

Externe Qualitätssicherung der Krankenhäuser im Land Bremen

2007

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., MPH

Gesundheits- und Sozialwissenschaftlerin, Krankenschwester

Inhalt	Seite
Einführung.....	5
Lenkungsausschuss Bremen	7
Fachgruppen in Bremen.....	9
Berichte zu den Modulen aus den Fachgruppen	
Begriffe, Abkürzungen, Anmerkungen	11
Chirurgie	
Carotisrekonstruktion.....	14
Cholezystektomie.....	15
Geburtshilfe und Neonatologie	
Geburtshilfe	17
Neonatologie	19
Herzschrittmacher	
Herzschrittmachererstimplantation	21
Herzschrittmacheraggregatwechsel	22
Herzschrittmacherexplantation/-revision	23
Kardiologie	
Koronarangiographie und perkutane Koronarintervention (PCI)	25
Operative Gynäkologie	
Gynäkologische Operationen.....	26
Mammachirurgie	27
Orthopädie/Unfallchirurgie	
Hüftgelenknahe Femurfraktur	29
TEP bei Coxarthrose.....	31
Hüft-TEP-Wechsel und -Komponentenwechsel	33
Knie-TEP.....	35
Knie-TEP-Wechsel.....	36
Pflege	
Generalindikator Dekubitusprophylaxe.....	37
Pneumonie	
Ambulant erworbene Pneumonie.....	39
Anhang	
Bewertung von Dokumentationsmängeln (LQB - Beschluss)	43
Beteiligung der Kliniken an der externen Qualitätssicherung in Bremen.....	45
Grundlagen der verpflichtenden externen vergleichenden Qualitätssicherung	47

Einführung

In diesem Jahr legen wir den sechsten 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.

Erfreulicherweise sind in den meisten Leistungsbereichen durchweg positive Entwicklungen zu verzeichnen. Auch wurden die Dokumentationsprobleme in den meisten Bremer Krankenhäusern inzwischen bewältigt. Wo dies für 2007 noch nicht gelungen ist, erfolgte die Beurteilung in diesem Jahr erstmals gemäß dem Bewertungskatalog, der im Januar 2008 vom Bremer Lenkungsausschuss Qualitätssicherung beschlossen wurde und im Anhang dieses Berichtes veröffentlicht ist.

Die neu gegründete Fachgruppe Anästhesiologie hat in diesem Jahre in zwei Sitzungen mit der Beratung aktueller Fragestellungen begonnen. Die Berichterstattung über die Arbeit dieser Fachgruppe ist ab dem Bericht für das Jahr 2008 vorgesehen.

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 November 2008

Lenkungsausschuss Qualitätssicherung Bremen

Vorsitz: Frau Irmgard Danne
Stellvertr. Vorsitzende: Frau Cornelia Plötz

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
Bis Juni 2008 : 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

Anästhesiologie

Vorsitz : Herr Prof. Mohr, Diako

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

Chirurgie

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

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

Geburtshilfe und Neonatologie

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

Stellvertreter: Herr Dr. Körner, Klinikum Links der Weser

Operative Gynäkologie

Vorsitz: Herr Dr. Menke, Klinikum Bremen-Mitte

Stellvertreterin: Frau Toth, 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 Links der Weser

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 2007 angeführt. In der Regel sind der Landes- und Bundesdurchschnitt sowie die Spannbreite der Landesergebnisse aufgeführt. Sofern ein bundesweiter Referenzwert definiert wurde, ist er in der rechten Spalte abzulesen. 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)

Axilladissektion

Entfernung von Lymphknoten in der Achselhöhle.

BeT

Brust erhaltende Therapie

CRB-65:

Punkteskala, aus der Aussagen zur Schwere einer Lungenentzündung und zum Heilungsverlauf abgeleitet werden. Folgende Kriterien sind Bestandteil des Scores CRB-65:

- Pneumoniebedingte Desorientierung (Mental Confusion)
- Spontane Atemfrequenz ≥ 30 pro Minute (Respiratory rate)
- Blutdruck (systolisch < 90 mmHg oder diastolisch ≤ 60 mmHg) (Blood pressure)
- Alter ≥ 65 Jahre

CRP = C-reaktives Protein im Serum

Das C-reaktive Protein (CRP) ist ein Entzündungsparameter, der in der Akutphase bei massiven Entzündungsprozessen stark ansteigt. Die wiederholte Bestimmung im Verlauf dient der Kontrolle des Therapierfolges.

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)

Foudryant

Blitzartige, dramatische Verschlechterung

Kollegiales Gespräch

Besondere Sachverhalte (Referenzwertabweichungen, seltene Komplikationen) werden von der betreffenden Abteilung in einem Gespräch in der Fachgruppe oder mit Vertretern aus der Fachgruppe ausführlich erläutert.

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 soll eine einheitliche Bewertung ermöglichen. 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).

Staging

Untersuchungen zum Erkennen der Krankheitsausbreitung. Beispielsweise werden bei einem invasivem Mammakarzinom Lymphknoten aus der Achselhöhle entnommen und daraufhin untersucht, ob der Primärtumor bereits über die Lymphwege Krebszellen streut.

