdokumentation wurde empfohlen, sich für 2006 zu versichern, dass die SW eine korrekte Erfassung zulasse.

Die Fachgruppe stellt einstimmig fest, dass den numerischen Abweichungen Dokumentationsprobleme zu Grunde lagen und dass durch die bundesweite SW-Anpassung für 2006 auch für die Abteilung mit dem wiederholten Dokumentationsmangel die notwendigen Maßnahmen eingeleitet wurden.

## **Eingriffsspezifische Komplikationen** (Okklusion oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus)

Zu diesem Einzelfall lag eine ausführliche Stellungnahme vor. Die Beratung ergab in diesem besonders gelagerten Einzelfall keinen weiteren Klärungsbedarf.

## **Geringe Reinterventionsrate** in Abhängigkeit vom OP-Verfahren, hier bei Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation

Bereits im Vorjahr hatte die Fachgruppe diesen Indikator kritisch diskutiert, da die Bereitschaft der Behandler, sich in Zweifelsfällen eher für eine Reintervention zu entscheiden, grundsätzlich zu unterstützen sei.

Zur besseren Einschätzung dieses Indikators wurden nähere Informationen angefordert. Die Fachgruppe stellt anhand der Fallschilderungen einhellig fest, dass die Reinterventionen in besonders gelagerten Einzelfällen aus verschiedenen Gründen erfolgten (Nachblutungen, Infektionen). Ein Anhalt für einen Qualitätsmangel liegt nicht vor.

Auch anhand der Beratungen unterstreicht die Fachgruppe erneut, dass die Aussagekraft dieses Indikators sehr begrenzt sei. Allerdings sei es bei signifikanten Referenzwertüberschreitungen sinnvoll, anhand näherer Informationen die jeweiligen Hintergründe zu prüfen.

## **Todesfälle**

Anteil von verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse ASA 1 bis 3

In drei Kliniken waren 2005 Patienten nach einer Cholezystektomie verstorben. Alle Todesfälle wurden ausführlich beraten.

Für zwei Kliniken ergab die Longitudinalanalyse keine Sterbefälle bei dieser Patientengruppe in den Vorjahren.

Für 2005 stellte die Fachgruppe für beide Kliniken einstimmig fest, dass es sich um jeweils nachvollziehbar und schlüssig dargelegte Einzelfälle handelt.

Anlässlich der Einzelfallanalysen diskutieren die Anwesenden grundsätzlich die verschiedenen Aspekte, die prospektiv zur Weiterentwicklung des klinikinternen Risikomanagements zu bedenken wären. So werden beispielsweise auch die möglichen Risiken bei der intraoperativen Verwendung von monopolarer Strom im Unterschied zum bipolaren Einsatz thematisiert.

Mit dem abteilungsleitenden Arzt der dritten Klinik wurden die Hintergründe für die numerischen Auffälligkeiten anhand der Falldarstellungen im kollegialen Gespräch differenziert analysiert. Diese Klinik war im Vorjahr bereits als auffällige Klinik angeschrieben worden und wies auch in der Longitudinalbetrachtung seit 2003 numerische Auffälligkeiten aus.

Es wurde festgestellt:

- In der Klinik besteht ein Dokumentationsproblem insofern, als der Schweregrad in der ASA-Definition unzureichend für die externe Qualitätssicherung dokumentiert wird. So waren verstorbene Patienten teilweise der ASA 4 zuzuordnen gewesen, die dann nicht für diesen QI als sentinel event ausgewiesen worden wären. Auch wird empfohlen, die diagnostische Zuordnung der ICD-Klassen K 80 - K 85.9 (die die Dokumentationsverpflichtung auslösen) sorgfältig zu prüfen, da die vorlegten Epikrisen darauf hinweisen, dass andere Krankheitsbilder im Vordergrund der Behandlung gestanden hatten und dementsprechend auch nicht die „Cholezystektomie“-bedingte Letalität abgebildet werde.
- Anhaltspunkte für Qualitätsdefizite innerhalb der chirurgischen Abteilung ergaben sich nicht.
- Es wurde jedoch empfohlen, die hausinternen Prozesse – besonders hinsichtlich der Abstimmung zwischen Internisten und Chirurgen – kritisch darauf zu prüfen, ob hier noch Verbesserungspotentiale zu realisieren sind. Hier haben Abteilungsleitung und Klinikleitung bereits reagiert.

## Hüftgelenknahe Femurfraktur (Modul 17/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1135

### I) Schenkelhalsfraktur

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Präoperative Verweildauer >48 h	16,68%	12,9%	2,7-44%	≤15%
Perioperative Antibiotikaphylaxe	95,5%	99,1%	94,3-100%	≥95%
Postoperative Wundinfektion	2,45%	1,7%	0-4,1%	≤5%
Reinterventionen wegen Komplikationen	4,02%	4,6%	0-12,3%	≤11,1%

#### Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie /Unfallchirurgie für 2005:

Als unauffällig wertete die Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie die Bremer Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren

- Gehfähigkeit bei Entlassung
- Gefäßläsion
- Nervenschaden
- Fraktur
- Endoprothesenluxation
- Letalität

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

#### **Perioperative Verweildauer ≥ 48 Stunden**

Als kritisch wertet die Fachgruppe eine präoperative Verweildauer ≥48 h in knapp 45% der Fälle. Die Fachgruppe hält eine Reduzierung der präoperativen Verweildauer für dringend geboten und räumt einer zügigen operativen Versorgung bei Schenkelhalsfraktur hohe Priorität ein, um peri- und postoperativen Komplikationen vorzubeugen und die zügige postoperative Mobilisation nicht zu gefährden. Die Indikation für eine operative Versorgung außerhalb der 48-Stunden-Grenze sollte daher äußerst streng gestellt werden.

Längere präoperative Verweildauern ergaben sich insbesondere auf Grundlage folgender Zusammenhänge:

- Patienten mit einem erhöhten Risikoprofil (z.B. Marcumarisierung, maligne Herzrhythmusstörungen): In diesen Fällen musste präoperativ zunächst eine Stabilisierung des Gesundheitszustandes erreicht werden.
- Implantation einer Spezialprothese, die erst bestellt werden musste.
- Unzureichende Personalsituation: Die Abteilung hatte inzwischen Maßnahmen zur Verbesserung ergriffen, um eine ausreichende und fachlich angemessene Versorgung der Patienten jederzeit sicherstellen zu können. Im Zentrum dieser Veränderungen standen Maßnahmen einer deutlich verbesserten Personalplanung sowie eines optimierten OP-Managements. Die Fachgruppe befand, dass durch die beschriebenen eingeleiteten Maßnahmen die qualitativen Auffälligkeiten behoben werden konnten.

### **Perioperative Antibiotikaphylaxe**

Die Nachforschungen haben ergeben, dass es sich in beiden Abteilungen, in denen der Referenzwert unterschritten wurde, um Dokumentationsversäumnisse handelte. Eine perioperative Antibiotikaphylaxe wird standardmäßig verabreicht.

### **Postoperative Wundinfektion**

Die Infektionsrate einer Klinik von 0% konnte durch Recherchen bestätigt werden.

### **Reintervention wegen Komplikation**

Die Abteilung mit Überschreitung des Referenzwertes erläuterte, dass sie relativ frühzeitig die Indikation zur offenen Revision eines Hämatoms oder Seroms stellt. So könnten tiefe Wundinfekte vermieden werden, allerdings fiel die Reinterventionsrate dann überdurchschnittlich hoch aus.

Recherchen haben die 0%-Rate an Reinterventionen in einer Abteilung bestätigt.

Die Fachgruppe sieht keinen Anhalt für qualitative Auffälligkeiten.



## II) Pertrochantäre Fraktur

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Präoperative Verweildauer >48 h	8,23%	4,7%	0-16,7%	nicht definiert
Perioperative Antibiotikaphylaxe	91,13%	98,1%	88,4-100%	≥95%
Gefähigkeit bei Entlassung	74,96%	75,3%	48-97,1%	≥50%
Postoperative Wundinfektion	2,08%	1,3%	0-6,1%	≤5%
Letalität bei Pat. mit osteosynthetischer Versorgung	5,4%	6,1%	1,5-18,2%	≤13,6%

### Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie für 2005:

Die Ergebnisse folgender Qualitätsindikatoren wurden von der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie als unauffällig gewertet:

- Gefäßläsion
- Nervenschaden
- Implantatfehlage
- Fraktur
- Endoprothesenluxation
- Hämatome/Nachblutungen
- allgemeine postoperative Komplikationen
- Reintervention

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

#### **Präoperative Verweildauer ≥48 h**

Ein bundesweiter Referenzwert lag diesem Qualitätsindikator nicht zugrunde. Die Bremer Fachgruppe definiert eine Rate ≥ 10% als auffällig, so dass zwei Kliniken um eine Stellungnahme gebeten wurden. Eine Klinik verweist darauf, Patienten mit schweren Allgemeinerkrankungen im Vorfeld der operativen Versorgung zunächst gründlich auf den operativen Eingriff habe vorbereiten müssen.

In einem Fall wurde zuerst ein konservativer Therapieversuch unternommen, der aber nicht zum erhofften Erfolg führte, so dass doch noch der Umstieg auf ein operatives Verfahren erforderlich wurde.

In der anderen Abteilung wurde in einem Fall die zeitliche Verzögerung durch eine zusätzliche CT-Untersuchung ausgelöst. Routinemäßige Untersuchungsmethoden reichten hier nicht aus, um die Fraktur sicher identifizieren zu können.

