

Externe Qualitätssicherung der Krankenhäuser im Land Bremen

2006

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 8.30-13.30
sowie montag- und mittwochnachmittags besetzt

Mitarbeiterinnen:

Barbara Feder

Ärztin - Ärztliches Qualitätsmanagement; Psychotherapeutin

Leiterin Qualitätsbüro

Ulrike Lehr M.A.

Gesundheitswissenschaftlerin MPH, Sozialwissenschaftlerin, Krankenschwester

Wir danken Frau Elisa Frömmel, die als Praktikantin im Rahmen des Bremer Studienganges „Public Health“ an der Universität Bremen auch an der Erstellung dieses Berichtes sehr engagiert mitgewirkt hat.

Inhalt	Seite
Einführung.....	5
Lenkungsausschuss Bremen	7
Fachgruppen in Bremen.....	9
 Berichte zu den Modulen aus den Fachgruppen	
Hinweise zu den Auswertungen	11
Begriffe, Abkürzungen, Anmerkungen	11
 Chirurgie	
Carotisrekonstruktion.....	14
Cholezystektomie.....	16
 Orthopädie/Unfallchirurgie	
Hüftgelenknahe Femurfraktur: Schenkelhalsfraktur.....	18
Hüftgelenknahe Femurfraktur: Pertrochantäre Fraktur	19
TEP bei Coxarthrose.....	20
Hüft-TEP-Wechsel und -Komponentenwechsel	21
Knie-TEP.....	22
Knie-TEP-Wechsel.....	22
 Geburtshilfe und Neonatologie	
Geburtshilfe	23
 Operative Gynäkologie	
Gynäkologische Operationen.....	26
Mammachirurgie	27
 Herzschrittmacher	
Herzschrittmachererstimplantation	29
Herzschrittmacheraggregatwechsel	31
Herzschrittmacherexplantation/-revision	32
 Kardiologie	
Koronarangiographie und perkutane Koronarintervention (PCI)	33
 Pneumonie	
Ambulant erworbene Pneumonie.....	34
 Pflege	
Dekubitusprophylaxe der orthopädisch-unfallchirurgischen Module	37
 Anhang	
Ergebnisse ausgewählter Qualitätsindikatoren im Longitudinalvergleich.....	I
Bewertung von Dokumentationsmängeln.....	II
Beteiligung der Kliniken an der externen Qualitätssicherung in Bremen.....	III
Grundlagen der verpflichtenden externen vergleichenden Qualitätssicherung	IV

Einführung

In diesem Jahr legen wir den fünften Bericht über die verpflichtende externe Qualitätssicherung im Land Bremen vor. In der Terminologie und Zusammenfassung der Ergebnisse richtet er sich wie stets 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.

Fünf Jahre externe Qualitätssicherung im Lande Bremen

Erstmals sind auch in diesem Bericht einige Grafiken veröffentlicht, die beispielhaft die positive Entwicklung im Jahresvergleich bei einigen auch bundesweit beachteten Indikatoren darstellen.

Schwieriger darzustellen sind der Kulturwandel in den Krankenhäusern und die positiven Auswirkungen der externen Qualitätssicherung auf die Behandlungsabläufe. Die externe Qualitätssicherung mit dem regelmäßigen fachlichen Austausch zwischen den leistungserbringenden Krankenhausabteilungen des Landes Bremen im Spiegel bundesweiter Referenzwerte ist hier inzwischen fest etabliert.

Auf unsere Umfrage bei unseren Ansprechpartnern in den Krankenhäusern und bei den Mitgliedern der Bremer Fachgruppen im November 2007 erhielten wir viele positive Rückmeldungen. Zwar können die Antworten nicht als repräsentativ angesehen werden. Erfreulicherweise wurde jedoch sehr häufig mitgeteilt, dass – angeregt durch die externe Qualitätssicherung – Abläufe und/oder medizinische Maßnahmen verbessert wurden und vor allem der fachliche Austausch in den Fachgruppen als sehr befruchtend eingeschätzt wird.

Wir danken allen, die uns ihre Erfahrungen teils sehr ausführlich übermittelt haben und werden die Anregungen gern aufgreifen.

Dokumentationsqualität

Ein Dauerthema – sowohl in Bremen als auch bundesweit. Der Lenkungsausschuss Qualitätssicherung Bremen (LQB) hat nunmehr entschieden, dass im Lande Bremen zukünftig eine abschließende Bewertung als „unauffällig“ unzulässig ist, wenn die Qualitätssicherungsdaten einer Klinik nicht die Behandlungsqualität abbilden. Der genaue Beschlusstext ist im Anhang beige-fügt.

Bremer Fachgruppe Anästhesiologie

Auch anästhesiologische Fachkompetenz wird zukünftig in die Auswertungsberatungen im Lande Bremen einbezogen werden. Der LQB hat die Einrichtung einer Fachgruppe beschlossen, die Konstituierung ist für die erste Jahreshälfte 2008 geplant.

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

Unter 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 2008

Lenkungsausschuss Qualitätssicherung Bremen

Vorsitz: Frau Irmgard Danne (seit Oktober 2007)
Stellvertr. Vorsitzende: Frau Cornelia Plötz

Vorsitz: Herr Olaf Woggan (bis Oktober 2007)
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: n.n.

VdAK-/AEV Landesverband-Bremen

Herr Ralf-Peter Bahlo
Vertretung: Herr Karl Nagel

Krankenhausgesellschaft Bremen e. V.

Herr Jürgen Scholz
Herr Dr. G. W. Kirchgesser
Vertretung: Herr Uwe Zimmer; Herr PD Dr. Uwe Neubauer

Ärztammer 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
Stellvertreterin: Frau Dr. Jarchau, St.-Joseph-Hospital

Operative Gynäkologie

Vorsitz: Herr Dr. Menke, Klinikum Bremen-Mitte
Stellvertreterin: Frau Todt, Klinikum Links der Weser

Orthopädie/Unfallchirurgie

Vorsitz: Herr PD Dr. Neudeck, Klinikum Bremen-Nord
Stellvertreterin: Frau Wihtol, Rolandklinik

Pflege

Vorsitz: Frau Plötz, Rotes-Kreuz-Krankenhaus
Stellvertreterin: Frau Ihlenfeldt, Klinikum Bremen-Nord

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 2006 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 einem 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.

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 Zellen, 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.

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.

Wenn bei einzelnen Qualitätsindikatoren Kliniken weniger als 20 Patienten mit den entsprechenden Merkmalskombinationen behandelt hatten, gestaltet sich die Bewertung der Ergebnisse schwierig.

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: 285

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikationsstellung				
• bei asymptomatischer Stenose, Anteil an Patienten mit einer Stenose $\geq 60\%$	91,43%	88,4%	78-89,5%	$\geq 80\%$
• bei symptomatischer Stenose, Anteil an Patienten mit einer Stenose $\geq 50\%$	96,37%	100%	100-100%	$\geq 90\%$
Perioperative Schlaganfälle oder Todesfälle (= QI 3-6)				
• bei asymptomatischer Stenose (Stenose $\geq 60\%$) ohne kontralateralen Verschluss oder kontralaterale Stenose $\geq 75\%$	1,35%	2,2%	0-3,2%	$< 3\%$
• bei asymptomatischer Stenose (Stenose $\geq 60\%$) mit kontralateralem Verschluss oder kontralaterale Stenose $\geq 75\%$	2,23%	5,9%	*)	$< 5\%$
• bei symptomatischer Stenose mit Stenosegrad $\geq 70\%$	3,23%	0,8%	0-2,9%	$< 6\%$
• bei symptomatischer Stenose mit Stenosegrad von 50-69%	3,1%	0%	0-0%	$< 6\%$
Anteil an Patienten mit schweren Schlaganfällen oder Tod	1,54%	1,8%	0-4%	Nicht def.

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

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Chirurgie für 2006:

Die Berechnung der Komplikationsraten bezieht sich durch die detaillierte Aufteilung auf die verschiedenen Untergruppen stets auf sehr kleine Fallzahlen.

Im Vorjahr hatte die Bremer Fachgruppe deswegen empfohlen, bei der Berechnung der Komplikationsraten der Qualitätsindikatoren 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. $< 6\%$). Zu diesem Vorschlag der Bremer Fachgruppe an die Bundesebene, zukünftig im Leistungsbereich Gefäßchirurgie über die Unterscheidung zwischen symptomatischen und asymptomatischen Patienten hinaus keine weiteren Subgruppen zu bilden, liegt inzwischen die abschlägige Antwort der BQS-Fachgruppe vor.

In dieser Antwort wird jedoch nicht berücksichtigt, dass gemäß der gültigen QS-Vereinbarung bei jeder Referenzwertabweichung auch in den Subgruppen ein strukturierter Dialog eingeleitet werden muss und der Verzicht zu begründen ist. Zudem lässt sich ein Erkenntnisgewinn für die hausinterne Reflexion aus der Subgruppenunterteilung nach der Einschätzung der Bremer Fachgruppe nicht ableiten. Hier wird die Bremer Fachgruppe sich weiter intensiv in den fachlichen Austausch einbringen.

Für die Bremer Beratungen wurden die Indikatoren gemäß dem Vorjahresbeschluss zusammengeführt.

Nähere Erläuterungen wurden angefordert:

Bei einer Zusammenführung der Indikatoren zur „asymptomatischen Karotisstenose“ überschreiten zwei Kliniken den Referenzwert zum Qualitätsziel „möglichst geringe Zahl an perioperativen Schlaganfällen oder Todesfällen“ (Qualitätsindikatoren 3 und 4)

Aus beiden Kliniken lagen zu den jeweiligen Fällen ausführliche Informationen vor, die auch im kollegialen Gespräch erörtert wurden. Es wurde einstimmig festgestellt, dass kein Anhalt für Qualitätsmängel vorliegt.

Bei diesen Fallanalysen fand auch ein fachlicher Austausch zu der präoperativ erforderlichen bildgebenden Diagnostik statt – gerade auch um schwierige anatomische Verhältnisse zu antizipieren.

In einigen Abteilungen gehört die CT-Angiographie zur Op-Vorbereitung, bei anderen ist die Duplexsonographie die Standardmethode zur präoperativen Abklärung.

Qualitätsindikator 1: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose

Qualitätsziel: Nur Stenosen operieren mit einem Stenosegrad $\geq 60\%$ (NAS CET) bei asymptomatischer Karotisstenose

Eine Abteilung unterschreitet rechnerisch den Referenzwert zu diesem veröffentlichungspflichtigen Indikator, jedoch um weniger als einen Einzelfall.