***) entfällt**

Wenn bei einzelnen Qualitätsindikatoren Kliniken weniger als 20 Patienten mit den entsprechenden Merkmalskombinationen behandelt hatten, ist 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: 326

Qualitätsindikator	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen *)	Bundesweiter Referenzwert
Indikationsstellung				
<ul style="list-style-type: none"> bei asymptomatischer Stenose, Anteil an Patienten mit einer Stenose $\geq 60\%$ 	92,1%	92,3%	85,7%-100%	$\geq 80\%$
<ul style="list-style-type: none"> bei symptomatischer Stenose, Anteil an Patienten mit einer Stenose $\geq 50\%$ 	96,6%	97,4%	96%-100%	$\geq 90\%$
Perioperative Schlaganfälle oder Todesfälle (= QI 3-6)				
<ul style="list-style-type: none"> bei asymptomatischer Stenose (Stenose $\geq 60\%$) ohne kontralateralen Verschluss oder kontralaterale Stenose $\geq 75\%$ 	1,3%	0,9%	0-4,3%	$< 3\%$
<ul style="list-style-type: none"> bei asymptomatischer Stenose (Stenose $\geq 60\%$) mit kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose $\geq 75\%$ 	2,4	5,3%	entfällt*)	$< 5\%$
<ul style="list-style-type: none"> bei symptomatischer Stenose mit Stenosegrad $\geq 70\%$ 	2,8%	4,5%	2%-4,8%	$< 6\%$
<ul style="list-style-type: none"> bei symptomatischer Stenose mit Stenosegrad von 50-69% 	2,5%	0%	entfällt*)	$< 6\%$
Anteil an Patienten mit schweren Schlaganfällen oder Tod	1,5%	1,2%	0-2,%	Nicht def.

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

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Chirurgie für 2007:

Zum Qualitätsindikator **Perioperative Schlaganfälle oder Tod** werden in einem kollegialen Gespräch mit einer Klinik die Vorgeschichte und der Verlauf bei zwei Todesfällen ausführlich beraten. Es wurde festgestellt, dass in den beiden Fällen die erforderlichen Maßnahmen erfolgt seien.

Außerdem erfolgt ein Erfahrungsaustausch zur diagnostischen Bedeutung der CT-Angiographie und zur Entscheidungsfindung zwischen den verschiedenen Operationstechniken oder auch einer Stentimplantation. So sei bei Patienten mit Narkoserisiken die Stentimplantation auch deswegen als Alternative zu erwägen, da keine Narkose erforderlich sei.

Ebenso wie die Fachgruppe auf Bundesebene und die fachlichen Experten anderer Bundesländer hält es die Bremer Fachgruppe unverändert für erforderlich, die externe Qualitätssicherung baldmöglichst auch für die Stentimplantation umzusetzen.

Cholezystektomie (Modul 12/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1892

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Anteil an Patienten mit fraglicher Indikation	1,4%	0,7%	0-1,7 %	≤5%
Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	96,5%	98,1%	93,1%-100 %	≥ 95%
Erhebung eines histologischen Befundes	99,1%	99,8%	99 %-100 %	≥ 95%
Eingriffsspezifische Komplikationen Pat. mit mind. einer Komplikation				
• Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation	2,5%	1,8%	0-4%	≤ 6,4%
• Anteil von Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC	0,1%	0,2 %	0-0,9 %	sentinel event
Postoperative Wundinfektionen alle Patienten	1,4%	1,4%	0-4,3%	Nicht def.
• risikoadjustiert (Anteil an Patienten der Risikoklasse o)	0,5%	0,2%	0-0,8%	≤2%
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen				
• alle Patienten	2,9%	2,3 %	1-5,1%	≤7,9%
• laparoskopisch	2,2%	1,6 %	0-4%	≤6,3%
• offen-chirurgisch	12,5%	8,5 %	6,1-14,3%	≤28,6%
Reinterventionsrate	1%	0,9 %	0-2,7%	≤1,5%
Letalität	0,3%	0,2%	0-1%	sentinel event

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Chirurgie für 2007:

Eingriffsspezifische Komplikationen (Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus = DHC)

Anteil von Patienten mit Verschluss oder Durchtrennung des DHC an allen Patienten

Diese Komplikation ist in zwei Häusern aufgetreten. Aus beiden Kliniken liegen Stellungnahmen vor, die im kollegialen Gespräch ausführlich beraten wurden. Dabei wird auch problematisiert, dass die Darstellung und Identifikation der anatomischen Strukturen von besonderer Bedeutung sind, jedoch die Darstellung der Einmündung in den Hauptgallengang nicht in jedem Fall möglich oder notwendig ist und diese ebenso wie eine vollständige Freipräparation der Gallenblase auch mit Risiken wie Blutungen oder Durchblutungsstörungen verbunden ist.

Aus beiden Häusern wurden die jeweiligen Verläufe ausführlich dargestellt und auf Nachfragen erläutert. Die Fachgruppe stellt einhellig fest, dass die erforderliche Sorgfalt gewährleistet war und insbesondere die DHC-Verletzungen jeweils erkannt, Art und Ausmaß der Verletzung sorgfältig abgeklärt und die notwendigen Schritte unverzüglich durchgeführt wurden.