Einem Fall lag eine unvollständige QS-Dokumentation zu Grunde.

#### **Perioperative Antibiotikaphylaxe**

Die vom Referenzwert abweichende Abteilung hat ermittelt, dass es sich bei den Fällen um Dokumentationsversäumnisse handelte. Eine perioperative Antibiotikaphylaxe würde stets verabreicht werden.

#### **Gefähigkeit bei Entlassung**

Eine Abteilung wurde wegen Abweichung vom Referenzwert angeschrieben. In den meisten Fällen wurde den Recherchen des Krankenhauses zufolge nicht sorgfältig codiert, so dass die Rate der Gefähigkeit tatsächlich höher liege. Als eingeschränkt gefähig dokumentiert wurden in dieser Abteilung überwiegend Patienten mit neurologischen Erkrankungen oder mit bereits präoperativ bestehenden Behinderungen.

### **Postoperative Wundinfektion**

Die auffällige Abteilung lieferte ausführliche Informationen zu den drei aufgetretenen Hämatomen/Seromen. Diese konnten nach chirurgischer Versorgung komplikationslos ausheilen.

### **Letalität bei Pat. mit osteosynthetischer Versorgung**

Die Nachforschungen der Klinik haben ergeben, dass es sich bei den Fällen um zum Teil hoch betagte, mitunter auch Patienten mit sehr schweren Grunderkrankungen handelte.

Die Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie bewertet die eingegangenen Stellungnahmen als nachvollziehbar, plausibel und qualitativ nicht auffällig.

## Totalendoprothese bei Coxarthrose (Modul 17/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1361

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Fraktur als behandlungsbedürftige Komplikation	0,94%	1,8%	0-5,6%	≤4,3%
Postoperative Wundinfektion	1%	0,9%	0-10%	≤3,5%
Wundhämatome/Nachblutungen	2,31%	1,8%	0-10%	≤8,3%
Reintervention wegen Komplikation	2,33%	2,1%	0-10%	≤8,5%
Letalität	0,24%	0,4% insgesamt 5 Fälle	0-3,3%	sentinel event

### Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie für 2005:

Die Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren

- Indikation
- perioperative Antibiotikaprophylaxe
- postoperative Beweglichkeit
- Gehfähigkeit
- Gefäßläsion
- Nervenschaden

wurden von der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie als unauffällig gewertet.

Sehr deutlich warnt die Fachgruppe davor, dem QS-Verfahren nicht die erforderliche Bedeutung beizumessen und die Dokumentation der Datensätze nicht mit der angemessenen Sorgfalt durchzuführen.

In diesem Kontext empfiehlt die Fachgruppe den Abteilungen, insbesondere denjenigen mit überdurchschnittlich guten Ergebnissen, zu prüfen, ob eine vollständige Dokumentation sichergestellt ist.

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

#### Fraktur als behandlungsbedürftige Komplikation

Als in der täglichen Praxis problematisch gestaltet sich das Item „Fraktur“, da unklar bleibt, ob behandlungsbedürftige Fissuren den Frakturen zugeordnet werden sollen und daher der Dokumentationspflicht unterliegen. Verschiedenen Abteilungen codieren behandlungsbedürftige Fissuren als Komplikation „Fraktur“. Diese Vorgehensweise vertritt auch die Bundesfachgruppe in ihrer Antwort an die Bremer Anfrage.

Aufgetretene Fissuren, in einem Fall auch eine Fraktur, konnten erfolgreich mit Cerclagen behandelt werden.

In einem Fall lag ein Dokumentationsfehler vor.

#### Postoperative Wundinfektion

Alle Fälle postoperativer Wundinfektion, die in den Stellungnahmen differenziert beschrieben wurden, konnten nach antibiotischer und/oder offen-chirurgischer Versorgung problem- und reizlos ausheilen.

### **Wundhämatome/Nachblutungen und Reintervention**

Auch diese Komplikationen konnten, wie die Nachforschungen ergeben haben, erfolgreich therapiert werden und problemlos abheilen.

### **Letalität**

Alle verstorbenen Patienten litten an schweren bis schwersten Allgemeinerkrankungen.

Die Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie hat die Stellungnahmen der betroffenen Abteilungen kritisch gewürdigt. Anhalt für qualitative Auffälligkeiten wurde nicht festgestellt.

## Hüft-TEP-Wechsel (Modul 17/3)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 143

Es ist zu beachten, dass 7 von 10 Häusern in dieser Übersicht eine Fallzahl unter 20 aufweisen!

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation	87,25%	88,8%	53,8-100%	≥70%
Postoperative Wundinfektion	3,12%	4,2%	0-14,3%	nicht definiert
Wundhämatome/Nachblutungen	4,3%	6,3%	0-15,4%	≤13,6%
Reintervention wegen Komplikation	6,21%	9,1%	0-20%	≤16,4%
Letalität	1,37%	1,4% insgesamt 2 Fälle	0-4,8%	sentinel event

### Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie /Unfallchirurgie für 2005:

Als unauffällig wertete die Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie die Ergebnisse zu folgenden Qualitätsindikatoren:

- perioperative Antibiotikaprophylaxe
- Gehfähigkeit
- Gefäßläsion
- Nervenschaden
- Fraktur
- allgemeine postoperative Komplikationen

In der Fachgruppe kritisch diskutiert wird die Tatsache, dass seit 2006 die durch den Datensatz abgebildeten Fälle sehr inhomogen und daher schlecht zu vergleichen sind, da sowohl Eingriffe, die lediglich den Austausch einzelner Komponenten wie Pfanne vorsehen, als auch solche mit Wechsel aller Komponenten über diesen Datensatz erfasst werden. Die Entwicklungen und Ergebnisse werden von der Fachgruppe kritisch beobachtet werden.

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

#### Indikation

Die aufgrund der Abweichung vom Referenzwert angeschriebene Klinik erläuterte, dass die Maßnahme des Hüft-TEP-Wechsels stets indiziert gewesen sei. Sowohl Pfannendachlockerungen als auch Hüft-TEP-Luxationen machten diesen Eingriff erforderlich. In einem Fall lag eine Fraktur als Grund für den TEP-Wechsel vor.

#### Reintervention

In einem Fall musste eine Luxation reponiert werden, in einem anderen wurde ein Hämatom operativ ausgeräumt.

#### Wundhämatome/Nachblutungen

Bei einer Patientin mit habituellen Luxationen und präoperativ vorliegendem tiefen Infekt mussten mehrere Revisionsoperationen durchgeführt werden, bis die Wunde endgültig saniert war.

Ein marcumarpflichtiger Patient litt unter wiederkehrenden Luxationen. Im postoperativen Verlauf ergaben sich schwere Komplikationen (Nierenversagen, Nachblutungen). Letztere machten einen Revisionseingriff erforderlich. In Folge des schweren akuten Krankheitsgeschehens verstarb der Patient.

In einem Fall, so haben die Recherchen ergeben, wurde fälschlicherweise ein Wundhämatom dokumentiert.

Ein Haus hatte in zwei Fällen übercodiert. Hier lagen Hämatome vor, die allerdings konservativ und nicht operativ versorgt werden mussten.

**Letalität**

Die Stellungnahmen für beide Patienten belegen, dass es sich um Einzelfälle handelte.

Die Fachgruppe sieht keinen Anhalt für qualitative Auffälligkeiten.

## Knie-Totalendoprothese (Modul 17/5)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1067

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Reintervention wegen Komplikation	1,29%	1,7%	0-5,8%	≤5,7%

### Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie /Unfallchirurgie für 2005:

In einem Fall wurde von einer Klinik eine Stellungnahme eingeholt, die landesweiten Ergebnisse zu den folgenden übrigen Qualitätsindikatoren wurden von der Fachgruppe als unauffällig gewertet:

- Indikation
- perioperative Antibiotikaprophylaxe
- postoperative Beweglichkeit
- Gehfähigkeit
- Gefäßläsion
- Nervenschaden
- Fraktur
- postoperative Wundinfektion
- Wundhämatome/Nachblutungen
- Letalität

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

### Reinterventionen wegen Komplikationen

In den folgenden Fällen wurde ein Revisionseingriff nötig, wegen:

- Ausräumung eines sturzbedingten Hämatoms,
- Revisions-Operation eines bereits operativ stark vorgeschädigten Gelenkes,
- einer komplizierten und langwierigen Infektsanierung,
- der Amputation eines Oberschenkels nach gravierenden postoperativen Komplikationen, zuletzt eines thromboembolischen Verschlusses sowie
- Hämatomausräumung: In der Abteilung wurde ein Zusammenhang zwischen dem verabreichten Präparat der Thromboseprophylaxe und verstärkter (Nach-)Blutungsneigung vermutet, das Präparat wird in dieser Abteilung mittlerweile nicht mehr verwendet.

Die Fachgruppe sieht keinen Anhalt für qualitative Auffälligkeiten.

## Knie-Totalendoprothesenwechsel (Modul 17/7)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 74

Es ist zu beachten, dass die meisten Häuser in dieser Übersicht eine Fallzahl unter 20 aufweisen!

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation	85,86%	83,8%	66,7-93,3%	≥69%

### Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie /Unfallchirurgie für 2005:

Die landes- und klinikbezogenen Ergebnisse der definierten Qualitätsindikatoren

- perioperative Antibiotikaphylaxe
- Gehfähigkeit
- Gefäßläsion
- Nervenschaden
- Fraktur
- postoperative Wundinfektion
- Wundhämatome/Nachblutungen
- Reintervention
- Letalität

wurden von der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie wurden als unauffällig gewertet.