Die Fachgruppe stellt fest, dass keine weitere Abklärung erforderlich ist und dieses Ergebnis als unauffällig zu bewerten ist.

Cholezystektomie (Modul 12/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1874

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Anteil an Patienten mit fraglicher Indikation	1,57%	0,9%	0-2,5%	≤5%
Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	95,6%	95,2%	71,4-100%	100%
Erhebung eines histologischen Befundes	98,88%	99,7%	98,2-100%	100%
Eingriffsspezifische Komplikationen Pat. mit mind. einer Komplikation	2,76%	2,2%	0-4,5%	≤7%
Anteil von Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC	0,14%	0,1%	0-0,6%	sentinel event
Postoperative Wundinfektionen alle Patienten	1,51%	1,3%	0-3,3%	Nicht def.
• risikoadjustiert (Anteil an Patienten der Risikoklasse o)	0,67%	0,5%	0-1,5%	≤2%
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen				
• alle Patienten	3,32%	2,8%	0-6,3%	≤8,9%
• laparoskopisch	2,43%	2,2%	0-6,8%	≤7,1%
• offen-chirurgisch	13,09%	9,4%	2,9-6,9%	≤29,2%
Reinterventionsrate	1,11%	1,3%	0-2,6%	≤1,5%
Letalität	0,35%	0,2%	0-1,2%	Sentinel event

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Chirurgie für 2006:

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase

Zwei Abteilungen weisen hier Referenzwertunterschreitungen auf. Aus beiden Häusern liegen Stellungnahmen vor. Wie bereits im Vorjahr wird als Fachkonsens deutlich:

- Zumeist ist eine präoperative ERCP sinnvoll, aber in besonderen Konstellationen kann eine intraoperative Cholangiografie zweckmäßiger sein.
- Wichtig ist eine präoperative – beispielsweise sonografische – Abklärung.

Fälschlicherweise wurden sonografische Abklärungen nicht als präoperative Diagnostik dokumentiert. Die Fachgruppe stellte einstimmig fest, dass die Ergebnisse qualitativ unauffällig sind und es sich noch um Dokumentationsmängel in Einzelfällen gehandelt hatte.

Immer Erhebung eines histologischen Befundes

Drei Häuser unterschritten den Referenzwert um jeweils einen Einzelfall. In einem weiteren Haus liegt jedoch eine signifikante Referenzwertunterschreitung vor. Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass es sich um ein Dokumentationsproblem handelt.

Die Fachgruppe stellt einstimmig fest, dass kein Anhalt für qualitative Mängel vorliegt. Da bereits im Vorjahr in dieser Abteilung bei diesem Indikator Dokumentationsmängel vorlagen, ist jedoch dieser wiederholte Dokumentationsmangel gemäß der Vorgaben als auffällig einzustufen.

Eingriffsspezifische Komplikationen (Okklusion oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus)

Dieses sentinel event ist in zwei Häusern aufgetreten. Aus beiden Kliniken liegen Stellungnahmen vor, die auch im kollegialen Gespräch erörtert wurden. Es wurde abschließend festgestellt, dass kein Anhalt für eine qualitative Auffälligkeit zu erkennen ist.

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

Von zwei Kliniken, die den Referenzwert um mehr als einen Einzelfall überschritten, liegen Stellungnahmen vor. Die Fachgruppe stellte einstimmig fest, dass diese als qualitativ unauffällig zu bewerten sind.

Todesfälle (Anteil von verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse ASA 1 bis 3)

Todesfälle bei Cholezystektomien gelten als sentinel event. Dementsprechend liegen von allen drei betroffenen Abteilungen schriftliche Stellungnahmen vor, die auch im kollegialen Gespräch ausführlich beraten werden.

Zu einem Haus stellt die Fachgruppe einstimmig fest, dass es sich um einen schicksalhaft verlaufenen, nachvollziehbar und schlüssig dargelegten Einzelfall handelt.

Zu den beiden anderen Häusern wird in der Beratung deutlich, dass es sich um Dokumentationsprobleme handelt. In beiden Häusern verstarben schwerkranke Patienten, für die eine unzureichende ASA-Klassifikation codiert wurde. Bei korrekter ASA-Einstufung wären diese Patienten nicht in diesem Qualitätsindikator ausgewiesen worden.

Die ASA-Klassifikation stellt in vielen Bereichen ein wichtiges Kriterium dar, so dass hier hausintern dringend auf die Verbesserung der Dokumentationsqualität hingewirkt werden muss. Bei einem Haus handelt es sich um einen wiederholten Dokumentationsmangel, da exakt dieselbe Problematik bereits im Vorjahr angemahnt wurde.

Das Qualitätsbüro wird die Problematik der korrekten ASA-Klassifikation mit besonderer Aufmerksamkeit begleiten und im Jahr 2008 in die neu zu gründende Fachgruppe Anästhesiologie in die Beratung einbringen.

Hüftgelenknahe Femurfraktur (Modul 17/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1159

I) Schenkelhalsfraktur

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Präoperative Verweildauer >48 h	16%	9,5%	1,7-17,5%	≤15%
Implantatfehl- lage, Dislokation oder Fraktur	1,01%	1,0%	0-3,4%	≤2%
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	96,9%	99,3%	97,3-100,0%	≥95%
Postoperative Wundinfektion	2,11%	1,0%	0-4,3%	≤5%
Reinterventionen wegen Kom- plikationen	4,59%	4,7%	0-17,4%	≤12%

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie /Unfallchirurgie für 2006:

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Präoperative Verweildauer (Anteil von Pat. mit Operation nach >=48 h nach Aufnahme an allen Pat.)
- Implantatfehl-
lage, Implantatdislokation oder Fraktur
- Reinterventionen wegen Komplikationen

Drei Kliniken hatten den Referenzwert zum Indikator „präoperative Verweildauer“ überschritten. In den angeforderten Stellungnahmen wird dargelegt, dass die Patienten mit verzögertem Operationszeitpunkt aufgrund ihrer schweren Allgemeinerkrankungen zunächst internistisch behandelt werden mussten.

Die Raten der Luxationen wie auch der Gefäß- und Nervenschäden der Bremer Kliniken werden von der Fachgruppe als eher niedrig eingeschätzt – ebenso wie der Bundesdurchschnitt.

Die Fachgruppe verweist auf eine Besonderheit von Duokopfprothesen: Luxationen können hier schwerer erkennbar sein als bei Totalendoprothesen (TEP).

Im Indikator „allgemeine Komplikationen“ werden neben Thrombosen, Pneumonien oder kardiovaskulären Komplikationen auch „sonstige Komplikationen“ ausgewertet. Der Anteil dieser Kategorie beträgt 6,3% und ist im Vergleich zu den übrigen Komplikationsanlässen (insgesamt 7,3%) verhältnismäßig hoch. Auch ist aus der Auswertung nicht ersichtlich, welche Komplikationen in dieser Gruppe erfasst sind. Nach Einschätzung der Fachgruppe würde eine genaue Übersicht der eingeschlossenen Krankheitsbilder und Symptome die Beurteilung dieser Kategorie erleichtern.

Zum Indikator „Letalität“ wird thematisiert, dass Schenkelhalsfrakturen von jüngeren Patienten vorwiegend osteosynthetisch versorgt werden, bei Patienten >65 Jahre hingegen wird eher eine TEP implantiert. Aufgrund der oftmals vorhandenen Begleiterkrankungen unterliegen die Patienten mit dem höheren Lebensalter in der Regel einem höheren Operationsrisiko.

Dementsprechend sind bei diesem Indikator Korrelationen zwischen Alter, Operationsverfahren und Letalitätsrate insofern zu vermuten, als in der Gruppe der jüngeren Patienten (eher Osteosynthese) eine niedrigere Letalitätsrate als in der Gruppe der älteren Patienten (eher TEP) durch die unterschiedlichen hohen Operationsrisiken zu erwarten ist.

Insgesamt hat sich in diesem Leistungsbereich kein Anhalt für qualitative Auffälligkeiten ergeben.

II) Pertrochantäre Fraktur

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Präoperative Verweildauer >48 h	8,27%	4,9%	0-19,4%	nicht definiert
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	94,05%	98,3%	90,7-100%	>=95%
Gefähigkeit bei Entlassung	22,67%	12,7%	2-62,5%	nicht definiert
Postoperative Wundinfektion	1,75%	0,6%	0-3,3%	≤5%
Gefäßläsion oder Nervenschaden	0,15%	0,4%	0-2,3%	≤2%
Implantatfehl- lage, -dislokation oder Fraktur	1,73%	1,7%	0-4,1%	≤2%

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie für 2006:

Präoperative Verweildauer > 48 h

Es liegt kein wissenschaftlicher Nachweis vor, dass längere präoperative Verweildauern mit erhöhten Komplikationsraten bei der Versorgung pertrochantärer Frakturen verbunden seien. Ein Referenzbereich ist daher auch nicht definiert.

Eine Klinik weist in fast 20% der Fälle eine präoperative Verweildauer >48 h auf. Da aus den Daten jedoch keine Korrelationen zwischen den längeren präoperativen Verweilzeiten und postoperativen Komplikationen erkennbar sind, wird von einer Stellungnahme abgesehen, zumal die Fallzahlen sehr klein sind und kein bundesweiter Referenzwert definiert wurde. Allerdings macht die Fachgruppe das Haus durch einen Hinweis auf das Ergebnis aufmerksam.

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

Zu folgenden Qualitätsindikatoren wurden Stellungnahmen eingeholt:

- Gefäßläsion oder Nervenschaden
- Implantatfehl-
lage, -dislokation oder Fraktur
- Perioperative Antibiotikaprophylaxe

Hinsichtlich des Indikators „Gefähigkeit bei Entlassung“ wird von der Fachgruppe angemerkt, dass bei einer frühzeitigen Entlassung Patienten nicht immer optimale Werte nach der Neutral-Null-Messmethode erreichen können. Die meisten Patienten werden im Anschluss an die stationäre Versorgung rehabilitativ betreut, so dass die gezielte Mobilisation hier fortgeführt werde.

Für zwei Krankenhäuser wird die Entwicklung der Ergebnisse bei den Indikatoren „Gefäßläsion/-Nervenschaden“ bzw. „Implantatfehl-
lage“ im nächsten Jahr mit besonderer Aufmerksamkeit kontrolliert werden.