So wurde in einem Haus noch intraoperativ die Bauchhöhle eröffnet und die erforderlichen Maßnahmen eingeleitet.

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

Die Letalität bei Cholezystektomien gilt als sentinel event. Dementsprechend lagen von den beiden betroffenen Abteilungen schriftliche Stellungnahmen vor, die auch im kollegialen Gespräch ausführlich beraten werden. Anhand der schweren Vorläufe wird die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit unterstrichen und grundsätzlich empfohlen, stets auch die internistische Vorgeschichte und den Zeitpunkt für die Verlegung in die Chirurgie hausintern kritisch zu reflektieren.

Zu den konkreten Fällen stellte die Fachgruppe einstimmig fest, dass kein Anhalt für qualitative Mängel gegeben ist. Einerseits handelte es sich um einen schicksalhaft verlaufenen, nachvollziehbar und schlüssig dargelegten Einzelfall einer 88-jährigen Patientin, die einige Wochen nach der Operation nach zwischenzeitlicher Besserung bei erheblicher kardialer Comorbidität an cardiopulmonalen Komplikationen verstarb. Auch bei der Beratung der beiden weiteren Fälle in einer anderen Abteilung wurde deutlich, dass erhebliche Begleiterkrankungen bestanden.

Geburtshilfe (16/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: (7864 Geburten), (8029 Kinder)

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Mikroblutuntersuchungen bei Einlingen mit pathologischem CTG	23,7%	32,8%	19,6-49,6%	Nicht def.
Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG und sekundärer Sectio caesarea	22,7%	31,5%	20-44,4%	Nicht def.
EE-Zeit (Zeit zwischen dem Entschluss zum Kaiserschnitt und der Geburt) bei Notfallkaiserschnitt > 20 Minuten	2,8%	2,5%	*)	sentinel event
Anwesenheit des Pädiaters bei Frühgeburt (Anteil lebend geborenen Frühgeborenen (24+0 bis unter 35+0 Wochen), bei denen ein Pädiater vor der Geburt eingetroffen ist)	91,4%	92,4%	88,3%-99%	>=90%
Bestimmung des Nabelarterien pH-Wertes	98,7%	98,9%	96,7%-99,5 %	>=95%
Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	0,2 %	0,2%	0-0,4%	<=0,3%
Kritisches Outcome bei reif Geborenen	0,03%	0%	0-0,1%	sentinel event
Dammriss III/IV. Grades bei spontanen Einlingsgeburten (alle) <ul style="list-style-type: none"> ohne Episiotomie mit Episiotomie 	1,5% 1,0% 2,9%	1,4% 0,9% 2,8%	0,4-2,5% 0-1, % 1,1-6,4%	<=3% Nicht def. Nicht def.
Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen <ul style="list-style-type: none"> nach Spontangeburt nach vaginal-operativer Entbindung nach Sectio caesarea 	0,1% 0,4% 0,2%	0,1% 0,5% 0,3%	0-0,2% 0-4,8% 0-0,9%	Nicht def. Nicht def. Nicht def.
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 	77,8% 86,6% 89,6%	71,8% 87,0% 89,5%	67,8-88,6% 83,7-96,9% 85,-96,6%	Nicht def. Nicht def. >=95%
Mütterliche Todesfälle	0,04‰	0,00‰	0 Fälle	sentinel event

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

Sectio caesarea (Entbindungen per Kaiserschnitt im Land Bremen)		
Bezogen auf alle Kinder= 8029		
Per Kaiserschnitt entbunden (insgesamt)	2.179	28,3%
Der Kaiserschnitt war geplant (= primäre Sectio caesarea)	957	12,4%
Die Entscheidung zum Kaiserschnitt fiel im Geburtsverlauf (= sekundäre Sectio caesarea)	1.150	14,9%
Sectio caesarea ohne nähere Angaben	72	0,9%

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Geburtshilfe/Neonatologie für 2007:

Qualitätsindikator 4: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen

In einer Klinik traf in 5 von 13 Fällen der Pädiater erst nach der Geburt ein, es liegen genaue Informationen zu jedem Einzelfall vor, die auch im kollegialen Gespräch erörtert werden. Es wird festgestellt, dass die Probleme durch die regionalen strukturellen Begebenheiten bedingt waren und seitens der Klinik angesichts der räumlichen Trennung zwischen der geburtshilflichen Abteilung und der Kinderklinik bestmöglich gehandelt wurde und kein Anhalt für qualitative Mängel vorliegt.

Qualitätsindikator 7: Kritisches Outcome bei Reifgeborenen

Als „Kritisches Outcome“ wird ein schlechter klinischer Zustand des neugeborenen Kindes bezeichnet, zur Definition werden Grenzwerte für den Allgemeinzustand („APGAR“) und den Säure-Basen-Haushalt herangezogen. Dieses sentinel event ist im Land Bremen in einem Fall aufgetreten. Die Analyse des Einzelfalles ergab, dass es sich um einen nachvollziehbaren Verlauf bei einer Notfallaufnahme gehandelt hatte und kein Anhalt für qualitative Mängel vorliegt.