Lediglich in einer Abteilung wurden die Ergebnisse des Indikators **Indikation** aufgrund der Unterschreitung des Referenzwertes als auffällig erachtet.

Bei diesem Qualitätsmerkmal soll die Indikation möglichst oft anhand der klinischen Symptomatik, röntgenologischer Kriterien oder Entzündungszeichen gestellt werden.

Die angeschriebene Klinik erläutert in ihrer Stellungnahme, dass die Indikationskriterien (Entzündungs-, Lockerungszeichen oder Implantatwanderung) bei den zugrunde liegenden Einzelfällen trotz massiver Beschwerden und Beeinträchtigungen der Patienten unauffällig bzw. nicht messbar waren und sich somit alle drei Fälle über den QS-Bogen nicht haben exakt abbilden lassen.

In einem Fall handelte es sich um einen unkorrekt ausgefüllten Datensatz.

Die Fachgruppe stellt einstimmig fest, dass es sich bei den Abweichungen um nachvollziehbare Einzelfälle ohne einen Anhalt für qualitative Mängel handele.



## Geburtshilfe (16/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: (7560 Geburten), (7719 Kinder)

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Mikroblutuntersuchungen bei Einlingen mit pathologischem CTG	21,83%	40,7%	33,9-52,1%	≥0- ≤51,3%
Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG und sekundärer Sectio caesarea	20,49%	39,3%	30,9%-51,5%	≥0- ≤50,8%
EE-Zeit bei Notfallkaiserschnitt	93,12%	97,5%	100-100% <sup>X)</sup>	≥ 95%
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)	79,02%	83,9%	75%-100%	≥90%
Bestimmung des Nabelarterien pH-Wertes	98,21%	99,1%	98,5-99,7%	≥95%
Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	0,19%	0,2%	0-0,5%	≤0,5%
Kritisches Outcome bei reif Geborenen	0,02%	0%	0%	sentinel event
Dammriss III/IV. Grades bei spontanen Einlingsgeburten (alle)	1,63%	1,5%	0,5 -2,8%	≤3,7%
– ohne Episiotomie	1,02%	0,7%	0-1,3%	Nicht def.
– mit Episiotomie	3,07%	3,4%	1,2%-8,8%	Nicht def.
Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen				
• nach Spontangeburt	0,1%	0,1%	0-0,6%	Nicht def.
• nach vaginal-operativer Entbindung	0,5%	0, %	0-2,1%	Nicht def.
• nach Sectio caesarea	0,25%	0%	0%	≤0,9%
Antenatale Kortikosteroidtherapie (bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter unter 34 +0 Wochen)				
• alle	59,3%	56%	42,4%-75%	Nicht def.
• mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens einem Kalendertag	68,06%	63,1%	48,7%-79,4%	Nicht def.
• mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	70,94%	68,5%	50%-89,3%	≥95%
Mütterliche Todesfälle	0,001%	0,13%	1 Todesfall in einer Klinik	sentinel event

x) Bitte beachten: Spannweiten beziehen sich nur auf die Krankenhäuser > 20 Fälle!

<b>Sectio caesarea (Entbindungen per Kaiserschnitt im Land Bremen)</b>		
Bezogen auf alle Kinder =7.719		
<b>Per Kaiserschnitt entbunden</b> (insgesamt)	<b>1.959</b>	<b>26,5%</b>
<b>Der Kaiserschnitt war geplant</b> (= primäre Sectio caesarea)	<b>875</b>	<b>11,8%</b>
<b>Die Entscheidung zum Kaiserschnitt fiel im Geburtsverlauf</b> (= sekundäre Sectio caesarea)	<b>994</b>	<b>13,4%</b>
<b>Sectio caesarea ohne nähere Angaben</b>	<b>248</b>	<b>3,3%</b>

**Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Geburtshilfe und Neonatologie für 2005:**

**Qualitätsindikator 1: Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG**

Eine Bremer Klinik liegt mit einem Fall oberhalb des (naturgemäß jährlich wechselnden) Bundesperzentilwertes.

Hier hinterfragte die Bremer Fachgruppe kritisch die Sinnhaftigkeit und Definition dieser Obergrenze. Diese wird auch auf der Bundesebene inzwischen in Frage gestellt, von einer Einzelfallanalyse wird abgesehen.

**Zum Qualitätsindikator 4: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen**

wird festgestellt, dass eine stärkere Differenzierung dieses QI wünschenswert sei: Besonders in den frühesten Schwangerschaftsstadien ab 24. Woche sei eine strikte und gut vorbereitete **neonatologische** Präsenz am Entbindungsbett absolut erforderlich. Dies sei zu differenzieren von den späteren Schwangerschaftsstadien (hier bis zur 34./35. Woche), bei der es im Interesse des Geburtsverlaufes in Abhängigkeit des Befindens von Mutter und Kind sinnvoller sein könnte, wenn der Pädiater sich zwar in der Nähe, aber nicht direkt bei der Gebärenden, aufhalten.

Die Fachgruppe empfiehlt daher der Fachgruppe auf Bundesebene einstimmig: Wenn allein das Schwangerschaftsalter als Kriterium für die zwingend erforderliche Anwesenheit unabhängig von anderen Befunden definiert werde, sei als Obergrenze die 31.+6 Wochen (< 32. Woche) anzusehen.

Trotz intensiver Bemühungen waren auch 2005 erneut erhebliche Dokumentationsmängel zu verzeichnen:

Wichtige Qualitätsmerkmale wurden in den Krankenhäusern erfüllt, dies jedoch erneut nicht dokumentiert. Dies führte zu einer intensiven Recherche, die ergab, dass eine flächendeckend eingesetzte Software die betreffenden Felder automatisch (und unzutreffend!) füllte, ohne dass dies vom Datenerfasser erkannt werden konnte. Diese Problematik wurde inzwischen behoben, dies erklärt aber, warum erneut Dokumentationsprobleme auftraten.

Nähere Erläuterungen wurden angefordert:

**Qualitätsindikator 8: Antenatale Kortikosteroidtherapie**

bei drei Kliniken. Diese konnten anhand der Krankenakten feststellen, dass die notwendigen Behandlungen durchgeführt worden waren.

**Qualitätsindikator 4: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen**

Auch hier ergaben sich erneut Dokumentationsprobleme.

Die Stellungnahmen der drei Kliniken, die hier signifikant von dem Referenzwert abwichen, wurden kritisch gewürdigt. Neben den Softwareproblemen handelt es sich um besondere Einzelfälle in späteren Schwangerschaftsstadien oder besonders beschleunigte Geburtsverläufe.

Für beide Indikatoren gelten nach den Definitionen der Bundesebene die wiederholten Dokumentationsmängel als fachliche Auffälligkeit. Da die Ursache hierfür in einer mangelhaften Umsetzung der BQS-Spezifikation durch den Softwareanbieter liegt und dieser eine Änderung inzwischen umgesetzt hat, bleibt festzustellen, dass es sich um nachweislich behobene Qualitätsmängel handelt und kein weiterer Klärungsbedarf besteht.

## Gynäkologische Operationen (Modul 15/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 3362

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Anteil Pat. mit Dauerkatheter über 24 h bei Adnektomie oder Hysterektomie	27,05%	15,4%	6,5-27,4%	≤88,9%
Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen (alle Pat.)	0,36%	0,6%	0-3,7%	≤2,1%
Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen bei Pat. ohne Karzinom, ohne Endometriose und ohne Voroperation im gleichen OP-Gebiet	0,25%	0,8%	0-5%	≤2%
Organverletzungen bei Hysterektomie (alle Patientinnen)	1,43%	2%	0,5-5,2%	≤3,9%
Organverletzungen bei Hysterektomie bei Pat. ohne Karzinom, ohne Endometriose und ohne Voroperation im gleichen OP-Gebiet	0,97%	1,5%	0-5,5%	≤3,5%
Indikation bei Ovaryingriffen (fehlende Histologie)	3,9%	3,5%	0-11 Fälle	0 Fälle
Indikation bei Ovaryingriffen (Pat. mit Follikel- bzw. Corpus-Luteum-Zyste oder Normalbefund)	23,07%	19,4%	5,7-34,8%	≤20%
Fehlende Histologie bei Konisation	2,6%	2,5%	0-6,1%	0 Fälle
Antibiotikaphylaxe bei Hysterektomie	85,81%	83,1%	54,9-100%	≥90%
Indikation bei Hysterektomie	2,34%	2,5%	1,3-5,3%	≤2,5%
Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie	98,4%	96,2%	90,6-100%	=100%

### Aus den Beratungen der Fachgruppe Operative Gynäkologie 2005:

Die Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren „Dauerkatheter“, „Organerhaltung bei Ovaryingriffen“ sowie „Konisation“ wurden von der Fachgruppe operative Gynäkologie als unauffällig gewertet.

Kritisch wird der Referenzwert zur Verweildauer eines transurethralen Dauerkatheters bei Patientinnen mit Adnektomien und Hysterektomien hinterfragt. Anzustreben sei zwar eine möglichst kleine Gruppe von Patientinnen mit einer längeren Katheterverweildauer als 24 Stunden, gleichwohl ist der Referenzwert hier bei ≤88,9% festgelegt. Dieser ungewöhnliche Wert lässt sich dadurch erklären, dass der Referenzwert auf die 95%-Perzentile bezogen ist. Perzentilengestützte Referenzwerte werden von der Bundesfachgruppe zumeist wegen des Fehlens von evidenzbasierten Kriterien für die Definition fester Werte gewählt.