Im Übrigen wird kein Anhalt für qualitative Mängel festgestellt.

Totalendoprothese bei Coxarthrose (Modul 17/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1364

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation	76,09%	84,2%	69,6-98,3%	≥90%
Implantatfehl- lage, Implantatdislo- kation oder Fraktur	1,16%	1,3%	0-2,5%	≤2,0%
Postoperative Wundinfektion	0,82%	0,7%	0-7,1%	≤3,0%
Wundhämatome/Nachblutungen	1,78%	2,0%	0-7,1%	≤8,0%
Gefähigkeit bei Entlassung	16,81%	10,4%	0-59,5%	nicht definiert
Reintervention wegen Komplikation	2,46%	2,5%	1,1-10,7%	≤9,0%
Allgemeine postoperative Komplika- tionen	1,45%	1,6%	0-3,4%	≤5,7%
Endoprothesenluxation	0,62%	0,7%	0-4,3%	≤5%
Letalität	0,22%	0,2%	0-1,4%	sentinel event

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie für 2006:

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Indikation
- Endoprothesenluxation
- Gefähigkeit bei Entlassung
- allgemeine postoperative Komplikationen
- Reintervention wegen Komplikation
- Implantatfehl-
lage, -dislokation oder Fraktur, Gefäßläsion oder Nervenschaden
- Letalität

Kritisch merkt die Fachgruppe zum Qualitätsindikator „Indikation“ an, dass die röntgenologischen Kriterien des Kellgren-Lawrence-Scores zur Indikation einer Hüft-TEP bei Krankheiten wie z. B. Femurkopfnekrosen kaum erfüllt werden, entsprechend niedrig fällt in diesen Fällen der Score aus, trotzdem kann eine TEP-Implantation indiziert sein.

Zwei Häuser führen aus, die Daten nach der Neutral-Null-Messmethode zwar erhoben und in der Akte dokumentiert, nicht jedoch in den Datensatz übertragen zu haben.

Für die Daten aus dem Erhebungsjahr 2006 ergibt sich leider noch das Problem der unzureichenden Definition des Datenfeldes „Gefähigkeit bei Entlassung.“ Dies führt in einigen Fällen zu Unsicherheiten in der Dokumentation, oft auch zu Unvollständigkeiten. Für das laufende Dokumentationsjahr wurden die Ausfüllhinweise bereits überarbeitet und präzisiert.

In einem Haus wurden vermehrt Frakturen bei Totalendoprothesen eines Herstellers beobachtet. Die eingeleiteten Recherchen haben den Verdacht auf Mängel des Produktes nicht verdichten können.

Bei einigen Krankenhäusern wird die Entwicklung der Ergebnisse im nächsten Jahr mit besonderer Aufmerksamkeit kontrolliert werden.

Im Übrigen wird kein Anhalt für qualitative Mängel festgestellt.

Hüft-TEP-Wechsel und -Komponentenwechsel (Modul 17/3)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 141

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

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation	91,61%	90,8%	72,7-100%	≥78,9%
Postoperative Wundinfektion	3,01%	1,4%	0-7,1%	nicht definiert
Endoprothesenluxation	2,67%	2,8%	0-14,3%	≤10%
Gehfähigkeit bei Entlassung	22,21%	16,3%	0-54,3%	nicht definiert
Allgemeine postoperative Komplikationen	2,98%	3,5%	0-11,1%	≤9,7%
Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Fraktur	2,82%	1,4%	0-6,3%	≤2%
Gefäßläsionen oder Nervenschaden	1,09%	1,4%	0-6,3%	≤2%
Reintervention wegen Komplikation	7,16%	5,0%	0-21,4%	≤16,0%
Letalität	1,08%	1,4%	0-8,3%	sentinel event

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie /Unfallchirurgie für 2006:

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Indikation
- Endoprothesenluxation
- Gehfähigkeit bei Entlassung
- allgemeine postoperative Komplikationen
- Reintervention wegen Komplikation
- Implantatfehl- lage, -dislokation oder Fraktur, Gefäßläsion oder Nervenschaden
- Letalität

Die Abteilungen weichen in den auffälligen Qualitätsindikatoren z. T. nur marginal von den Referenzwerten ab.

Für den Qualitätsindikator „Gehfähigkeit bei Entlassung“ wurde auf der Bundesebene kein Referenzwert definiert. Die Fachgruppe in Bremen fragte dennoch bei einem Haus an, das eine Gehfähigkeit in nur etwa 50% dokumentiert hatte. Die angeführten Gründe für den verzögerten Therapiefortschritt wurden von der Fachgruppe als nachvollziehbar gewertet.

Zum Qualitätsindikator „Indikation“ weist die Fachgruppe darauf hin, dass die Indikation zum Pfannenwechsel durch röntgenologische Kriterien nicht immer abgebildet werden könne.

Im Übrigen wird kein Anhalt für qualitative Mängel festgestellt.

Knie-Totalendoprothese (Modul 17/5)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1042

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation	86,19%	89,8%	69,7-99,3%	≥90%
• Postoperative Beweglichkeit von mind. 0/0/90 Grad	74,67%	83,3%	52,3-96,5%	≥80%
• nach der Neutral-Null-Methode dokumentiert	88,44%	94,9%	86,1-100%	≥80%
Reintervention wegen Komplikation	1,98%	3,1%	0-10,6%	≤6,0%
Letalität	0,11%	0,2%	0-0,9%	sentinel event

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie /Unfallchirurgie für 2006:

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Indikation
- postoperative Beweglichkeit
- Reintervention wegen Komplikation
- Letalität

Die eingegangenen Stellungnahmen zu den o. g. Qualitätsindikatoren werden von der Fachgruppe als unauffällig gewertet.

Eine Klinik weist nach Einschätzung der Fachgruppe für die Jahre 2005 und 2006 überdurchschnittlich viele Patienten aus der Hochrisikogruppe (ASA 4) mit elektiven Knie-TEP-Operationen auf. Hierzu wurde auch der leitende Anästhesist um eine Stellungnahme gebeten.

Diese Thematik wird auch für die Auswertungsberatungen für 2007 und in Zusammenwirken mit der in Gründung befindlichen Bremer Fachgruppe Anästhesiologie weiter beobachtet werden.

Knie-Totalendoprothesenwechsel (Modul 17/7)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 58

Es ist zu beachten, dass alle Häuser in dieser Übersicht eine Fallzahl unter 20 aufweisen

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation	88,73%	93,1%	82,4-100%	≥70%

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie /Unfallchirurgie für 2006:

Die Ergebnisse zu diesem Modul haben keinen Anhalt für Auffälligkeiten ergeben.

Geburtshilfe (16/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: (7665 Geburten), (7815 Kinder)

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Mikroblutuntersuchungen bei Einlingen mit pathologischem CTG	23,07%	38,7%	29,6-50,8%	›=0- ‹=52,3%
Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG und sekundärer Sectio caesarea	21,98%	41,1%	34,4-48,8%	›=0- ‹=52,7%
EE-Zeit bei Notfallkaiserschnitt	96,12%	97,7%	92,6-100%	›=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)	88,26%	92,5%	90,8-96,2%	›=90%
Bestimmung des Nabelarterien pH-Wertes	98,68%	99,1%	98,7-99,8%	›=95%
Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	0,18%	0,2%	0-0,4%	‹=0,3%
Kritisches Outcome bei reif Geborenen	0,02%	0%	0-0,1%	sentinel event
Dammriss III/IV. Grades bei spontanen Einlingsgeburten (alle)	1,54%	1,5%	0,4-3%	‹=3%
<ul style="list-style-type: none"> • ohne Episiotomie • mit Episiotomie 	0,96% 3,02%	0,9% 2,8%	0,3-1,5% 0-8,8%	Nicht def. Nicht def.
Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen				
<ul style="list-style-type: none"> • nach Spontangeburt • nach vaginal-operativer Entbindung • nach Sectio caesarea 	0,1% 0,42% 0,23%	0,2% 1,3% 0,1	0-0,7% 0-4,8% 0-0,6%	Nicht def. Nicht def. ‹=1%
Antenatale Kortikosteroidtherapie (bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen)				
<ul style="list-style-type: none"> • alle • mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens einem Kalendertag • mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen 	66,37% 75,86% 79,09%	73,2% 84,9% 87,9%	64,2-81,6% 82,4-95% 82-97,1%	Nicht def. Nicht def. ›=95%
Mütterliche Todesfälle	0,04‰	0,39‰	0-2 Fälle	sentinel event

Sectio caesarea (Entbindungen per Kaiserschnitt im Land Bremen)		
Bezogen auf alle Kinder =7.815		
Per Kaiserschnitt entbunden (insgesamt)	2.116	28,2%
Der Kaiserschnitt war geplant (= primäre Sectio caesarea)	912	12,1%
Die Entscheidung zum Kaiserschnitt fiel im Geburtsverlauf (= sekundäre Sectio caesarea)	1.128	15,0%
Sectio caesarea ohne nähere Angaben	76	1,0%

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Geburtshilfe/Neonatologie für 2006:

Qualitätsindikator 11: Mütterliche Todesfälle

Im Land Bremen verstarb in einer Klinik eine Mutter, bei der im Schwangerschaftsverlauf ein bösartiger Tumor (intrazerebrales Glioblastom) diagnostiziert worden war, drei Tage nach der Geburt (Sectio caesarea in der 37. + 3. SSW bei zunehmenden Hirndruckzeichen) an den Folgen der Tumorerkrankung. Die Fachgruppe stellt einstimmig fest, dass es sich um einen besonderen Einzelfall ohne Anhalt für Qualitätsmängel handelt.

In einer anderen Klinik verstarben zwei Mütter. Die geburtshilfliche Abteilung hatte hierzu umfangreiche Unterlagen übermittelt, die im kollegialen Gespräch ausführlich erörtert wurden. Zu einem Fall stellt die Fachgruppe abschließend fest, dass ein HELLP-Syndrom mit fulminantem Verlauf trotz ausreichender Diagnostik und Überwachung schicksalhaft letal verlief und kein Anhalt für Qualitätsmängel vorliegt.