Dokumentationsmängel:

Eine Klinik hatte beim Qualitätsindikator „Antenatale Kortikosteroidtherapie“ in drei von fünf Fällen die Lungenreifebehandlung nicht für die externe QS dokumentiert. Es wurde mitgeteilt, dass die Medikamentengabe erfolgt sei und es sich um einen Dokumentationsfehler handelt. Dementsprechend ist festzustellen, dass die Behandlungsqualität bei der erforderlichen vorgeburtlichen Lungenreifebehandlung bei Frühgeburten aufgrund der mangelhaften Qualitätssicherungsdokumentation in diesem Haus nicht beurteilt werden kann.

Eine weitere Klinik hatte bei den Qualitätsindikatoren „Antenatale Kortikosteroidtherapie“, „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen“ und „EE-Zeit bei Notfallkaiserschnitt“ die Referenzwerte nicht erreicht. Die hausinternen Recherchen hatten ergeben, dass es sich um eine EDV-Problematik handele, da Korrekturen der geburtshilflichen Abteilung, die noch vor dem Datenexport erfolgt seien, nicht im Exportdatensatz des Hauses enthalten gewesen seien.

Nach intensiver Analyse im kollegialen Gespräch stellt die Fachgruppe fest, dass die Behandlungsqualität in der geburtshilflichen Abteilung des Hauses aufgrund der mangelhaften Qualitätssicherungsdokumentation nicht beurteilbar ist. Dies sei umso bedauerlicher, als bereits in den Vorjahren Dokumentationsmängel aufgetreten waren und die Abteilung deswegen besondere Anstrengungen für eine zuverlässige Dokumentation unternommen hatte.

Die Krankenhausleitungen wurden über diese Dokumentationsprobleme ebenso informiert, wie über den LQB- Beschluss, Krankenhäuser mit Dokumentationsmängeln ab 2009 namentlich zu veröffentlichen.

Neonatologie

In der Geburtshilfe und in der neonatologischen Versorgung beteiligten sich die Krankenhäuser im Land Bremen ebenso wie in den meisten Bundesländern bereits seit vielen Jahren an den standardisierten Qualitätssicherungsmaßnahmen. Während die geburtshilfliche Qualitätssicherung seit 2001 bundeseinheitlich verpflichtend geregelt ist, ist die Teilnahme an der neonatologischen Qualitätssicherung zurzeit noch freiwillig – alle Bremer Kinderkliniken nehmen jedoch stets daran teil. Die neonatologischen Auswertungen für das Land Bremen werden alljährlich in der Bremer Fachgruppe Geburtshilfe und Neonatologie zur Beratung vorgesehen.

Aus der Bremer Auswertung für 2007:

Geburtsgewicht und Gestationsalter

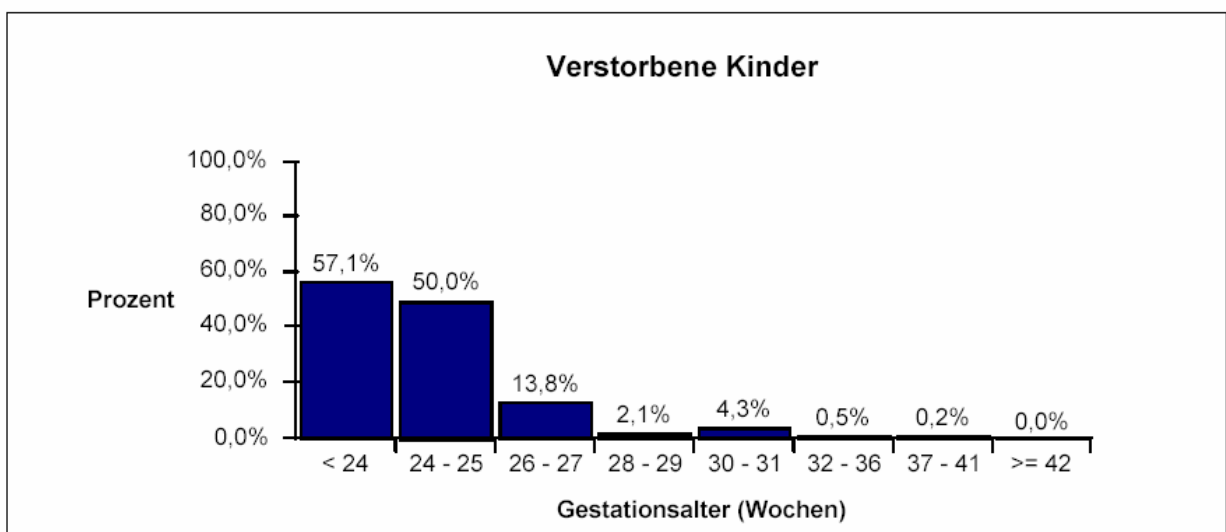
Geburts- gewicht (g)	Gestationsalter (vollendete Schwangerschaftswochen)								Gesamt
	< 24	24 - 25	26 - 27	28 - 29	30 - 31	32 - 36	37 - 41	>= 42	
< 500	n	1	2						3
	%	14,3	11,1						0,1
500-749	n	2	9	6	2				19
	%	28,6	50,0	20,7	4,3				0,9
750-999	n	4	7	16	11	5			43
	%	57,1	38,9	55,2	23,4	10,9			2,1
1000-1249	n			5	17	6	4		32
	%			17,2	36,2	13,0	0,6		1,6
1250-1499	n			2	14	15	25		56
	%			6,9	29,8	32,6	4,0		2,8
1500-2499	n				3	19	338	114	476
	%				6,4	41,3	53,8	9,4	23,6
>=2500	n					1	261	1097	1387
	%					2,2	41,6	90,6	68,8
Gesamt	n	7	18	29	47	46	628	1211	2016
	%	0,3	0,9	1,4	2,3	2,3	31,2	60,1	100,0