Für Bremen zeigt sich seit Einführung des Indikators eine stetige Verbesserung der Ergebnisse, die mittlerweile weit unterhalb des Referenzwertes liegen. Die Fachgruppe hat in der Vergangenheit hier stets strengere Referenzwerte für das Land Bremen definiert und so auch von Kliniken, die den bundesweiten Referenzwert zwar eingehalten hatten, eine Stellungnahme angefordert.

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

### **Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen**

In folgenden Fällen kam es zu Verletzungen und in Folge zu Blutungen: vorgeschädigte Tube (Tubengravidität), Blutung des Trokareinstichtkanals bei Adnektomie sowie Blutung bei Punktion von Ovarialzysten.

### **Organverletzungen bei Hysterektomie**

Blasen- und Harnleiterverletzungen sowie Gefäßverletzungen traten insbesondere bei Karzinompatientinnen auf.

In einem Fall lag eine Fehlcodierung vor.

Darüber hinaus wurden Blasenverletzungen sowie eine Gefäßverletzung gemeldet.

### **Indikation bei Ovareingriffen (selten Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste als führender histologischer Befund)**

Die angeschriebene Klinik hat sich sehr kritisch mit der Fachgruppenanfrage auseinandergesetzt und stellt in der Nachbetrachtung fest, dass in einigen Fällen die Indikation zur Laparoskopie differenzierter hätte reflektiert werden können, z.B. zugunsten einer Hormontherapie. In anderen Fällen lag eine klare medizinische Indikation für diesen Eingriff vor (z. B. Zystenwachstum, massive Unterbauchschmerzen).

### **Fehlende Histologie bei Ovareingriffen**

In den meisten Fällen handelte es sich um Zysten (z. B. Corpus-Luteum-Zysten oder Follikelzysten), deren Punktate zytologisch oder bakteriologisch untersucht wurden. Einzelfälle wurden falsch codiert. In anderen Fällen wurde die Dokumentation des QS-Bogens bereits vor Eintreffen des Histologiebefundes abgeschlossen.

In zwei Kliniken ist je ein Präparat verloren gegangen. Verstärkte Sicherheitsvorkehrungen wurden eingeleitet.

In einem Haus hatte die allgemeinchirurgische Abteilung bei einigen Frauen gynäkologische Eingriffe durchgeführt, davon lag in etwa einem Drittel der Fälle keine postoperative Histologie vor. Hier handelte es sich zum einen um punktierte Ovarialzysten mit bakteriologischer bzw. zytologischer Untersuchung des Punktates.

Indes wurde auch deutlich, dass der Informationsaustausch zwischen den Fachabteilungen verbesserungsbedürftig und gegenseitige Abstimmungen sowie korrekte Dokumentation (hier: der histologischen Untersuchung) derzeit erschwert sind.

Die Fachgruppe wird die notwendigen Veränderungsprozesse in und zwischen den Abteilungen in den nächsten Jahren kritisch verfolgen.

Nach eingehender Prüfung der Stellungnahme sieht die Fachgruppe keinen Anhalt für qualitative Auffälligkeiten.

Die Fachgruppe stellt einstimmig fest, dass es sich bei den folgenden Abweichungen um nachvollziehbare Einzelfälle ohne einen Anhalt für qualitative Mängel handele:

### **Fehlende postoperative Histologie bei Konisation**

In einem Fall wurde die vorliegende Histologie nicht in den QS-Bogen übertragen, in einem anderen Fall lag ein Dokumentationsfehler vor.

### **Indikation zur Hysterektomie (benigne Histologie, Frauen $\leq 35$ Jahre)**

Schwere anatomische oder krankhafte Veränderungen sowie massive Dysmenorrhöen erforderten trotz des jungen Alters der betroffenen Frauen eine Uterusentfernung.

### **Antibiotikaprohylaxe bei Hysterektomie**

Nach der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) zur perioperativen Antibiotikaprohylaxe ist diese angezeigt, wenn das Risiko einer intraoperativen Infektion durch systemischen Keimeintrag gegeben ist. Dieses Risiko sei grundsätzlich bei bedingt kontaminierten/kontaminierten Eingriffen gegeben.

Dementsprechend hält die Fachgruppe Gynäkologie auf Bundesebene stets eine perioperative Antibiotikaprohylaxe bei Hysterektomien für erforderlich.

Mehrere Bremer Kliniken hatten angegeben, auch unter Hinweis auf wissenschaftliche Literatur, bei abdominalen Hysterektomien nicht grundsätzlich eine Antibiotikaprohylaxe durchzuführen. Aufgrund der bundesweit stark differierenden Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung fand ein intensiver fachlicher Austausch zur Auslegung der Leitlinien statt. Diesem Austausch war zu entnehmen, dass die Einbeziehung aller Hysterektomien unabhängig vom Operationsverfahren von einer breiten Fachöffentlichkeit gefordert wird. Lediglich vereinzelt wird die entsprechende Leitlinie so verstanden, dass diese nicht für Hysterektomien mit abdominalen Zugangsweg gültig sei.

In Reflexion dieses Informationsaustausches hat die Bremer Fachgruppe klar gestellt, sich den Empfehlungen der Bundesebene (DGGG, Bundesfachgruppe) anzuschließen und eine perioperative Antibiotikaprohylaxe generell, also unabhängig vom Zugangsweg, bei Hysterektomien zu fordern.

Eine Klinik hat bereits im Sommer 2006 beschlossen, die Leitlinie umzusetzen, auch die anderen betroffenen Abteilungen prüfen zurzeit ihre Abläufe. Die Fachgruppe wird die Thematik bei den Auswertungen für 2006 mit besonderer Aufmerksamkeit verfolgen

### **Thromboseprohylaxe bei Patientinnen $\geq 40$ Jahre und Hysterektomie**

Hier handelte es sich in allen angemahnten Fällen um Versäumnisse in der korrekten Dokumentation, wie die Nachforschungen ergeben haben.

## Mammachirurgie (Modul 18/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1444

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Postoperatives Präparateröntgen	65,01%	75,7%	41,1-100%	≥95%
Sicherheitsabstand bei BeT	83,19%	93,4%	91,1-97,4%	≥95%
Sicherheitsabstand bei Mastektomie	73,8%	87,3%	76,1-98%	≥95%
Axilladisektion bei DCIS oder papillärem In-situ-Karzinom	15,3%	17,1%	19-22,2%	≤31,3%
Anzahl Lymphknoten	86,26%	85,1%	78,4-90,9%	≥95%
Meldung an Krebsregister	79,2%	85,7%	63,1-99,2%	≥95%

### Aus den Beratungen der Fachgruppe Operative Gynäkologie für 2005:

Als unauffällig wertete die Fachgruppe operative Gynäkologie die Bremer Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren

- entdeckte Malignome bei offenen Biopsien
- Hormonrezeptoranalyse
- Axilladisektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invasivem Mamma-Karzinom
- Brust erhaltende Therapie
- zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und OP-Datum.

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

#### Postoperatives Präparateröntgen

Ein Haus räumte Dokumentationsfehler ein.

In einem anderen Haus werden die Präparate postoperativ oftmals sonografiert und nicht geröntgt, dieses Vorgehen ist allerdings über den QS-Bogen nicht abbildbar. In der Summe wurden aber alle Präparate post-op anhand eines bildgebenden Verfahrens analysiert.

#### Sicherheitsabstand des Pathologen zum Sicherheitsabstand bei BeT und Mastektomie

Bei den angemahnten Auffälligkeiten handelte es sich um Einzelfälle: Im Rahmen einer Vakuumbiopsie wurde der gesamte Tumor entfernt, so dass Angaben zum Sicherheitsabstand nicht mehr möglich waren.

Bei einer weiteren Patientin befand sich der Tumorsitz weit in der Peripherie, daher war keine Nachresektion möglich.

In einem weiteren Fall konnte der Tumor knapp im Gesunden entfernt werden, die Nachresektate waren tumorfrei.

Eine Patientin entwickelte ein axilläres Rezidiv mehrere Jahrzehnte nach dem Primärtumor. Der Sicherheitsabstand (des Primärtumors) konnte hier verständlicherweise nicht mehr notiert werden.

In einem Fall wurde eine sekundäre Axilladisektion durchgeführt. Der stanziobioptische Befund des Tumors war benigne, die endgültige Histologie nach der Operation ergab einen malignen Befund, daher schloss sich eine Axilladisektion als Zweiteingriff an, die aber über den QS-Bogen nicht korrekt abgebildet werden konnte.

In Einzelfällen lagen R0-Resektionen bzw. R1-Resektion mit Nachresektion, in 2 Fällen auch mit sekundärer Ablatio mammae vor.

Zwei Fälle wurden falsch codiert, hier wurde statt axillärer Lymphknotenentfernung eine Ablatio mammae dokumentiert.

In einem Fall waren Thoraxwand und M. pectoralis infiltriert, auch hier konnten keine Angaben zum Sicherheitsabstand gemacht werden.

Das Thema Sicherheitsabstand wird in Bremen seit Einführung der externen Qualitätssicherung in der Fachgruppe intensiv und kritisch verfolgt. So haben verschiedentlich interdisziplinäre Gespräche zwischen der Gynäkologie und Pathologie stattgefunden, darüber hinaus akzeptiert der Lenkungsausschuss Qualitätssicherung Bremen (LQB) gemäß Beschluss vom Oktober 2005 den allgemeinen Hinweis auf Dokumentationsversäumnisse nicht.