Auch zum zweiten Todesfall (intraoperatives Kreislaufversagen bei Sectio caesarea) lagen der Fachgruppe umfangreiche Unterlagen vor. Sowohl durch eine detaillierte Fallschilderung der geburtshilflichen Abteilung als auch in einer ausführlichen Fachgruppenberatung mit leitenden Anästhesisten des Hauses hat sich die Fachgruppe intensiv mit diesem Verlauf beschäftigt. Dabei wurde auch problematisiert, dass die anästhesiologischen Abläufe seitens dieser Fachgruppe nicht im Detail abschließend beurteilt werden könnten. Die Fachgruppe konnte dennoch feststellen, dass keine Anhaltspunkte für eine qualitative Auffälligkeit vorlägen und die geschilderten Prozessabläufe qualitativ unauffällig seien.

Durch diese intensive Auseinandersetzung mit den Abläufen und Risiken bei einem Kaiserschnitt wurden auch in anderen Häusern Prozessabläufe kritisch durchdacht und verändert.

So wurden auch die Risiken von Uterotonika (z.B. Oxytocin) mit besonderer Aufmerksamkeit gewürdigt. Die möglichen kardialen Nebenwirkungen sowie eine eventuell empfehlenswerte titrierte Applikation sind beispielsweise auch in den Leitlinien zur Durchführung von Regionalanästhesieverfahren in der Geburtshilfe beschrieben. In diesem Zusammenhang wurde angeregt, stets kritisch zu prüfen, ob eine Oxytoxingabe notwendig sei und dabei auch die Dosierung und Applikationsform (z.B. als Kurzinfusion) zu bedenken.

Bei dieser Fallbesprechung wurde erstmals eine interdisziplinäre Beratung erforderlich, da zur Beurteilung des intraoperativen Verlaufs ergänzende anästhesiologische Informationen notwendig waren.

Im Januar 2008 hat der LQB die Einrichtung einer Bremer Fachgruppe Anästhesiologie beschlossen, die zukünftig auch bei solchen interdisziplinären Beratungen mitwirken kann und Anregungen aus der Reflexion dieser Fallbesprechung aufgreifen wird.

Qualitätsindikator 3 : EE -Zeit bei Notfallkaiserschnitt

Dieses Qualitätsziel wurde in einem Haus bei zwei Geburten nicht erreicht. In einem Fall liegt ein Dokumentationsfehler vor, im zweiten Fall wurde bei einer besonderen Fallkonstellation der Referenzwert um 2 Minuten überschritten. Die Fachgruppe stellt einstimmig fest, dass das Ergebnis nach Prüfung unauffällig ist.

Qualitätsindikator 4: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen

Der Referenzwert zu diesem berichtspflichtigen Indikator wurde von einer Klinik um einen Einzelfall unterschritten. Die Fachgruppe stellte einstimmig fest, dass dieses Ergebnis als unauffällig einzuschätzen ist.

Qualitätsindikator 7 : Kritisches Outcome bei Reifgeborenen

Ein kritisches Outcome (kritischer Allgemeinzustand und/oder gestörter Säure-Basen-Haushalt kurz nach der Geburt) bei reif geborenen Kindern gilt als sentinel event, bei dem jeder Einzelfall zu analysieren ist.

Die Stellungnahme der Abteilung über diese Notfallaufnahme liegt vor. Die Fachgruppe stellt einstimmig fest, dass das Ergebnis nach Prüfung unauffällig ist.

Qualitätsindikator 8: Antenatale Kortikosteroidtherapie

Der Referenzwert wurde bei vier Kliniken unterschritten. Bei zwei Kliniken handelte es sich um eine Abweichung um einen Einzelfall. Zu diesen beiden Kliniken stellt die Fachgruppe fest, dass das Ergebnis für dieses Erhebungsjahr als unauffällig eingestuft wird. In der nächsten Auswertung soll die Entwicklung der Ergebnisse aber noch einmal kontrolliert werden.

Bei zwei Kliniken ergaben die eingeholten Stellungnahmen und die kollegialen Erörterungen in der Sitzung, dass wie in den Vorjahren erneut Dokumentationsmängel vorlagen. Ausweislich der Krankenakten seien die notwendigen Behandlungen durchgeführt worden.

Das Qualitätsbüro macht darauf aufmerksam, dass diese Referenzwertunterschreitung alljährlich auch überregional als Versorgungsdefizit wahrgenommen wird und der LQB bereits vor zwei Jahren die Klinikdirektionen auf die notwendige Dokumentationsqualität gerade auch bei diesem Indikator hingewiesen hatte.

Die Fachgruppe stellt einhellig fest, dass es sich nicht um einen Qualitätsmangel in der medizinischen Behandlung handele und daher auch ein anhaltender Dokumentationsmangel keine „qualitative Auffälligkeit“ bei diesem veröffentlichungspflichtigen Indikator sei. Auch werden einige Abteilungen nur unzureichend EDV-logistisch unterstützt, während hausinterne Plausibilitätskontrollen in anderen Kliniken bereits etabliert sind. In Würdigung aller Gesichtspunkte stellt die Fachgruppe für diese beiden Kliniken fest, dass das Ergebnis aufgrund von Dokumentationsmängeln nicht die Behandlungsqualität abbilde und in der nächsten Auswertung die Ergebnisse noch einmal kontrolliert werden.

Zur Problematik der Dokumentationsmängel hat der LQB im Januar 2008 einen Grundsatzbeschluss gefasst, der bereits in der Einführung dieses Berichtes näher erläutert wurde und für die Beratung der Auswertungen für 2007 zugrunde gelegt werden wird.

Gynäkologische Operationen (Modul 15/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 3184

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Anteil Pat. mit Dauerkatheter über 24 h bei Adnektomie oder Hysterektomie	24,47%	14,4%	1,4-24,4%	≤85,5%
Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen (alle Pat.)	0,4%	0,8%	0-1,9%	≤2,2%
Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen bei Pat. ohne Karzinom, ohne Endometriose und ohne Voroperation im gleichen OP-Gebiet	0,35%	1,2%	0-2,9%	≤2,5%
Organverletzungen bei Hysterektomie (alle Patientinnen)	1,4%	2,0%	1,1-2,4%	≤4,1%
Organverletzungen bei Hysterektomie bei Pat. ohne Karzinom, ohne Endometriose und ohne Voroperation im gleichen OP-Gebiet	0,96%	1,1%	0-2,7%	≤4,0%
Indikation bei Ovareingriffen (fehlende Histologie)	3,51%	1,9%	0-7 Fälle	0 Fälle
Indikation bei Ovareingriffen (Pat. mit Follikel- bzw. Corpus-Luteum-Zyste oder Normalbefund)	21,08%	26,1%	13,2-34,4%	≤20%
Fehlende Histologie bei Konisation	1,87%	0,0%	0-0,0%	0 Fälle
Antibiotikaphylaxe bei Hysterektomie	89,98%	93,9%	89,9-99,3%	≥90%
Indikation bei Hysterektomie	2,12%	2,1%	0-4,6%	≤2,5%
Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie	98,81%	99,0%	95,9-100%	≥95%

Aus den Beratungen der Fachgruppe Operative Gynäkologie 2006:

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

Die Klinikergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren liegen größtenteils im Referenzbereich. Um Stellungnahmen aufgrund von Referenzwertabweichungen wurden Abteilungen zu folgenden Qualitätsindikatoren gebeten:

- Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen
- Indikation bei Ovareingriffen
- Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Hysterektomie
- Indikation bei Hysterektomie

Größtenteils handelt es sich um geringe Abweichungen vom Referenzwert. Die angeforderten Stellungnahmen wurden von der Fachgruppe als unauffällig eingestuft.

Die Fachgruppe kritisiert am Auswertungskonzept des Qualitätsindikators „Indikation bei Ovareingriffen“, dass hier nicht nach Alter bzw. Hormonstatus (prä- oder postmenopausal) differenziert werde.

Mammachirurgie (Modul 18/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1579

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Postoperatives Präparateröntgen	83,92%	96,5%	88,5-100%	≥95%
Sicherheitsabstand bei BeT	90,62%	96,4%	94,4-98,8%	≥95%
Sicherheitsabstand bei Mastektomie	85,84%	92,7%	88,4-100%	≥95%
Axilladisektion bei DCIS oder papillärem In-situ-Karzinom	13,93%	16,7%	2,6-27,3%	≤19,8%
Angaben zum pTNM-Schema	89,68%	82,5%	67,9-96,8%	≥95%
Anzahl Lymphknoten	86,9%	86,0%	78,3-91,9%	≥95%
Meldung an Krebsregister	83,8%	93,7%	82,5-100%	≥95%

Aus den Beratungen der Fachgruppe Operative Gynäkologie für 2006:

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Postoperatives Präparateröntgen
- Angaben zum pTNM-Schema
- Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand bei Mastektomie und Brust erhaltender Therapie (BeT)
- Axilladisektion bei Patientinnen mit In-Situ-Karzinomen
- Anteil von Patientinnen mit Entnahme weniger als 10 Lymphknoten bei invasivem Karzinom
- Indikation zur Brust-erhaltenden Therapie (BeT)
- Meldung an epidemiologisches Krebsregister

Die Fachgruppe hat sich sehr intensiv mit dem Qualitätsindikator „postoperatives Präparateröntgen“ auseinandergesetzt. Ein Haus hat wiederholt den Referenzwert unterschritten, zudem lag das Ergebnis dieses Hauses 2006 unterhalb des Landesmedians.

Dabei besteht die Besonderheit, dass in diesem Haus die Präparatkontrolle auch sonografisch erfolgt und bislang im Datensatz zwar die präoperative Drahtmarkierung durch Sonografie angegeben werden konnte, nicht jedoch die postoperative Präparatesonografie. Diese Inkonsequenz im Datensatz wurde mittlerweile (seit 2007) behoben.

Dementsprechend wird die Entwicklung der Ergebnisse dieser Abteilung bei diesem Indikator im nächsten Jahr mit besonderer Aufmerksamkeit kontrolliert werden.

Die Hormonrezeptoranalyse wird standardmäßig durchgeführt, die Ergebnisse zu diesem Qualitätsindikator werden als erfreulich gewertet.

Eine Reihe von Abteilungen unterschreitet den Referenzwert zur TNM-Klassifikation z. T. erheblich. Das TNM-Schema (Angaben zum Tumor, Lymphknotenbefall und Metastasen) wurde von den Kliniken zwar stets bestimmt, die Daten wurden allerdings in den angemahnten Fällen nicht in die Dokumentation übertragen.

Einige Häuser unterschreiten den Referenzwert „Sicherheitsabstand bei Mastektomie“, eines bei Brust erhaltender Therapie. In einigen Fällen wurde der gesamte Tumor entfernt oder eine radikale Mastektomie durchgeführt, hier ist eine genaue Angabe des Sicherheitsabstandes nicht möglich. In anderen Fällen handelte es sich um Rezidive (axillär, Thoraxwand) oder um Übertragungsfehler.