Zeile 1-7 (Geburtsgewichtsklassen):

Die %-Angaben sind Spalten-%, d. h. 100% = Anzahl Kinder pro Reifealter

Zeile 8 (Gesamt):

Die %-Angaben sind Zeilen-%, d. h. 100% = alle Kinder



Darüber hinaus finden seit April 2006 im Qualitätsbüro regelmäßige Todesfallkonferenzen unter Beteiligung aller Kinderkliniken des Landes Bremen statt. Dabei werden alle Fälle im kollegialen Gespräch erörtert, bei denen ein Kind während des ersten Lebensjahres in einer Bremer Kinderklinik verstarb.

Für 2007 sowie die erste Jahreshälfte 2008 erfolgten die Beratungen in drei Sitzungen zwischen April und August 2008. In den Verlaufsanalysen der Fälle ergaben sich folgende Beratungsschwerpunkte

- **Logistische Aspekte:**

Beispielsweise eine schnelle Verfügbarkeit geeigneter Rettungsfahrzeuge und Inkubatoren bei der notfallmäßigen Erstaufnahme oder Verlegungen oder die Kriterien und der Zeitpunkt für eine Verlegung.

Grundsätzlich muss gewährleistet sein, dass gefährdete Schwangere/Kinder in möglichst kurzer Zeit eine optimal geeignete und ausreichend ausgestattete Klinik erreichen können, zumal wohnortferne Behandlungen gerade bei längerfristigen Verläufen den notwendigen Kontakt von Mutter, Kind und Herkunftsfamilie erschweren. Da es jedoch nicht möglich ist, hochspezialisierte Schwerpunkte (kinderchirurgisch, kardial) in jeder Kinderklinik anzusiedeln, wurde die Bedeutung der flexiblen kollegialen Zusammenarbeit betont. So hätten sich Konsile zur frühzeitigen Einbindung der Spezialisten bewährt, sofern diese leistbar seien.

- **Medizinische Prozessoptimierung:**

Etwa die labormedizinische Diagnostik; die Indikationen, Dosierung und Auswahl geeigneter Präparate für eine medikamentöse Behandlung oder auch intensivmedizinische Detailfragen, beispielsweise zum Einsatz von Absaugsystemen oder zur maschinellen Beatmung.

Es wurde bei den Fallbesprechungen deutlich, dass es sich jeweils um Kinder mit extremen angeborenen Beeinträchtigungen und/oder foudryanten Verläufen handelte, so dass trotz Einleitung aller notwendigen Maßnahmen der schicksalhafte Verlauf nicht abgewendet werden konnte.

Herzschrittmacher Erstimplantation (Modul 9/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 461

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	89,9%	92,9%	82,6-100%	≥90%
Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	93,3%	96,6%	88,6-100%	≥90%
Leitlinienkonforme Indikationsstellung und leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	85%	90,4%	73,9-99%	≥80%
Eingriffsdauer (Anteil von Pat. mit Eingriffszeit bis 90 Min. bei DDD)	89,6%	78,3%	51,5-100%	≥55%
Eingriffsdauer (Anteil von Pat. mit Eingriffszeit bis 60 Min. bei VVI)	86,3%	70,7%	51,3-73,9%	≥60%
Anteil von Patienten mit Durchleuchtungszeit bis 9 Min. bei Patienten mit VVI	92,8%	88,6%	87,2-100%	≥75%
Perioperative Komplikationen (chirurgische Komplikationen)	1,1%	0,7%	0-4,3%	≤2%
Perioperative Komplikationen (Vorhofsendendislokation)	1,6%	1,6%	0-4%	≤3%
Perioperative Komplikationen (Ventrikelsendendislokation)	1,2%	0,7%	0-4,3%	≤3%
Letalität	1,2%	2,2%	0-13%	sentinel event

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
- Leitlinienkonforme Indikationsstellung und leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
- Eingriffsdauer bei VVI
- Perioperative Komplikationen: Sondendislokationen im Vorhof
- Perioperative Komplikationen: Chirurgische Komplikationen
- Letalität

AAI, VVI, VVI und DDD kennzeichnen unterschiedliche Schrittmachersystemtypen: AAA- und VVI-Schrittmacher sind Einkammersysteme (Stimulation von Vorhof oder Herzkammer), DDD und VDD Zweikammersysteme (Stimulation von Vorhof und Kammer).

Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (Modul 9/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 87

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats AAI oder VVI unter 4 Jahre	1,9%	3,1%	0-4,2% (incl. Häuser <20 Datensätze)	sentinel event
Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats AAI oder VVI über 6 Jahre	90,1%	84,4%	50%-100%(incl. Häuser < 20 Datensätze)	≥75%
Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats VDD oder DDD unter 4 Jahre	2,1%	2%	0-3,1% (incl. Häuser < 20 Datensätze)	sentinel event
Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats VDD oder DDD über 6 Jahre	74,8%	79,6%	30-100% (incl. Häuser < 20 Datensätze)	≥50%
Laufzeit des Herzschrittmacher-aggregats (alle Pat. mit dokumentierter gültiger Laufzeit)	90,5%	93,1%	40-100% (incl. Häuser < 20 Datensätze)	≥90%
Eingriffsdauer ≤60 Min.	97%	95,4%	83,3-100%(incl. Häuser < 20 Datensätze)	≥80%
Reizschwellenbestimmung				
• Vorhofsonden	86,6%	96,1%	80-100% (incl. Häuser < 20 Datensätze)	≥39,5%
• Ventrikelsonden	91,3%	99,6%	75-100% (incl. Häuser < 20 Datensätze)	≥47,6%
Chirurgische Komplikationen	0,4%	0%		≤1%

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Laufzeit des Aggregates: AAI oder VVI unter 4 Jahre (9/2)
- Laufzeit des Aggregates: VDD oder DDD unter 4 Jahre (9/2)
- Laufzeit des Aggregates: Patienten mit dokumentierter gültiger Laufzeit (9/2)

AAI, VVI, VVI und DDD kennzeichnen unterschiedliche Schrittmachersystemtypen: AAA- und VVI-Schrittmacher sind Einkammersysteme (Stimulation von Vorhof oder Herzkammer), DDD und VDD Zweikammersysteme (Stimulation von Vorhof und Kammer).

Herzschrittmacherexplantation/-revision (Modul 9/3)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 85

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation zur Revision: Taschenprobleme	1%	1,6%	0-5,7%	≤3%
Indikation zur Revision: Sondenprobleme	7%	8,2%	0-18,2%	≤6%
Indikation zur Revision: Infektion	0,6%	0,9%	0-7,5%	≤1%
Perioperative Komplikationen (chirurgischen Komplikationen)	1,3%	3,5%	0-4,2%	≤2%
Perioperative Komplikationen (Vorhofsendendislokationen)	1,4%	0%		≤3%
Perioperative Komplikationen (Ventrikelsendendislokationen)	0,7%	2,4%	0-33,3% (incl. Häuser < 20 Datensätze)	≤3%

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Indikation zur Revision (1): Schrittmacher-Taschenprobleme (9/3)
- Indikation zur Revision (2): Sondenprobleme (9/3)
- Indikation zur Revision (3): Infektion (9/3)
- Perioperative Komplikationen: Chirurgische Komplikationen (9/3)

Aus den Beratungen der Fachgruppe Schrittmacher für 2007:

Die Ergebnisse der drei Leistungsbereiche wurden von der Fachgruppe gemeinsam beraten.

Intensiv wird der Ort der Sondenfixierung bei Herzschrittmacherimplantation diskutiert. In der Literatur werden das Vorhofrohr und die Lateralwand als gleichwertige Orte für die Sondenfixierung genannt. Das Gespräch in der Fachgruppe ergibt, dass im Lande Bremen beide Verfahren üblich sind.

Im Zusammenhang mit den Beratungen zur Eingriffsdauer wird die Frage diskutiert, welche Zeitgrenzen zur Platzierung der Sonden in den Häusern üblich seien. So gilt in einem Haus die Vorgabe, 60 Minuten nicht zu überschreiten, auch um die Strahlenbelastung für den Chirurgen zu begrenzen. Um einen Aggregatwechsel bzw. einen Revisionseingriff hinauszuzögern, werden jedoch in anderen Abteilungen auch mehrere Versuche unternommen, die Sonde gut zu platzieren, was zugleich i. d. R. auch zu längeren Eingriffszeiten führe. Die Fachgruppe ist sich einig, dass die Eingriffszeiten auch in Fällen schwieriger Sondenplatzierung 90 Minuten nicht überschreiten sollten.

Die Fachgruppe beschließt, ein Haus schriftlich darauf hinzuweisen, die Sondenfixierung nach Angaben des Herstellers stets sicher zu stellen. Das Haus weist eine überdurchschnittliche Rate an Sondenproblemen auf, die einen Revisionseingriff erforderten, u. a. auch wegen eines Twiddler-Syndroms.

Um Synkopen zu vermeiden, hatte eine Klinik entschieden, in einigen wenigen Fällen nicht den Empfehlungen der Leitlinie zu folgen und bei bradykarden Herzrhythmusstörungen einen VVI statt eines DDD-Schrittmacher einzusetzen. Nach Einschätzung der Fachgruppe stellt dieses Vorgehen einen therapeutischen Grenzfall dar, liefere aber keinen Hinweis auf qualitative Mängel.

Ein Haus weist in einigen Fällen Kodierprobleme auf („Brady-Tachy-Syndrome“ oder Bradyarrhythmien wurden als „Bradykardie mit permanentem Vorhofflimmern“ codiert). Die Abteilung wurde auf dieses Dokumentationsproblem hingewiesen.