#### **Axilladisektion bei DCIS oder papillärem In-situ-Karzinom**

Die angeschriebene Klinik führt aus, gemäß der Richtlinien des Brustzentrums, in Fällen eines DCIS  $\geq$  5 cm oder bei Unsicherheiten bezüglich einer invasiven Komponente, eine Sentinel-Lymphonodektomie durchzuführen.

#### **Anteil von Patientinnen mit Entfernung von weniger als 10 Lymphknoten bei invasivem Mammakarzinom**

Zugunsten einer höheren Lebensqualität wurde in verschiedenen Abteilungen insbesondere bei Frauen mit höherem Lebensalter, einer schlechten Prognose oder Multimorbidität auf eine Axilladisektion verzichtet, hier wurde dann lediglich ein Lymphknoten-Sampling vorgenommen. Darüber hinaus ist es mitunter der ausdrückliche Wunsch der Patientin, eine Axilladisektion zu unterlassen. Diese Fälle können über den QS-Bogen nicht abgebildet werden.

In einzelnen Fällen konnte die genaue Zahl der entnommenen Lymphknoten im Gewebe nicht vollständig ermittelt werden.

Bei einer Patientin lag eine ausgeprägte Axillametastasierung vor, hier war nur noch ein Sampling möglich.

Sofern es sich um Rezidive handelt, kann die Achselhöhle in der Regel nicht mehr ausgeräumt werden, da dies bereits zum Zeitpunkt der Operation des Primärtumors geschehen ist.

Vereinzelt haben die Recherchen der Abteilungen Dokumentationsungenauigkeiten ergeben.

#### **Meldung an epidemiologisches Krebsregister**

Eine angeschriebene Klinik hat ermittelt, dass die Unvollständigkeit der Daten zur Meldung an das epidemiologische Krebsregister auf eine unvollständige Dokumentation zurückzuführen sei. Stets würden alle malignen Erkrankungen gemeldet werden.

Eine andere Klinik verweist auf die Meldepflicht des Pathologen.

Die Fachgruppe operative Gynäkologie bewertet die eingegangenen Stellungnahmen als nachvollziehbar, plausibel und qualitativ nicht auffällig.



## Herzschrittmacher Erstimplantation (Modul 9/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 465

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Systemwahl bei Sinusknotensyndrom	92,74%	92,3%	0-100% (incl. Häuser < 20 Datensätze)	≥90%
Eingriffsdauer (Anteil von Pat. mit Eingriffszeit bis 90 Min. bei DDD)	87,82%	74,1%	50-97,1%	≥55,9%
Anteil von Patienten mit Durchleuchtungszeit bis 9 Min. bei Patienten mit VVI	91,74%	89,7%	33,3-100% (incl. Häuser < 20 Datensätze)	≥75%
Perioperative Komplikationen (chirurgische Komplikationen)	1,58%	1,9%	0-5,3%	≤2%
Perioperative Komplikationen (Vorhofsendendisllokation)	1,39%	2,1%	0-7,7%	≤3%
Perioperative Komplikationen (Ventrikelsendendisllokation)	1,1%	1,1%	0-8,1%	≤3%
Letalität	1,24%	1,5% (7 Fälle)	0-5,3%	sentinel event

### Aus den Beratungen der Fachgruppe Schrittmacher für 2005:

Von der Fachgruppe Schrittmacher wurden die Ergebnisse zu folgenden Qualitätsindikatoren als unauffällig gewertet:

- Indikationsstellung
- Systemwahl
- Eingriffsdauer
- Durchleuchtungszeit
- Intrakardiale Signalamplitude

Die Fachgruppe regt an, zukünftig auch Augenmerk auf einen möglichen Zusammenhang von Sondenprodukt, Lokalisationsort der Sonde und Art und Häufigkeit von Dislokationen zu richten, um so z. B. technische Besonderheiten/Probleme einzelner Produkte frühzeitig erkennen und geeignete Gegenmaßnahmen einleiten zu können.

Um gravierende technische Defekte identifizieren zu können, empfiehlt die Fachgruppe bei schrittmacherabhängigen Patienten, die plötzlich versterben, post mortem das Aggregat technisch zu überprüfen.

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

#### Systemwahl bei Sinusknotensyndrom

In einem Fall wurde nicht korrekt codiert, in einem anderen musste dem schlechten Gesundheitszustand des Patienten Rechnung getragen werden und ein VVR-System eingesetzt werden.

#### Anteil von Patienten mit einer Eingriffsdauer ≥ 60 Minuten bei VVI

Hier musste unter der Operation in einem Fall auf ein anderes System gewechselt werden, nachdem zuvor einige Versuche der regelrechten Sondenplatzierung unternommen worden waren. Es wurden auch organisatorische Gründe reflektiert, die erhöhte Eingriffsdauern erfordert haben können. Die Ergebnisse des Indikators für 2006 wird die Fachgruppe mit besonderer Aufmerksamkeit verfolgen.

### **Anteil von Patienten mit einer Eingriffsdauer $\geq$ 90 Minuten bei DDD**

Anatomische Besonderheiten, krankhafte Veränderungen oder altersbedingte Komorbidität erschweren den Eingriff. Intraoperativ ergaben sich dann oftmals inakzeptable Vermessungswerte, deren Korrektur längere Eingriffszeiten erforderte. In einem Fall beruhte die längere Eingriffsdauer auf einem erschweren Gefäßzugang.

### **Anteil von Patienten mit einer Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei VVI bzw. DDD**

Sowohl anatomische Besonderheiten als auch schwere Grunderkrankungen erschweren die Sondierung, woraus sich in diesen Fällen auch längere Durchleuchtungszeiten ergaben.

### **Anteil von Patienten mit chirurgischen Komplikationen (5,3% der Fälle)**

In den meisten Fällen der chirurgischen Komplikationen handelte es sich um Blutungen oder Hämatome, die in der Regel gut zu therapieren waren. In einzelnen Fällen mussten die Blutungen mit Drainagen versorgt werden.

In einem Fall hatte sich nach dem Eingriff ein bereits bestehender Pneumothorax vergrößert und musste mit einer Pleuradrainage behandelt werden.

In einem anderen Fall musste aufgrund des schlechten Zustandes der üblicherweise gewählten Vene ein anderes Gefäß punktiert werden. In Folge entwickelte sich ein Taschenhämatom im Bereich des Brustmuskels, das sich später gut zurückbildete.

In einem Fall haben die Recherchen eine falsche Codierung ergeben.

### **Vorhofsendendislokation (4,5% bzw. 7,7% der Fälle)**

Die Ursache für die dislozierte Sonde bei einer Patientin konnte nicht abschließend geklärt werden, doch traten nach der Revision der Sonde keine weiteren Probleme auf.

In einem anderen Haus wird eine engere interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Internisten und Chirurgen angestrebt, um einerseits die angesprochenen Fälle rückwirkend zu rekonstruieren, aber um auch vor allem zukünftig eine verbesserte Versorgung sicher zustellen.

Ein Haus führt aus, in den vier Fällen die genaue Ursache der Dislokationen nicht habe ausmachen können. Nach den Revisionen ergab sich dann ein regelrechter Verlauf.

In einer weiteren Klinik wird in der interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen internistischer und chirurgischer Abteilung Verbesserungspotential gesehen. Um eine hochwertige Versorgung auch zukünftig sicherstellen zu können, werden entsprechende Veränderungen angestrebt.

### **Ventrikelsondislokation (in 8,1% der Fälle)**

Die Abteilung verweist darauf, dass zwar im Jahr 2005 drei Fälle von Dislokationen erfolgt sind, die Klinik in den vergangenen Jahren an dieser Stelle aber unauffällig gewesen sei; insbesondere wurden keine Vorhofsendendislokationen gemeldet, so dass das vom Referenzwert abweichende Ergebnis aus diesem Jahr zu relativieren sei.

Ein Haus (5%, 3 Fälle) vermutet, dass das Auftreten dieser Komplikation auch auf personelle Gründe zurückzuführen sein könnte.

### **Anteil verstorbene Patienten**

Für alle verstorbenen Patienten liegen ausführliche Stellungnahmen vor. Ihnen ist zu entnehmen, dass hier nachvollziehbare Einzelfälle vorlagen.

Die Fachgruppe stellt einstimmig fest, dass sich bei den Abweichungen kein Anhalt für qualitative Mängel ergibt.

## Schrittmacher-Aggregatwechsel (Modul 9/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 107

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats AAI oder VVI unter 4 Jahre	2,24%	8,7% (2 Fälle)	0-33,3% (incl. Häuser < 20 Datensätze)	sentinel event
Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats AAI oder VVI über 6 Jahre	86,74%	73,9%	16,7-100% (incl. Häuser < 20 Datensätze)	›=71,1%
Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats VDD oder DDD unter 4 Jahre	2,63%	2,5% (1 Fall)	0-8,3% (incl. Häuser < 20 Datensätze)	sentinel event
Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats VDD oder DDD über 6 Jahre	67,29%	57,5%	0-100% (< 20 Datensätze)	›=43,5%
Laufzeit des Herzschrittmacher-aggregats (alle Pat. mit dokumentierter gültiger Laufzeit)	83,62%	58,9%	34,6-84%	›=90%
Eingriffsdauer ≤60 Min.	95,32%	92,5%	50-96% (incl. Häuser < 20 Datensätze)	›=84,6%

### Aus den Beratungen der Fachgruppe Schrittmacher für 2005:

Die Ergebnisse der folgenden Qualitätsindikatoren

- Laufzeit von VVI
- Laufzeit von AAI
- Laufzeit von VDD
- Laufzeit von DDD
- Eingriffsdauer
- perioperative Komplikationen
- Reizschwellen- und Amplitudenbestimmung

wurden von der Fachgruppe als unauffällig gewertet.