Intensiv diskutiert wird der Qualitätsindikator „Anzahl Lymphknoten“ (<10 LK bei invasivem Karzinom). Es wird berichtet, dass bei Patientinnen mit schlechter Prognose und/oder Multimorbidität oftmals ein LK-Sampling (Entnahme einzelner Lymphknoten) der Axilladisektion (definierte und systematische Entnahme axillärer Lymphknoten) vorgezogen werde.

Die Fachgruppe schließt sich den Überlegungen der Bundesfachgruppe an und empfiehlt, bei Patientinnen mit invasivem Mamma-Karzinom entweder eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (Sentinel-Node-Lymph-Biopsy, SLNB) oder eine Axilladisektion durchzuführen. Bei sehr kranken Patientinnen sollte jedoch zugunsten der Lebensqualität auf eine Dissektion verzichtet werden und ggf. eine SLNB vorgenommen werden.

Da ein LK-Sampling keine gesicherte Erkenntnis ermöglichen, aber als operativer Eingriff mit Risiken (z. B. Lymphödem) und mit verminderter Lebensqualität verbunden sein kann, ist ein LK-Sampling lediglich als therapeutische Entfernung von deutlich vergrößerten Lymphknoten zur Druckentlastung indiziert.

Auf ein diagnostisches Sampling ist generell zu verzichten, da es aufgrund der nicht gesicherten Erkenntnis keine Indikation für diesen Eingriff gibt.

Im Übrigen wird kein Anhalt für qualitative Mängel festgestellt.

Herzschrittmacher Erstimplantation (Modul 9/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 522

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	87,31%	87%	72-97,9%	≥90%
Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	92,32%	89,9%	82,1%-97,9%	≥90%
Leitlinienkonforme Indikationsstellung und leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	81,22%	81,9%	64-95,8%	≥80%
Eingriffsdauer (Anteil von Pat. mit Eingriffszeit bis 90 Min. bei DDD)	88,89%	82,8%	66,7-95,5%	≥55%
Anteil von Patienten mit Durchleuchtungszeit bis 9 Min. bei Patienten mit VVI	91,99%	92,1%	92,6-95%	≥75%
Perioperative Komplikationen (chirurgische Komplikationen)	1,22%	0,8%	0-4%	≤2%
Perioperative Komplikationen (Vorhofsendendislokation)	1,55%	1,1%	0-2,6%	≤3%
Perioperative Komplikationen (Ventrikelsendendislokation)	1,11%	1,8%	0-11,1%	≤3%
Letalität	1,29%	2,9%	0-19%	sentinel event

Aus den Beratungen der Fachgruppe Schrittmacher für 2006:

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Indikationsstellung und Systemwahl
- Durchleuchtungszeit
- Komplikationen (chirurgisch, Ventrikel- und Vorhofsendendislokation)
- Letalität

Der Datensatz liegt seit 2006 in einer umfangreich überarbeiteten Version vor, die sich an die aktuelle S3-Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz-Kreislaufforschung (Lemke et al. 2005) anlehnt.

Allerdings ergaben sich durch den neuen Datensatz bundesweit Unsicherheiten in der Dokumentation. Die Bundesfachgruppe Herzschrittmacher hat hierauf mit einem Schreiben reagiert und auf einzelne Dokumentationsungenauigkeiten und verschiedene begriffliche Missverständnisse hingewiesen.

So weisen die Qualitätsindikatoren „leitlinienkonforme Indikationsstellung“ sowie „leitlinienkonforme Indikationsstellung und leitlinienkonforme Systemwahl“ nicht nur bremen-, sondern bundesweit auffällige Ergebnisse auf, zudem bauen die Qualitätsindikatoren z. T. aufeinander auf.

Eine Sonderauswertung der Landesgeschäftsstelle Hessen hatte ebenfalls Ungenauigkeiten im Datensatz identifiziert, die dazuführen können, dass verschiedene Fälle trotz leitlinienkonformer Behandlung als auffällig ausgewertet wurden.

Ein weiteres Problem hat sich durch einen Programmierfehler eines Softwareproduktes ergeben, von dem im Land Bremen zwei Häuser betroffen sind. Dies führte vereinzelt zu Berechnungen auf Grundlage ungenauer Daten.

Dies ist auch vor dem Hintergrund der Veröffentlichungspflicht dieses Indikators im strukturierten Qualitätsbericht von besonderer Bedeutung, denn diese Verzerrungen finden sich auch in den zu veröffentlichenden Daten wieder.

Zum Indikator „leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ macht die Fachgruppe deutlich, dass in begründeten Einzelfällen, vor allem bei sehr kranken Patienten, eine von den Empfehlungen abweichende Entscheidung für die Wahl des Schrittmachersystems indiziert sein kann.

Daher hat die Bremer Fachgruppe in einem Schreiben an die Bundesfachgruppe angeregt, den Qualitätsindikator „Systemwahl bei Bradykardie“ anhand der korrelierten Parameter ASA-Einstufung, Alter und Systemwahl auszuwerten.

Die BQS-Fachgruppe greift den Vorschlag auf und wird das Auswertungskonzept zukünftig auch um eine Stratifizierung nach ASA ergänzen. Die Ergebnisse einer Sonderauswertung hatten die Hypothese der Bremer Fachgruppe gestützt.

In einem Haus waren überdurchschnittlich viele Patienten verstorben. Die Patienten litten unter schweren Vorerkrankungen, allerdings war die eingeschränkte Prognose lediglich in einem Fall vor dem Eingriff klar. Die Indikation zur Schrittmacherimplantation hatte die Klinik selbst zuvor kritisch geprüft und sich erst nach Rücksprache mit einer anderen Fachabteilung zum Eingriff entschlossen.

Bei dieser Klinik wird die Entwicklung der Ergebnisse bei den Auswertungsberatungen für 2007 mit besonderer Aufmerksamkeit geprüft werden.

Im Übrigen wird kein Anhalt für qualitative Mängel festgestellt.

Schrittmacher-Aggregatwechsel (Modul 9/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 108

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats AAI oder VVI unter 4 Jahre	2,41%	0,0%	0-0% (incl. Häuser <20 Datensätze)	sentinel event
Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats AAI oder VVI über 6 Jahre	88,27%	75%	40-100% (incl. Häuser < 20 Datensätze)	›=75%
Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats VDD oder DDD unter 4 Jahre	2,86%	11,5%	17,9-17,9%	sentinel event
Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats VDD oder DDD über 6 Jahre	71,02%	61,5%	64,3-64,3%	›=50%
Laufzeit des Herzschrittmacher-aggregats (alle Pat. mit dokumentierter gültiger Laufzeit)	85,73%	80,6%	77,3-78,7%	›=90%
Eingriffsdauer ≤60 Min.	96,49%	95,4%	93,4-100%	›=80%
Reizschwellenbestimmung				
• Vorhofsonden	82,55%	88,2%	97,4-97,4%	›=40,9%
• Ventrikelsonden	89,45%	90,3%	81,8-100%	›=41,8%
Chirurgische Komplikationen	0,45%	0,9%	0-4,5%	≤1%

Aus den Beratungen der Fachgruppe Schrittmacher für 2006:

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Reizschwellenbestimmung
- Laufzeit des Aggregates
- chirurgische Komplikationen
- Eingriffsdauer

Es sollte nach Einschätzung der Fachgruppe beobachtet werden, ob sich Häufungen kurzer Laufzeiten von Aggregaten herstellerbezogen ermitteln lassen. Wünschenswert wäre in diesem Zusammenhang die seit langem diskutierte Einrichtung eines Schrittmacherregisters, in das verschiedene (technische) Daten wie Laufzeiten eingehen.

Kurze Laufzeiten ergeben sich in einem Haus auch dadurch, dass bei einem Sondenwechsel in der Regel in einem Kombinationseingriff zugleich das Aggregat mitgewechselt wird (ab einer Laufzeit von ca. 3 Jahren), damit dem Patienten der in den nächsten Jahren anstehende Aggregatwechsel erspart werden kann.

Insgesamt ergaben sich in diesem Leistungsbereich keine Anhaltspunkte für qualitative Mängel.

Schrittmacherexplantation/-revision (Modul 9/3)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 76

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation zur Revision: Sondenprobleme	6,87%	7,3%	1,3-13,7%	≤6%
Indikation zur Revision: Infektion	0,65%	0,8%	0-1,5%	≤1%
Perioperative Komplikationen (chirurgischen Komplikationen)	1,38%	2,6%	5,1-5,1%	≤2%
Perioperative Komplikationen (Vorhofsendendislokationen)	2,19%	0%	0%	≤3%
Perioperative Komplikationen (Ventrikelsendislokationen)	1,17%	0%	0%	≤3%

Aus den Beratungen der Fachgruppe Schrittmacher für 2006:

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Indikation (Sondenprobleme, Schrittmachertaschenprobleme, Infektion oder Perforation, Systemumwandlung)
- Komplikationen (chirurgisch, Vorhof- oder Ventrikelsendislokationen)

Der Auswertung liegt ein Konzept zugrunde, das bereits seit dem vergangenen Jahr in der Kritik steht. So fließen auch Revisionseingriffe in die Auswertungen ein, die sich auf weit in der Vergangenheit implantierte Schrittmacher beziehen und diese zu dem Implantationsvolumen des Dokumentationsjahres ins Verhältnis gesetzt werden. Dieses Vorgehen hält die Fachgruppe für methodisch äußerst bedenklich.

Ebenfalls sehr kritisch betrachtet die Bremer Fachgruppe die vorgegebene Unterscheidung der Gründe für den Revisionseingriff (Systemumwandlung, Infektionen, Sondenprobleme, Schrittmachertaschenprobleme).

Sinnvoller sei eine zeitliche Differenzierung, da jeder Revisionseingriff innerhalb eines Zeitraumes von etwa 3 Monaten postoperativ eine Spätkomplikation darstelle, der nachgegangen werden sollte. Die Revision von Sondenendislokationen sollte in einer 30-Tages-Grenze beobachtet werden.

Dagegen seien Revisionen oder Explantationen viele Monate oder gar Jahre nach der Implantation, wie sie bisher in den Auswertungen ausgewiesen werden, in der Regel kein Anhalt für Mängel des OP-Verfahrens, sondern zumeist auf andere Zusammenhänge zurückzuführen.