Die Ergebnisse einer Klinik zu den Qualitätsindikatoren „leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ und „chirurgische Komplikationen“, insbesondere der Taschenhämatome, werden im nächsten Jahr sorgfältig nachbeobachtet werden.

In Bremen wird die Implantation von Schrittmachern überwiegend durch interdisziplinäre Teams durchgeführt.

Aus Sicht der Fachgruppe wäre die Information sehr wichtig, ob der Eingriff von einem Ärzteteam (Chirurg/Internist) oder nur von einem Arzt (Internist) vorgenommen wird und ob sich Unterschiede in Eingriffsdauer und Komplikationsraten, je nach Art der Durchführung (Team/ein Arzt), ergeben.

Insgesamt ergaben sich in diesen Leistungsbereichen keine Anhaltspunkte für qualitative Mängel.

Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (Modul 21/3)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: Koronarangiografien (50179), PCI (2203)

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation zur Koronarangiographie – Ischämiezeichen	91,6%	86,3%	85,4-95,6%%	›=80%
Indikation zur PCI Möglichst selten PCI ohne Symptomatik und ohne Ischämiezeichen	4,8%	8,6%	0-9,3%	‹=10%
Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI (alle PCI mit Indikation „akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24h)	93,3%	92,2%	91,2-93%%	›=85%
Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI (alle PCI)	93,6%	91,8%	85,1-92,2%	›=85%
In-Hospital-Letalität bei <ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit Koronarangiografie • Patienten mit PCI 	0,8% 2,2%	2,7% 3,5%	0-2,7% 0-4,2%	‹=2,8% Nicht def.
Patienten mit Angabe „Diabetes mellitus unbekannt“ oder „Niereninsuffizienz unbekannt“	6,3%	23,1%	0-32,3%	Nicht def.

Aus den Beratungen der Expertengruppe Kardiologie für 2007:

Es wird kritisch diskutiert, ob die ausgewerteten Items als Qualitätsindikatoren geeignet sind, wesentliche Qualitätskriterien bei diesen Eingriffen umfassend darzustellen.

Ein wichtiges Kriterium für die Beurteilung von Qualität sei bspw. der Verlauf bei PCI nach akutem Myokardinfarkt, dies werde aber über die derzeitigen Auswertungen nicht abgebildet.

Auch die In-Hospital-Letalität stelle einen wichtigen Indikator für die Beurteilung der Eingriffe dar. Für 2007 wurden die Ergebnisse erstmals risikoadjustiert ausgewertet. Die Ergebnisse für das Land Bremen sind unauffällig.

In die risikoadjustierte Berechnungen zur In-House-Letalität fließen unter anderem Angaben zur Prävalenz (Anzahl der Erkrankten) von Diabetes mellitus und Niereninsuffizienz ein. Die Güte der Dokumentationsqualität dieser Items wirkt sich also auch unmittelbar auf zu berechnende Letalitätsrate aus.

Aus diesem Grunde wurde der QI „Dokumentationsqualität“ bei diesem Modul eingeführt, mit dem ausgewertet wird, wie häufig eine Abteilung angibt, dass nicht bekannt sei, ob bei deinem Patienten eine Niereninsuffizienz oder ein Diabetes mellitus vorgelegen habe.

Von einem Bremen Krankenhaus, das dies für 32,3% der Patienten angegeben hatte, wurden schriftlich die Gründe für diese unbefriedigende Vollständigkeit dargelegt und Verbesserungsmaßnahmen angekündigt.

Die Expertengruppe stellt nach Prüfung fest, dass kein Anhalt für einen qualitativen Mangel vorliegt.

Gynäkologische Operationen (Modul 15/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 3285

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen (alle Pat.)	0,3%	0,5%	0-1,4%	≤1,9%
Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen bei Pat. ohne Karzinom, ohne Endometriose und ohne Voroperation im gleichen OP-Gebiet	0,3%	0,2%	0-1,1%	≤2,0%
Organverletzungen bei Hysterektomie (alle Patientinnen)	1,6%	1,6%	0-3,9%	≤4,0%
Organverletzungen bei Hysterektomie bei Pat. ohne Karzinom, ohne Endometriose und ohne Voroperation im gleichen OP-Gebiet	1%	1,0%	0-2,9%	≤3,8%
Indikation bei Ovarieingriffen (fehlende Histologie)	2,8%	1,8%	0-5,2%	≤5%
Indikation bei Ovarieingriffen (Pat. mit Follikel- bzw. Corpus-Luteum-Zyste oder Normalbefund)	19,7%	29,1%	7,7-65,8%	≤20%
Fehlende Histologie bei Konisation	1,7%	0%		≤5%
Fehlende Malignitätskriterien bei Konisation	4,8%	16,7%	0-59,1% (incl. Häuser <20 Datensätze)	≤14,5%
Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie	92,7%	96,9%	89,9-100%	≥90%
Indikation bei Hysterektomie	1,8%	1,7%	0,5-4,8%	≤2,5%
Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie	99%	99,7%	99,1-100%	≥95%

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 Ovarieingriffen (fehlende Histologie)
- Indikation bei Ovarieingriffen (Pat. mit Follikel- bzw. Corpus-Luteum-Zyste oder Normalbefund)
- fehlende Malignitätskriterien bei Konisation
- Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie
- Indikation zur Hysterektomie

Größtenteils handelt es sich um geringe Abweichungen vom Referenzwert. Aufgrund der übermittelten Stellungnahmen ergab sich kein Anhalt für Qualitätsmängel.