Kritisch diskutiert die Fachgruppe mögliche Zusammenhänge zwischen günstigem Einkauf der Aggregate und kürzeren Laufzeiten (ca. 5 Jahre). Aus medizinischer Sicht sei es nicht nachvollziehbar, dass Produkte mit kurzen Laufzeiten am Markt bestehen können.

Mittlerweile werden Aggregate häufig von niedergelassenen Ärzten oder im Krankenhaus ambulant gewechselt. Somit wird eine Vielzahl von Fällen über das QS-Verfahren nicht abgebildet.

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

#### Anteil von Patienten mit dokumentierter gültiger Laufzeit

Die Unterschreitung des Referenzwertes lässt sich in allen Abteilungen auf Dokumentationsversäumnisse zurückführen.

So haben die Recherchen ergeben, dass in einem Fall die Laufzeit 14 Jahren betrug, in einem anderen Fall 15 Jahre. In einem anderen Haus wurde das Implantationsjahr nicht immer sorgfältig recherchiert und mit „Implantationsjahr unbekannt“ codiert. Hier wird zukünftig gezielt stärker auf eine korrekte Dokumentation geachtet.

Ein anderes Haus führt aus, in einem Fall das Datum der Erstimplantation nicht gekannt zu haben, in den übrigen Fällen lag eine regelrechte Batterieerschöpfung vor.

**Laufzeit des Aggregates AAI, VDD oder DDD oder VVI  $\leq 4$  Jahre und AAI, VDD, VVI oder DDD  $\geq 6$  Jahre**

In diesem Zusammenhang verweist die Klinik auf eine Rückrufaktion eines Schrittmacheraggregates, wodurch sich kurze Laufzeiten ergeben haben.

**Eingriffsdauer  $\geq 60$  Minuten**

In beiden Fällen haben komplizierte Aggregatwechsel zu einer Verzögerung des Eingriffes geführt (Infektion des Aggregates bei Kachexie des Patienten, unüberwindbares Passagehindernis).

Die Fachgruppe Schrittmacher hat die Stellungnahmen der betroffenen Abteilungen kritisch gewürdigt. Anhalt für qualitative Auffälligkeiten wurde nicht festgestellt.

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

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 69

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation zur Revision: Sondenprobleme	7,02%	9,2%	0-13,5%	≤6%
Indikation zur Revision: Infektion	0,68%	0,2%	0-2,2%	≤1%
Perioperative Komplikationen (chirurgischen Komplikationen)	1,79%	1,4%	0-3% (incl. Häuser < 20 Datensätze)	≤2%
Perioperative Komplikationen (Vorhofsendendislokationen)	1,23%	3,7%	0-7,7% (incl. Häuser < 20 Datensätze)	≤3%
Perioperative Komplikationen (Ventrikelsendendislokationen)	1,7%	3,3%	0-6,3% (incl. Häuser < 20 Datensätze)	≤3%

### Aus den Beratungen der Fachgruppe Schrittmacher für 2005:

Die Ergebnisse zu folgenden Indikatoren wurden als unauffällig gewertet:

- Indikation (Systemumwandlungen sowie Schrittmacher-Taschenprobleme)
- Reizschwellenbestimmung bei revidierten Sonden
- Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden
- intrakardiale Signalamplituden bei kardialen Sonden

Im Zusammenhang mit den Auswertungen des Moduls 9/3 wurden folgende methodische Probleme thematisiert:

- Es werden nur jene Patienten dargestellt, die den Erst- und Revisionseingriff in derselben Einrichtung durchführen ließen, Patienten die Erst- und Revisionseingriff in verschiedenen Kliniken vornehmen ließen, werden nicht abgebildet. Dies stellt nach Einschätzung der Fachgruppe eine wesentliche Schwäche des Auswertungskonzeptes dar.
- Das Auswertungskonzept sieht keine Festlegung eines Zeitraumes vor, innerhalb dessen Komplikationen oder Sondenprobleme gezählt werden und einen Revisionseingriff indizieren. Beispielsweise liegt eine Klinik mit ihren Revisionen (bezogen auf die Summe der Implantationen und Aggregatwechsel im Jahr 2005) mit 8,6% oberhalb des Referenzbereiches. Die Revisionen bezogen sich aber fast zur Hälfte auf Schrittmacher, die vor mehr als zehn Jahren implantiert wurden.
- Eine weitere Ungenauigkeit zeigt sich im Zusammenhang mit anderen Bezugsgrößen: Grundlage der Komplikationsratenberechnung bildet das Implantationsvolumen 2005 (Nenner). Zu ihm ins Verhältnis gesetzt werden nun die Anzahl der revisionsbedürftigen Implantationen bzw. Aggregatwechsel aus einem Jahre oder gar Jahrzehnte umfassenden Zeitraum (Zähler).

Belastbare Aussagen und Interpretationen sind insbesondere durch die aufgezeigten methodischen Probleme daher kaum möglich.

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

**Indikation zur Revision**

**a) Sondenprobleme**

Um dieser Komplikation zukünftig gezielter begegnen zu können, wird in einer Klinik eine Verbesserung und Intensivierung des interdisziplinären Austausches zwischen den Abteilungen Innere Medizin und Chirurgie angestrebt.

Sondenprobleme und Dislokationen in 4 Fällen hatten einen Revisionseingriff nötig gemacht.

In einem Fall ergab sich nach kurzer Laufzeit eines neuen Aggregates vermutlich eine kurzzeitige Konnektionsstörung am neuen Generator. In einem weiteren Fall wird ein Sondenbruch vermutet.

Weitere Fälle von Sondendislokationen aus 2005 wurden bereits im Modul 9/1 dargestellt.

**Indikation zur Revision**

**b) Infektion oder Perforation**

Es wurde recherchiert, dass bei einem Patienten mit zunehmender Kachexie das Aggregat aufgrund einer Infektion perforiert war und so eine Revision nötig wurde.

Die Fachgruppe Schrittmacher hat die Stellungnahmen der betroffenen Abteilungen kritisch gewürdigt. Anhalt für qualitative Auffälligkeiten wurde nicht festgestellt.

## Ambulant erworbene Pneumonie (Modul Pneu)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 2164

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
<b>Frühzeitige erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie</b> Alle Patienten	67,33%	64%	8,6%-92,9%	100%
Alle Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	62,27%	63,8%	8,4%-92,9%	Nicht def.
Alle Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	68,85%	70,7%	nur 1 Krankenhaus >20 Datensätze	Nicht def.
<b>Antimikrobielle Therapie</b>	87,81%	84,3%	62,3%-94,1%	≥76,1%
<b>Frühmobilisation</b> Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB 65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind	85,05 %	88,4%	69,4-100%	≥ 67,7%
Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind	72,54 %	75,1%	56,1-88,2%	≥ 51,2%
<b>Verlaufskontrolle CRP</b>	85,14 %	89,7%	76,4-97,8%	≥ 65%
<b>Anpassung Diagnostik/Therapie</b> Patienten der Risikoklasse 2	61,22 %	62,1%	46,2-77,1%	≥ 38,9%
Patienten der Risikoklasse 3	64,82 %	67,9%	kein KH >20 Fälle	Nicht def.
<b>Dauer der maschinellen Beatmung (Median in Stunden)</b>	110	120	kein KH >20 Fälle	Nicht def.
<b>PEEP bei maschineller Beatmung</b>	93,07%	93,0%	kein KH >20 Fälle	=100%
<b>Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien</b>	44,45%	41,5%	2,9-85,8%	=100%
<b>Klinische Stabilitätskriterien</b>	95,80%	97%	90- 100,0%	≥95%
<b>Stationäre Pflegeeinrichtung</b> Selten Entlassung in eine stationäre Pflegeeinrichtung, wenn die Aufnahme nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgte	1,77%	3,1%	0-17,1%	≤5,2%
<b>Krankenhausletalität</b> Alle Patienten	13,72%	15,1%	12,7 -17,9%	≤20,1%
Davon Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65	1,76%	2,4%	0-7,4%	≤5%
Risikoklasse 2 nach CRB-65	12,09%	12,3%	5,8-16,8%	≤18,9%
Risikoklasse 3 nach CRB-65	33,56%	40,3%	24,2-55,6%	≤48,1%

### **Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Pneumonie:**

Die Fachgruppe beriet ausführlich bei diesem neuen Leistungsbereich, inwieweit sich aus den aktuellen Qualitätsindikatoren Anregungen für Verbesserungen der klinischen Abläufe ergeben.

Insbesondere die Referenzwerte von „100 %“ seien jedoch nicht als Maß zur Unterscheidung von guter oder schlechter Behandlungsqualität geeignet. Angesichts der realen Personalsituation und der zwingenden Vorgabe, sich auf medizinisch notwendige Maßnahmen zu beschränken, sei diese Pauschalierung auch im Interesse einer optimalen Patientenversorgung kein sinnvoller Ressourceneinsatz.

Sehr kritisch wurde auch hinterfragt, dass zwingend die Atemfrequenz bei Aufnahme im Krankenhaus im Datensatz angegeben werden muss. Falls diese nicht dokumentiert wurde, kann der Fall nicht für die externe Qualitätssicherung dokumentiert werden.