Die Fachgruppe hat der Bundesfachgruppe in einem Schreiben ihre Bedenken zum Auswertungskonzept mitgeteilt und ihr gleichfalls Veränderungsvorschläge zu den Punkten unterbreitet.

Insgesamt ergaben sich in diesem Leistungsbereich keine Anhaltspunkte für qualitative Mängel.

Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (Modul 21/3)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 5052

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation zur Koronarangiographie - Ischämiezeichen	91,03%	93%	92,8-100%	≥80%
Indikation zur PCI	5,51%	4,7%	4,8-5,3%	≤10%
Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI (Alle PCI mit Indikation „akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24h)	93,18%	91,7%	91-94,7%	≥85%
Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI (Alle PCI)	93,27%	93,1%	92,7-97,1%	≥85%

Aus den Beratungen der Expertengruppe Kardiologie für 2006:

Im Rahmen der Basisprüfung/Datenvalidierung wurden fehlende Daten zum Todeszeitpunkt (im Herzkatheterlabor, innerhalb von 36 Stunden nach der Intervention oder > 36 Stunden nach PCI) von insgesamt fünf Kliniken angefordert.

Diese Angaben wurden von allen Kliniken nachgereicht. Bei der Prüfung und durch die Stellungnahmen wurde deutlich, dass durch Missverständnisse, die sich in der Dokumentation des Erhebungsbogens ergeben haben, die korrekte Dokumentation erschwert wurde.

Bei einer Klinik wird die Entwicklung der Ergebnisse im nächsten Jahr mit besonderer Aufmerksamkeit kontrolliert werden.

Im Übrigen wird kein Anhalt für qualitative Mängel festgestellt.

Ambulant erworbene Pneumonie (Modul Pneu)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 2038

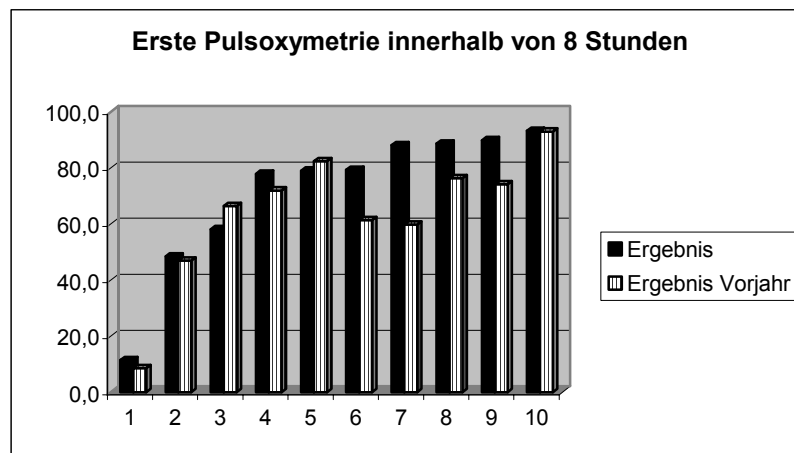
Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Frühzeitige erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie				
Alle Patienten	74,76%	71,1%	11,5-93,2%	100%
Alle Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	74,73%	70,8%	11,6-93,6%	Nicht definiert
Alle Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	75,53%	78%	0-100%	Nicht definiert
Antimikrobielle Therapie	89,29%	90,6%	75,2-96,1%	≥78,3%
Frühmobilisation				
Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind	86,53	90,4%	73-100%	≥71,4%
Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind	77,2%	78,6%	64,4-95,1%	≥56,4%
Verlaufskontrolle CRP	87,62%	91%	65-97,8%	≥70,8%
Anpassung Diagnostik/Therapie				
Patienten der Risikoklasse 2	64,76%	71,1%	47,6-76,5%	≥95%
Patienten der Risikoklasse 3	71,31%	81,1%	50-100%	≥95%
PEEP bei maschineller Beatmung	93,99%	96,7%	84,6-100%	=100%
Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien	51,84%	53,9%	26,9-89,7%	=100%
Klinische Stabilitätskriterien	96,89%	97,1%	92,4-100%	≥95%
Stationäre Pflegeeinrichtung	2,09%	2,8%	0-8,7%	≤6%
Selten Entlassung in eine stationäre Pflegeeinrichtung, wenn die Aufnahme nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgte				
Krankenhausletalität				
Alle Patienten	14,44%	16,1%	9,8-23,5%	≤21%
Davon Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65	2,97%	1,7%	0-4,8%	≤7,9%
Risikoklasse 2 nach CRB-65	14,56%	16,8%	9,7-23,2%	≤21,6%
Risikoklasse 3 nach CRB-65	35,74%	38,8%	26,3-42,9%	≤51,6%

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Pneumonie:

Qualitätsmerkmal erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

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

Hier unterschreiten alle Krankenhäuser den Referenzwert von 100%. Die Bremer Fachgruppe bekräftigt noch einmal die grundsätzliche Kritik an einem Referenzwert von 100%. Dies wurde auch bei der Bund-Land-Konferenz Pneumonie in Dresden im Mai 2007 thematisiert. Allerdings hatte die Fachgruppe bei der BQS darauf verwiesen, dass auch abgesenkte Referenzwerte von beispielsweise 95% zumeist ebenfalls nicht erreicht werden. Dies trifft auch für Bremen zu.



Der Gegenüberstellung lässt sich entnehmen, dass einige Kliniken sich bereits deutlich verbessert haben. Gleichwohl können die Ergebnisse insgesamt noch nicht befriedigen. Insbesondere die Kliniken 1, 2 und 3 wurden wie im Vorjahr um Stellungnahme gebeten.

Es wurde von diesen Abteilungen darauf verwiesen, dass bereits aufgrund der Vorjahresergebnisse Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet wurden. Für 2006 ließen sich aber noch keine Verbesserungstendenzen im Jahresverlauf nachweisen, auch nicht für 2007 bis zum Datenbankstand August 2007. Dementsprechend waren diese Krankenhäuser noch als qualitativ auffällig einzustufen.

Für 2007 wird im Longitudinalvergleich mit besonderer Aufmerksamkeit geprüft werden, ob die Verbesserungsmaßnahmen erfolgreich waren.

Qualitätsindikator: Stationäre Pflegeeinrichtung

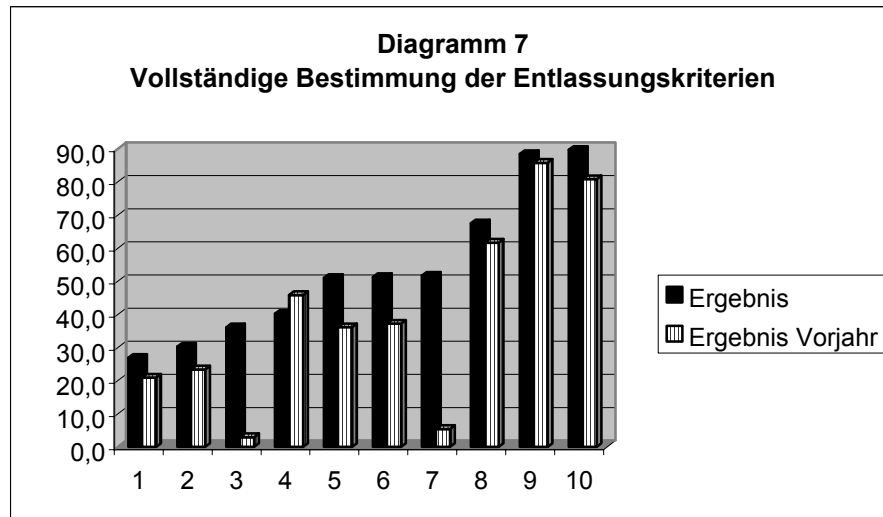
Qualitätsziel: Selten Entlassung in eine stationäre Pflegeeinrichtung, wenn die Aufnahme nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgte

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. Dies wurde im Vorjahr auch durch die eingeholten Stellungnahmen deutlich.

Zwei Kliniken weichen nicht signifikant vom Referenzwert ab. Die Ergebnisse werden als qualitativ unauffällig bewertet. Dabei wird die Klinik, die hier gegenüber dem Vorjahr sich weiter vom Referenzwert entfernt hatte, im Longitudinalvergleich für 2007 mit besonderer Aufmerksamkeit bewertet werden.

Qualitätsindikator: Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien

Qualitätsziel: Immer vollständige Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung



Auch hier unterschreiten alle Krankenhäuser den Referenzwert von 100%. Jedoch ist bei den meisten Krankenhäusern eine deutliche Verbesserung gegenüber dem Vorjahr zu beobachten. Die Ergebnisse dieser Häuser werden dementsprechend für 2006 als qualitativ unauffällig eingestuft, da sich die in den Häusern eingeleiteten Verbesserungsmaßnahmen als erfolgreich erwiesen haben (Häuser 3; 5-10).

Zu Haus 1 ergeben die Stellungnahme sowie das kollegiale Gespräch, dass ein Dokumentationsproblem vorlag. Ausweislich der Ausfüllhinweise müssen diese Kriterien nicht am Entlassungstag erfüllt werden – hier war es zu Missverständnissen gekommen.

Haus 2 hatte in seinem Schreiben dargelegt, dass bereits aufgrund der Vorjahresergebnisse Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet wurden. Leider ließ sich keine Verbesserungstendenz im Jahresverlauf 2006 nachweisen, ebenso wenig für 2007 zum Datenbankstand August 2007.

Dementsprechend wurde für dieses Haus festgestellt, dass weitere Verbesserungsmaßnahmen notwendig seien, um sich dem Qualitätsziel weiter anzunähern.

Qualitätsindikator: Krankenhaus-Letalität

Qualitätsziel: Niedrige Krankenhaus-Letalität

Die Fachgruppe kritisiert wie im Vorjahr, dass die Gesamtmortalität keine Aussage über die pneumoniebedingte Letalität erlaube. Es wird angeregt, die Todesursache gemäß Totenschein zu erfassen, um so die pneumoniebedingte Letalität abzubilden.

Dabei ist der Fachgruppe jedoch bewusst, dass gerade bei multimorbiden Patienten möglicherweise die Unterscheidung zwischen Todesursache und Begleiterkrankungen nur begrenzt möglich ist. In Würdigung der Vertrauensbereiche wird für die Bremer Ergebnisse festgestellt, dass kein Anhalt für qualitative Mängel vorliegt.

Pflege: Dekubitusprophylaxe bei hüftgelenknaher Femurfraktur

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1159

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	2%	1,4%	0-4%	\leq 5,6%
• Pat. mit Dek. bei Entlassung	3,05%	2%	0-5,3%	\leq 7,9%
Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die mit Dek. aufgenommen wurden				
• Pat. ohne Dek. bei Entlassung (incl. Häuser $<$ 20 Fälle)	17,96%	29,4%	0-100%	nicht def.
Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4	0,03%	0%	*)	sentinel event

*) entfällt

Pflege: Dekubitusprophylaxe bei Hüft-TEP-Erstimplantation

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1364

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	0,55%	0,8%	0-2,5%	nicht def.
• Pat. mit Dek. bei Entlassung	0,79%	0,9%	0-2,5%	nicht def.
Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die mit Dek. aufgenommen wurden				
• Pat. ohne Dek. bei Entlassung (incl. Häuser $<$ 20 Fälle)	30,85%	22,2%	0-50%	nicht def.
Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4	0,01%	0%	*)	sentinel event

*) entfällt

Pflege: Dekubitusprophylaxe bei Hüft-TEP-Wechsel und -Komponentenwechsel

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 141

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	1,16%	0,7%	0-3,1%	nicht def.
• Pat. mit Dek. bei Entlassung	1,66%	2,1%	0-6,3%	nicht def.
Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die mit Dek. aufgenommen wurden				
• Pat. ohne Dek. bei Entlassung	28,41%	0%	*)	nicht def.
Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4	0,02%	0%	*)	sentinel event

*) entfällt

Pflege: Dekubitusprophylaxe bei Knie-TEP

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1042

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	0,45%	0,4%	0-1,5%	nicht def.
• Pat. mit Dek. bei Entlassung	0,64%	0,8%	0-1,9%	nicht def.
Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die mit Dek. aufgenommen wurden				
• Pat. ohne Dek. bei Entlassung (incl. Häuser < 20 Fälle)	25,39%	25%	0-50%	nicht def.
Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4	0,00%	0%	*)	sentinel event

*) entfällt

Pflege: Dekubitusprophylaxe bei Knie-TEP-Wechsel

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 58

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	0,52%	0%	0-0%	nicht def.
• Pat. mit Dek. bei Entlassung	0,73%	0%	0-0%	nicht def.
Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die mit Dek. aufgenommen wurden				
• Pat. ohne Dek. bei Entlassung	24,39%	100%	*)	nicht def.
Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4	0,01%	0%	*)	sentinel event

*) entfällt

Pflege: Dekubitusprophylaxe bei orthopädisch-unfallchirurgischen Eingriffen

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 3764

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	0,89%	0,9%	0-4,5%	nicht def.
• Pat. mit Dek. bei Entlassung	1,32%	1,2%	0-5,7%	nicht def.
Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die mit Dek. aufgenommen wurden				
• Pat. ohne Dek. bei Entlassung	20,69%	28,1%	0-100%	nicht def.
Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4	0,01%	0%	*)	sentinel event

*) entfällt

Aus den Beratungen der Fachgruppe Pflege für 2006:

Die Fachgruppe in Bremen hat, über die Empfehlung der Bundesebene hinaus (hiernach wäre keine Klinik auffällig gewesen), jedes Dekubitalgeschwür, das bei Patienten mit elektiven Ersteingriffen (Knie, Hüfte) während des Krankenhausaufenthaltes aufgetreten und bei Entlassung noch nicht abgeheilt war, als auffällig gewertet. Zu dieser Problematik wurden acht Kliniken angeschrieben und um Erläuterung gebeten.

Darüber hinaus wurde auch eine Klinik im Zusammenhang mit neu aufgetretenen Dekubitalulcera bei Schenkelhalsfrakturen um Stellungnahme gebeten, da hier die Dekubitusrate 2005 und 2006 deutlich über dem Landesmittelwert lag.

Eine Klinik wurde um Prüfung der Dokumentationsvollständigkeit gebeten, da hier keine Dekubitalulcera bei Patienten mit Schenkelhalsfraktur dokumentiert wurden. Die Nachprüfung des Hauses ergab, dass diese Dokumentation zutreffend ist.

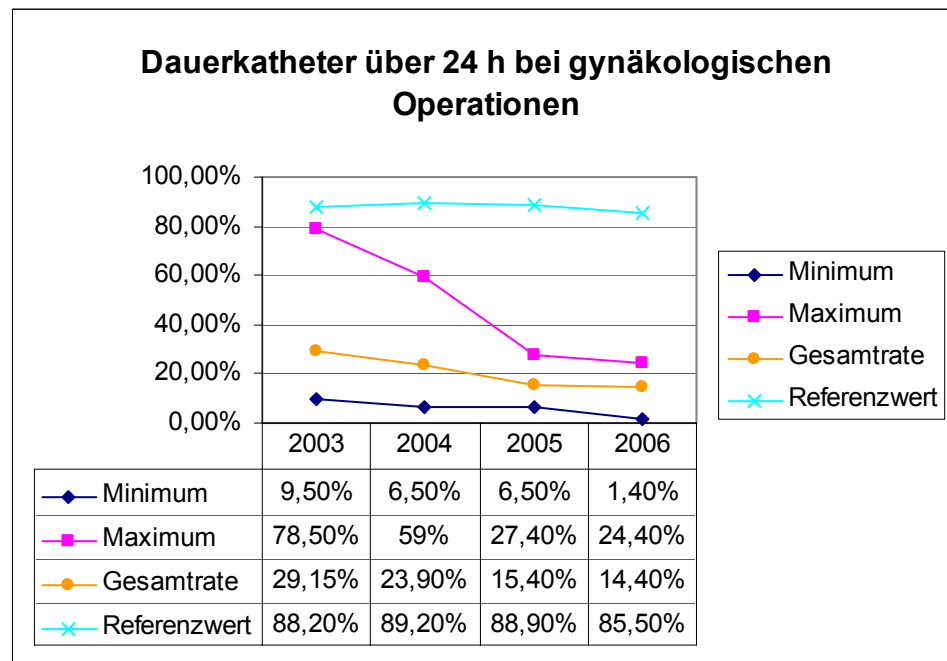
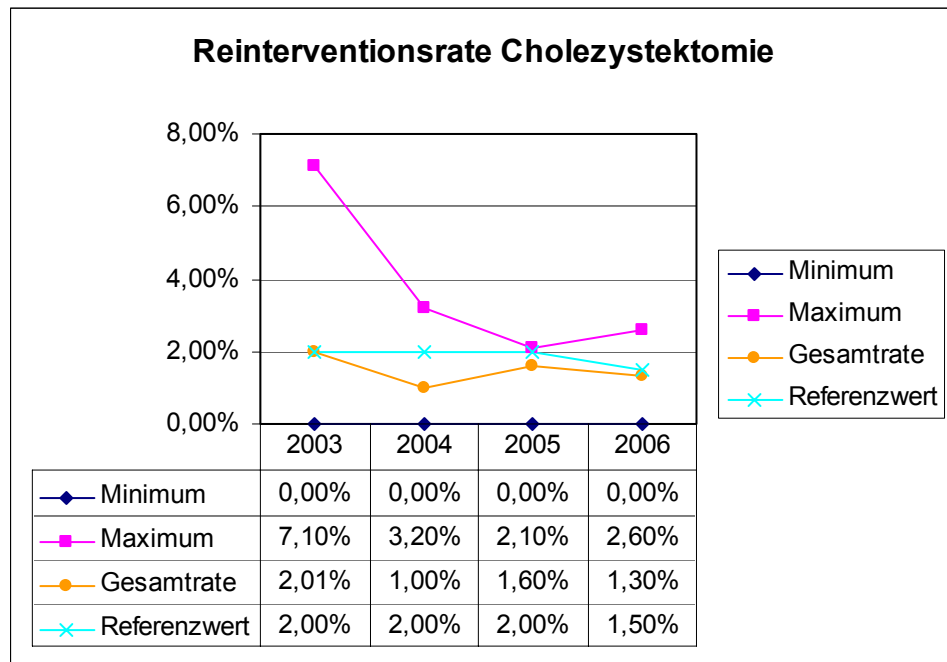
Vier Abteilungen hat die Bremer Fachgruppe noch um Ergänzung ihrer Ausführungen gebeten. Hier waren noch einige Punkte ungeklärt, beispielsweise die Überprüfung der Wirksamkeit der bisher durchgeführten pflegerischen Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs sowie Konsequenzen, die für das zukünftige pflegerische Handeln gezogen werden.

Bei diesen Häusern wird die Entwicklung der Ergebnisse bei den Auswertungsberatungen für 2007 mit besonderer Aufmerksamkeit geprüft werden.

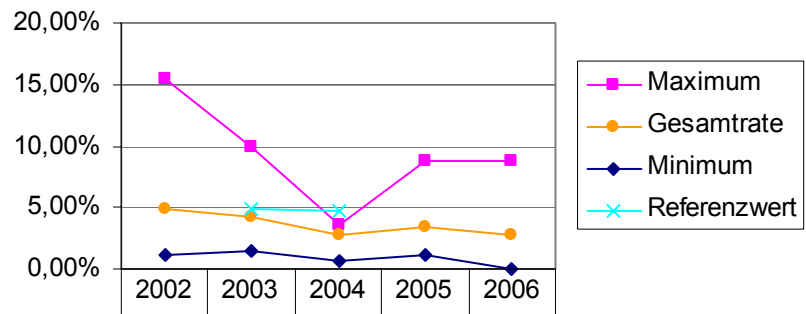
Ein Haus wird als auffällig gewertet.

Die übrigen Häuser wurden nach kritischer Prüfung als qualitativ nicht auffällig bewertet.