Zwar wurde die Bedeutung dieses Parameters gewürdigt, gleichwohl stellte die Fachgruppe einstimmig fest:

Eine Routinemessung der Atemfrequenz grundsätzlich bei allen stationären Aufnahmen stelle keinen angemessenen Ressourceneinsatz da. Wesentlich sei die Bedeutung der klinischen Einschätzung, die bei einer deutlichen Tachypnoe (z.B.  $>30$ ) zu einer sofortigen weiteren Diagnostik wie beispielsweise Bestimmung der Sauerstoffsättigung führe. In diesen Fällen werde bei der stationären Aufnahme lediglich die deutliche Tachypnoe dokumentiert, da aus einer exakten Atemfrequenzauszählung kein anderes klinisches Procedere folgen würde.

Es sei unverständlich, dass die Angabe einer Aufnahmeatemfrequenz zum Datensatzabschluss zwingend erforderlich sei. Damit müsse dort entweder eine Zahl eingetragen werden, auch wenn sich diese aus der Dokumentation nicht erschließe – oder der Fall wird nicht für die externe Qualitätssicherung dokumentiert.

Damit ist ein kritischer fachlicher Austausch mit Abteilungen, die auffällig selten eine Aufnahmeatemfrequenz bei Pneumoniepatienten in der Krankenakte dokumentieren, nicht möglich.

Zu den Indikatoren und Ergebnissen wurde festgestellt:

#### **Qualitätsmerkmal erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie**

Qualitätsziel: Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchführen

Eine möglichst frühzeitige Bestimmung sei unbestritten medizinisch sinnvoll und wünschenswert. Jedoch sei eine Bestimmung der Sauerstoffsättigung nicht als Aufnahmeroutine bei allen Patienten erforderlich.

Deswegen stehe vor der ersten Pulsoxymetrie/BGA die entsprechende Verdachtsdiagnose und Anordnung, so dass die Forderung der Fachgruppe auf Bundesebene, „zu 100%“ innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme diese Untersuchung durchzuführen, der Realität nicht gerecht werde. Zudem sei oft die (Verdachts-) Diagnose „Pneumonie“ nicht die Einweisungsdiagnose und es ergäbe sich erst während der stationären Aufnahme in der Differentialdiagnostik der Verdacht auf einen Atemwegsinfekt.

In der Sitzung wurden im kollegialen Gespräch aus mehreren Abteilungen abteilungsinterne Maßnahmen zur Optimierung dargelegt.



Die Bremer Fachgruppe stellte abschließend fest,

der Fachgruppe auf Bundesebene wird empfohlen, den Referenzwert von 100% abzusenken und zu bedenken, dass die Begründung für den Indikator zwar schlüssig die Bedeutung der Bestimmung für das therapeutische Vorgehen bei einer Pneumonie darlege, jedoch nicht das Zeitfenster zwischen der stationären – eventuell nächtlichen – Aufnahme und der Diagnosestellung berücksichtige.

Zu den teilweise sehr niedrigen Werten in Bremer Krankenhäusern wurde nachvollziehbar dargelegt, dass ausreichende Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet wurden.

### **Qualitätsindikator 8: Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien**

Qualitätsziel: Immer vollständige Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung

Alle Bremer Kliniken liegen hier unterhalb des Referenzwertes. Dabei erweist sich bei der kritischen Analyse der geforderten Kriterien, dass die typischen Parameter einer Abschlussuntersuchung wie Herz- und Kreislaufparameter und Angaben zum Allgemeinzustand von 97 bis 100% der Patienten auch als erhoben dokumentiert wurden.

Der Anspruch, am Entlassungstag – respektive zeitnah zur Entlassung – die Sauerstoffsättigung zu erheben, wurde hingegen in weniger als 50% der Fälle erfüllt.

Hierzu wird seitens der Fachgruppe einhellig festgestellt, dass eine Entlassung entsprechend dem Heilungsverlauf und den klinischen Befunden geplant werde. Eine Notwendigkeit, die Sauerstoffsättigung zum Entlassungszeitpunkt noch einmal abschließend zu bestimmen, sei abhängig von der klinischen Einschätzung und nicht in jedem Fall zwingend sinnvoll.

Die Bremer Ergebnisse entsprechen bei dieser Auswertung den bundesweiten Ergebnissen. Denn die fachliche Einschätzung, dass nach einem unauffälligen Befund zum Zeitpunkt der Entlassungsplanung eine Abschlussuntersuchung nicht zwingend erforderlich ist, wird von allen Experten – auch der Fachgruppe auf Bundesebene – geteilt.

Die Fachgruppe auf der Bundesebene sieht dementsprechend das Kriterium als erfüllt an. Die dokumentierenden Ärztinnen und Ärzte hatten jedoch im Bemühen um eine ehrliche Dokumentation hier „nicht erfüllt“ angegeben, sofern keine direkte zeitliche Nähe zwischen Untersuchung und Entlassung lag.

Hier ist also die Beachtung der Ausfüllhinweise bei der Dokumentation von besonderer Bedeutung.

Nähere Erläuterungen wurden angefordert:

### **Qualitätsindikator 2: Antimikrobielle Therapie**

Qualitätsziel: Häufig antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme

Auch bei diesem Indikator ist das Zeitfenster zwischen Diagnosestellung und Einleitung der Therapie zu bedenken sowie das Patientenspektrum wie beispielsweise ein hoher Anteil von präfinal stationär aufgenommenen Patienten.

Bei drei Abteilungen, die unterhalb des Referenzwertes von 76,1% liegen, wurden nähere Informationen angefordert und kritisch gewürdigt. Dabei wurde deutlich, dass teilweise hausintern bereits Veränderungen eingeleitet wurden.

Die Fachgruppe wird die Ergebnisse bei diesem Indikator auch im Longitudinalvergleich 2005/2006 weiter aufmerksam beobachten.

### **Qualitätsindikator 10: Stationäre Pflegeeinrichtung**

Qualitätsziel: Selten Entlassung in eine stationäre Pflegeeinrichtung, wenn die Aufnahme nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgte

Grundsätzlich wird festgestellt, dass die Überleitung von Patienten – beispielsweise in eine stationäre Kurzzeitpflege – auch ein Zeichen für eine engagierte Nachsorge sein könne, oft im besonderen Patienteninteresse liege und eventuell einen verkürzten Krankenhausaufenthalt ermögliche.

Die Abteilung mit dem numerisch auffälligen Ergebnis von 17,1% ist um nähere Informationen gebeten werden. Die Abteilung führte aus, dass durch die regionale Lage in einem Stadtteil mit vielen älteren Menschen mit hoher Komorbidität auch aus Fürsorgepflicht übergangsweise eine Pflegeeinrichtung für die weitere Versorgung bei einer noch nicht gänzlich abgeheilten Pneumonie nach Abschluss der intravenösen Therapie und nach Remobilisation häufig erforderlich sei.

Auch bei diesem Parameter ist eine vergleichende Beratung der Ergebnisse 2005 und 2006 vorgesehen.

## Pflege: Dekubitusprophylaxe bei hüftgelenknaher Femurfraktur

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1135

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
<b>Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die ohne Dek. aufgenommen wurden</b>				
• Pat. mit Dek. $\geq$ Grad 2 bei Entlassung	2,3%	1,3%	0-4,8%	$\leq$ 6,3%
• Pat. mit Dek. bei Entlassung	3,43%	2,1%	0-7,2%	$\leq$ 8,8%
<b>Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die mit Dek. aufgenommen wurden</b>				
• Pat. ohne Dek. bei Entlassung	17,87%	17,6%	0-100%*)	nicht def.
<b>Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4</b>	0,03%	0		sentinel event

\*) entfällt

## Pflege: Dekubitusprophylaxe bei Hüft-TEP-Erstimplantation

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1361

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
<b>Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die ohne Dek. aufgenommen wurden</b>				
• Pat. mit Dek. $\geq$ Grad 2 bei Entlassung	0,56%	0,8%	0-1,9%	nicht def.
• Pat. mit Dek. bei Entlassung	0,8%	1,2%	0-2,8%	nicht def.
<b>Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die mit Dek. aufgenommen wurden</b>				
• Pat. ohne Dek. bei Entlassung	29,11%	25%	0-50%*)	nicht def.
<b>Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4</b>	0,01%	0%		sentinel event

\*) entfällt

## Pflege: Dekubitusprophylaxe bei Hüft-TEP-Wechsel

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 143

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
<b>Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die ohne Dek. aufgenommen wurden</b>				
• Pat. mit Dek. $\geq$ Grad 2 bei Entlassung	1,32%	1,4%	0-7,7%	nicht def.
• Pat. mit Dek. bei Entlassung	1,84%	2,2%	0-7,7%	nicht def.
<b>Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die mit Dek. aufgenommen wurden</b>				
• Pat. ohne Dek. bei Entlassung	30,53%	25%	0-100%*)	nicht def.
<b>Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4</b>	0,04%	0%		sentinel event

\*) entfällt

## Pflege: Dekubitusprophylaxe bei Knie-TEP

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1067

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
<b>Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die ohne Dek. aufgenommen wurden</b>				
• Pat. mit Dek. $\geq$ Grad 2 bei Entlassung	0,47%	0,8%	0-1,9%	nicht def.
• Pat. mit Dek. bei Entlassung	0,69%	1,1%	0-2,8%	nicht def.
<b>Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die mit Dek. aufgenommen wurden</b>				
• Pat. ohne Dek. bei Entlassung	39,81%	50%	0-100%*)	nicht def.
<b>Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4</b>	0	0		sentinel event