Ergebnisse ausgewählter Qualitätsindikatoren im Longitudinalvergleich

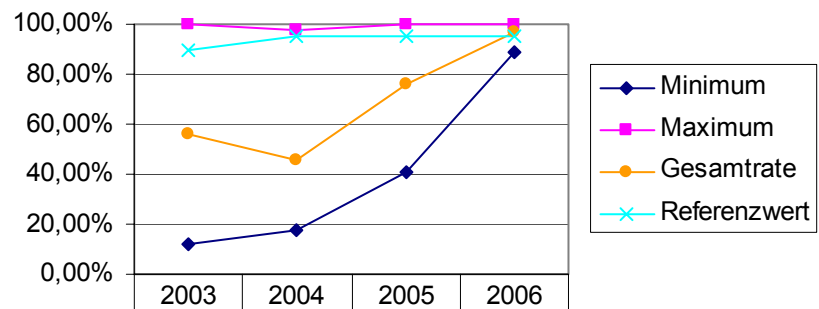


Dammriss - Rate an schweren Dammrissen (Grad III-IV) nach Episiotomie



Maximum	15,40	10%	3,50%	8,80%	8,80%
Gesamtrate	4,92%	4,30%	2,80%	3,40%	2,80%
Minimum	1,10%	1,50%	0,60%	1,20%	0,00%
Referenzwert		4,80%	4,70%		

Postoperatives Präparateröntgen in der Mammachirurgie



Minimum	12,20%	17,90%	41,10%	88,50%
Maximum	100,00%	98,00%	100,00%	100,00%
Gesamtrate	55,74%	45,60%	75,70%	96,50%
Referenzwert	90,00%	95,00%	95,00%	95,00%

Bewertung von Dokumentationsmängeln

Wenn – beispielsweise als Ergebnis der Fachgruppenberatungen, aufgrund der Selbstauskunft eines Krankenhauses oder als Ergebnis der Datenvailiditätsprüfung – festgestellt wird, dass die dokumentierten QS-Daten eines Bremer Krankenhauses nicht die Behandlungsqualität dieser Klinik abbilden, stehen folgende Bewertungskategorien zur Verfügung:

Bei erstmaliger Dokumentationsauffälligkeit

Die Behandlungsqualität der („Name Fachabteilung“) des Krankenhauses kann aufgrund der mangelhaften Qualitätssicherungsdokumentation nicht beurteilt werden.

Bei wiederholter Dokumentationsauffälligkeit

Die Behandlungsqualität der („Name Fachabteilung“) des Krankenhauses kann aufgrund der mangelhaften Qualitätssicherungsdokumentation nicht beurteilt werden. Die („Name Fachabteilung“) dieses Krankenhauses entzieht sich somit der Beurteilung durch die externe Qualitätssicherung. Dokumentationsprobleme bestanden in dieser Abteilung bereits in den Vorjahren (Aufzählung Vorjahre mit Dokumentationsmängeln seit 2003).

Abweichende Bewertung

Falls eine Fachgruppe die oben genannten Bewertungen in einem Einzelfall für unzutreffend hält, kann die Fachgruppe dem LQB eine angemessene und aussagekräftige Bewertung für diesen Einzelfall vorschlagen.

Unzulässig

Die Feststellung von Dokumentationsproblemen und eine abschließende Bewertung als „unauffällig“ widersprechen sich und sind daher zukünftig nicht mehr zu verwenden.

Veröffentlichung

Um die – möglicherweise unterschiedlich ausgeprägten – Anstrengungen der Krankenhäuser des Landes Bremen für die notwendige Dokumentationsqualität zu verdeutlichen, könnten die dokumentationsauffälligen Krankenhäuser für das Auswertungsjahr 2007 im internen Bericht für den LQB namentlich benannt werden. Ab dem Verfahrensjahr 2008 könnten solche Fachabteilungen in einem Anhang zum Bremer Jahresbericht auch veröffentlicht werden.

„Interne Datenpflege?“

Um sicher zu stellen, dass Dokumentationsmängel abgestellt werden – und nicht nur die Mängel in den Exportdatensätzen – hat sich der LQB grundsätzlich stets einen Datenabgleich auch bei unauffälligen Ergebnissen vorbehalten. Dieses wurde zusammen mit den oben genannten Maßnahmen allen Krankenhausdirektionen mitgeteilt.

Modul	Klinikum Bremen-Mitte Ist/Soll	Klinikum Bremen-Ost Ist/Soll	Klinikum Bremen-Nord Ist/Soll	Klinikum Links der Weser Ist/Soll	DIAKO Ist/Soll	St.-Joseph-Stift Ist/Soll	RKK Ist/Soll	Roland-klinik Ist/Soll	Paracelsusklinik Ist/Soll	Klinikum Reinkenheide Ist/Soll	KH Am Bürgerpark Ist/Soll	St.-Joseph-Hospital Ist/Soll	Gesamt Ist/Soll
9/1	25/25 (100%)	39/39 (100%)	49/49 (100%)	199/206 (97%)	27/27 (100%)	39/40 (98%)	21/23 (91%)			74/76 (97%)	36/37 (97%)	13/13 (100%)	522/535 (98%)
9/2	7/6 (100%)	1/1 (100%)	2/2 (100%)	61/36 (100%)		22/20 (100%)	3/3 (100%)			5/5 (100%)	2/2 (100%)	5/5 (100%)	108/80 (100%)
9/3	1/2 (50%)	6/5 (100%)	9/9 (100%)	39/61 (64%)	3/5 (60%)	4/7 (57%)	4/5 (80%)			3/3 (100%)	6/6 (100%)	1/1 (100%)	76/104 (73%)
10/2	60/60 (100%)		83/82 (100%)	25/26 (96%)	1/1 (100%)		71/71 (100%)			17/17 (100%)		28/27 (100%)	285/284 (100%)
12/1	157/162 (97%)	164/164 (100%)	191/189 (100%)	179/178 (100%)	239/233 (100%)	230/233 (99%)	116/115 (100%)			220/203 (100%)	220/220 (100%)	158/160 (99%)	1874/1711 (100%)
15/1	469/494 (95%)		321/318 (100%)	388/384 (100%)	906/875 (100%)	563/546 (100%)	0/8 (0%)			353/371 (95%)	0/2 (0%)	184/192 (96%)	3184/3190 (99%)
16/1	1342/1408 (95%)		1363/1328 (100%)	1570/1575 (99%)	606/609 (99%)	1271/1277 (99%)				833/828 (100%)		733/737 (99%)	7665/7762 (99%)
17/1	128/127 (100%)	133/132 (100%)	164/158 (100%)	113/111 (100%)	75/68 (100%)	144/134 (100%)	103/97 (100%)	4/5 (80%)	0/1 (0%)	121/121 (100%)	75/71 (100%)	99/92 (100%)	1159/1117 (100%)
17/2	85/84 (100%)	28/28 (100%)	108/107 (100%)	25/25 (100%)	364/229 (100%)	1/1 (100%)	118/115 (100%)	398/388 (100%)	159/159 (100%)	69/67 (100%)	8/7 (100%)	1/1 (100%)	1364/1211 (100%)
17/3	18/17 (100%)	14/14 (100%)	12/12 (100%)	3/3 (100%)	36/31 (100%)		10/9 (100%)	32/30 (100%)	4/4 (100%)	11/10 (100%)	1/1 (100%)		141/131 (100%)
17/5	66/66 (100%)		115/115 (100%)		194/119 (100%)		153/150 (100%)	208/202 (100%)	236/236 (100%)	69/66 (100%)	4/4 (100%)		1042/958 (100%)
17/7	4/4 (100%)		7/7 (100%)		17/13 (100%)		9/9 (100%)	11/11 (100%)	6/6 (100%)	4/4 (100%)			58/54 (100%)
18/1	261/305 (86%)		155/152 (100%)	113/110 (100%)	270/264 (100%)	352/300 (100%)	0/1 (0%)			387/380 (100%)	0/4 (0%)	41/45 (91%)	1579/1489 (100%)
21/3	21/24 (87%)		14/14 (100%)	4286/4205 (100%)	7/7 (100%)	0/4 (0%)	0/13 (0%)			598/594 (100%)	126/128 (98%)	0/1 (0%)	5052/4990 (100%)
Pneu	199/221 (90%)	327/326 (100%)	218/218 (100%)	116/122 (95%)	206/207 (99%)	157/191 (82%)	200/196 (100%)			129/144 (90%)	207/214 (97%)	279/290 (96%)	2038/2129 (96%)
MDS				12					1				13
Σ	2843/3005 (95%)	712/709 (100%)	2811/2760 (100%)	7129/7042 (100%)	2951/2688 (100%)	2783/2753 (100%)	808/815 (99%)	653/636 (100%)	406/406 (100%)	2893/2889 (100%)	685/696 (98%)	1542/1564 (99%)	26160/25745 (100%)

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.

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

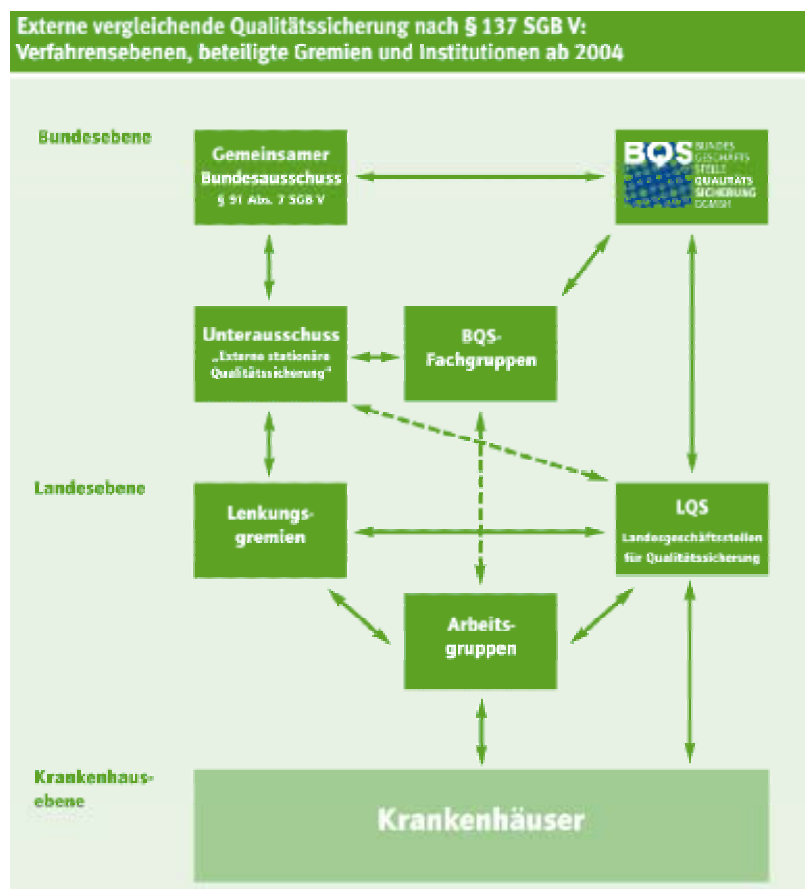
Begleitung und Durchführung lokaler Projekte

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

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 SGB V 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 2006