\*) entfällt

## Pflege: Dekubitusprophylaxe bei Knie-TEP-Wechsel

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 74

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
<b>Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die ohne Dek. aufgenommen wurden</b>				
• Pat. mit Dek. $\geq$ Grad 2 bei Entlassung	0,59%	0%		nicht def.
• Pat. mit Dek. bei Entlassung	0,77%	0%		nicht def.
<b>Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die mit Dek. aufgenommen wurden</b>				
• Pat. ohne Dek. bei Entlassung	30,77%	0%		nicht def.
<b>Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4</b>	0,01%	0%		sentinel event

## Pflege: Dekubitusprophylaxe bei orthopädisch-unfallchirurgischen Eingriffen

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 3780

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
<b>Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die ohne Dek. aufgenommen wurden</b>				
• Pat. mit Dek. $\geq$ Grad 2 bei Entlassung	0,99%	1%	0-3,5%	nicht def.
• Pat. mit Dek. bei Entlassung	1,45%	1,5%	0-5,3%	nicht def.
<b>Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die mit Dek. aufgenommen wurden</b>				
• Pat. ohne Dek. bei Entlassung	21,25%	22,9%	0-50%*)	nicht def.
<b>Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4</b>	0,01%	0%		sentinel event

\*) entfällt

### **Aus den Beratungen der Fachgruppe Pflege für 2005:**

Nach intensiver Erörterung der Ergebnisse und der Datenvalidität beschlossen die Fachgruppenmitglieder in ihren Abteilungen stichpunktartig die Dokumentationsqualität prüfen. Zudem sollen weitere prozessrelevante Faktoren und Abläufe auf Fehlerquellen oder Verbesserungspotential untersucht werden, z. B. Schnittstellen zwischen Ärzten und Pflegepersonal; wer ist mit Dateneingabe betraut; Übermittlungsfehler; Gradeinteilung u. V. m.

Nach Ansicht der Fachgruppe sind in der Praxis sicherlich Unschärfen in der Bewertung der Gradeinteilung von Dekubitalgeschwüren gegeben, so dass an einigen Stellen vermutlich die Validität der den Auswertungen zu Grunde liegenden Daten kritisch betrachtet werden sollte.

Da in den Teildatensätzen Pflege für Bremen keine qualitativen Auffälligkeiten vorlagen, wurde auf das Einholen von Stellungnahmen verzichtet.

## Anhang

## Grundlagen der verpflichtenden externen vergleichenden Qualitätssicherung

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.

Die Entwürfe der aktuellen Gesundheitsreform sehen eine Novellierung der Strukturen der externen Qualitätssicherung vor. Zu Redaktionsschluss (Januar 2007) lagen noch keine Beschlüsse 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. 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.
- Umfangreiche Berichterstattung an den G-BA nach bundesweit geltenden Vorgaben
- Berichterstattung an den LQB
- Durchführung von Maßnahmen zur Datenvalidierung sowie
- Begleitung und Durchführung lokaler Projekte

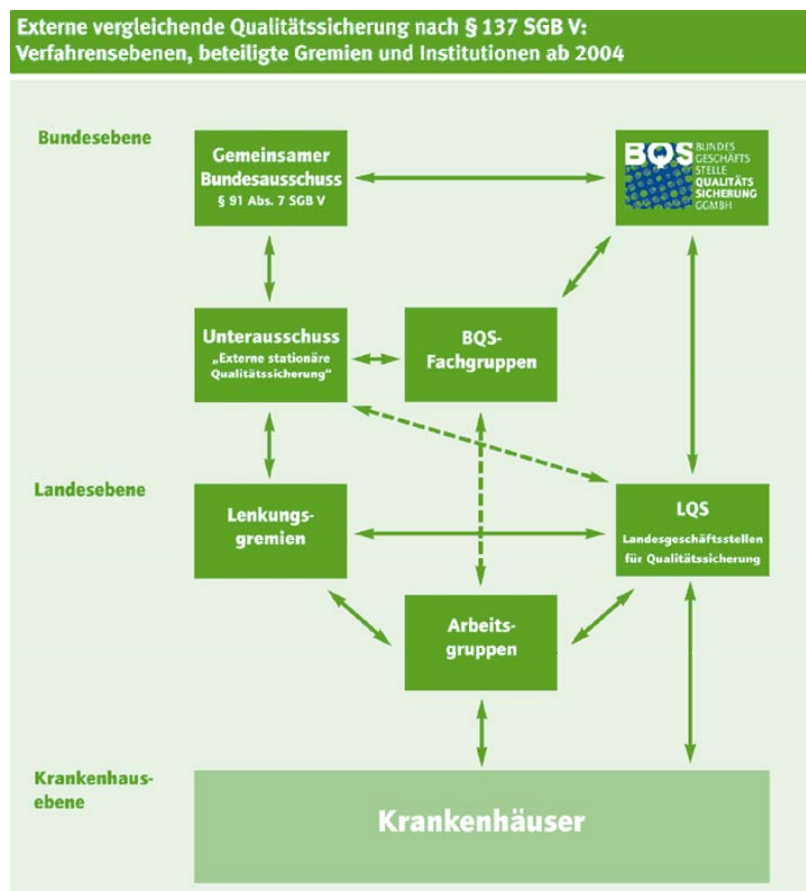


## Zu den bundesweiten Strukturen:

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. 2006/2007 sind die Landesgeschäftsstellen Brandenburg und Bremen als Gäste im Unterausschuss vertreten.

## Gemeinsamer Bundesausschuss

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde seit 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 2004

Modul	Klinikum Bremen-Mitte	Klinikum Bremen-Ost	Klinikum Bremen-Nord	Klinikum LdW	DIAKO	St.-Joseph-Stift	RKK	Roland-klinik	Paracelsusklinik	Klinikum Reinkenheide	KH Am Bürgerpark	St.-Joseph-Hospital	Gesamt
	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll
9/1	29/32 (88%)	46/49 (94%)	38/38 (100%)	156/162 (96%)	14/14 (100%)	42/42 (100%)	25/25 (100%)			55/55 (100%)	49/50 (98%)	11/11 (100%)	465/478 (97%)
9/2	5/5 (100%)	6/6 (100%)	8/8 (100%)	52/24 (100%)		25/24 (100%)	2/2 (100%)			2/1 (100%)	4/3 (100%)	3/3 (100%)	107/76 (100%)
9/3	5/6 (83%)	7/7 (100%)	5/5 (100%)	33/80 (41%)		9/12 (75%)	3/4 (75%)			2/3 (66%)	5/7 (71%)	0/2 (0%)	69/126 (55%)
10/2	52/55 (94%)	0/1 (0%)	87/86 (100%)	45/45 (100%)	2/2 (100%)		115/117 (98%)			7/9 (78%)		17/26 (65%)	325/341 (95%)
12/1	193/204 (95%)	187/187 (100%)	229/226 (100%)	206/205 (100%)	248/243 (100%)	216/212 (100%)	136/137 (99%)			232/212 (100%)	252/250 (100%)	147/142 (100%)	2046/2018 (100%)
15/1	428/496 (86%)		409/401 (100%)	401/388 (100%)	910/883 (100%)	586/575 (100%)	0/3 (0%)			443/440 (100%)	1/0	184/190 (97%)	3362/3376 (99%)
16/1	1408/1480 (95%)		1297/1302 (99%)	1575/1604 (98%)	637/647 (98%)	1195/1236 (97%)				743/752 (99%)		705/708 (99%)	7560/7729 (98%)
17/1	130/132 (98%)	133/131 (100%)	165/160 (100%)	100/96 (100%)	94/88 (100%)	133/124 (100%)	100/102 (98%)	6/11 (55%)		98/95 (100%)	83/81 (100%)	93/84 (100%)	1135/1104 (100%)
17/2	131/131 (100%)	30/28 (100%)	123/123 (100%)	20/20 (100%)	366/363 (100%)		120/121 (99%)	364/356 (100%)	111/116 (96%)	72/68 (100%)	23/23 (100%)	1/5 (20%)	1361/1354 (100%)
17/3	21/22 (95%)	13/12 (100%)	10/10 (100%)	1/1 (100%)	33/35 (94%)	1/3 (33%)	13/15 (87%)	35/36 (97%)	3/3 (100%)	13/12 (100%)			143/149 (96%)
17/5	121/122 (99%)		104/104 (100%)		229/218 (100%)		133/135 (98%)	180/175 (100%)	205/215 (96%)	88/86 (100%)	7/7 (100%)		1067/1062 (100%)
17/7	1/1 (100%)		12/10 (100%)		26/23 (100%)		15/15 (100%)	14/15 (93%)	4/5 (80%)	2/2 (100%)			74/71 (100%)
18/1	254/292 (87%)		155/138 (100%)	131/128 (100%)	244/235 (100%)	297/262 (100%)	0/1 (0%)			309/295 (100%)		54/57 (95%)	1444/1408 (100%)
21/3	0/44 (0%)		1/1 (100%)	4110/4030 (100%)	1/2 (50%)					576/564 (100%)	119/120 (99%)	0/4 (0%)	4807/4765 (100%)
Pneu	189/257 (73%)	275/281 (98%)	271/266 (100%)	140/142 (99%)	240/252 (95%)	164/174 (94%)	244/259 (94%)			134/138 (97%)	240/247 (97%)	267/267 (100%)	2164/2283 (95%)
MDS				46			2						48
Σ	2967/3279 (90%)	697/702 (99%)	2914/2878 (100%)	7016/6925 (100%)	3044/3005 (100%)	2668/2664 (100%)	908/936 (97%)	599/593 (100%)	323/339 (95%)	2776/2732 (100%)	783/788 (99%)	1482/1499 (99%)	26177/26340 (99%)