Mammachirurgie (Modul 18/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1468

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Intraoperatives Präparateröntgen	91,2%	99,3%	96,9-100%	≥95%
Angabe Sicherheitsabstand bei BeT	92,9%	93,6%	81,3-98,2%	≥95%
Angabe Sicherheitsabstand bei Mastektomie	88,1%	90,9%	69,7-100%	≥95%
Axilladisektion bei DCIS	10,2%	8%	0-40% (incl. Häuser <20 Datensätze)	≤5%
Axilladisektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SNLB) bei invasivem Mamma-Ca	95,8%	98,3%	97,3-100%	≥95%
Anzahl Lymphknoten	84,9%	88,1%	72,9-100%	≥95%
Meldung an Krebsregister	87,9%	98,5%	97-100%	≥95%

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand bei Mastektomie und Brust erhaltender Therapie (BeT)
- Axilladisektion bei Patientinnen mit DCIS (Ductales Carcinoma in situ)
- Anteil von Patientinnen mit Entnahme weniger als 10 Lymphknoten bei invasivem Karzinom

Aus den Beratungen der Fachgruppe Operative Gynäkologie für 2007:

Die Ergebnisse des Indikators „Axilladisektion bei DCIS“ werden kritisch diskutiert. Der S3-Leitlinie (Kreienberg et al. 2008) und den Empfehlungen der Bundesfachgruppe Mammachirurgie zufolge ist ein axilläres Staging (Axilladisektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie) bei ausschließlichem DCIS nicht erforderlich, da eine axilläre Metastasierung ausgeschlossen ist. Lediglich bei ausgedehnten DCIS-Befunden ist eine SNLB gerechtfertigt, um eine Mikroinvasion nicht zu übersehen (vgl. ebd).

In Bremen hatte eine Klinik angeführt, es sei aufgrund besonderer anatomischer Bedingungen eine Axilladisektion statt einer SNLB durchgeführt worden, da das Markierungsmittel nicht in den Tumor injiziert werden konnte. Die Bremer Fachgruppe stellt hierzu fest, dass zur Darstellung des Wächterlymphknotens bei einer Sentinel-Node-Biopsie das Markierungsmittel nicht in den Tumor injiziert werden muss, eine Injektion in das Gewebe ist hinreichend. Die Abteilung wird auf diesen Sachverhalt hingewiesen.

Die Entscheidung für eine Axilladisektion bei DCIS ist stets sehr sorgfältig abzuwägen. Ein Haus hatte Axilladisektionen mit Verweis auf Voroperationen im Gewebe begründet und die Auffassung vertreten, dass die Entnahme des Wächterlymphknotens nicht mehr möglich gewesen sei. Die Fachgruppe stellt fest, dass eine SNLB auch in voroperiertem Gewebe möglich sei. Schriftlich wird die Abteilung nachdrücklich darauf hingewiesen, zukünftig Axilladisektionen bei Patientinnen mit DCIS zu vermeiden und – sofern ein Staging angezeigt ist – eine SNLB durchzuführen.

Eine Klinik wird aufgefordert, zukünftig mehr Sorgfalt auf die Verschlüsselung der Diagnosen und Prozeduren zu legen, da hier einige Ungenauigkeiten zu verzeichnen waren.

Noch nicht zufriedenstellend sind nach Einschätzung der Fachgruppe die Ergebnisse des Indikators „Anzahl Lymphknoten bei invasivem Mamma-Ca“. Die Fachgruppe hatte in einem Schreiben

die Abteilungsleitungen im vergangenen Jahr darauf hingewiesen, Axilladissektionen entsprechend der aktuellen S3-Leitlinie und den Empfehlungen der Bundesfachgruppe durchzuführen. Danach sollen mindestens 10 Lymphknoten der Level 1 und 2 entnommen werden. Bei sehr kranken Patientinnen kann zu Gunsten der Lebensqualität auf eine Dissektion verzichtet werden, ggf. kann eine SNLB durchgeführt werden.

In einigen Häusern werden indes immer noch bei hochbetagten und/oder sehr kranken Frauen Samplings durchgeführt (Entnahme einzelner Lymphknoten). Aus diagnostischer Sicht bringe diese Maßnahme allerdings keine gesicherte Erkenntnis. Dieser Eingriff kann die Lebensqualität dagegen nachhaltig einschränken (Lymphödem, geringe Mobilität, Schmerzen). Lediglich zur Druckentlastung sei die Indikation zu einer therapeutischen Entfernung von deutlich vergrößerten Lymphknoten gegeben.

Die Fachgruppe rät den auffälligen Krankenhäusern dringend die Umsetzung der aktuellen S3-Leitlinie an.

Der Indikator wird im nächsten Jahr bei diesen Kliniken besonders sorgsam beobachtet.

Ein Haus gibt an, eine Reihe von numerischen Auffälligkeiten zu den Qualitätsindikatoren „Anzahl Lymphknoten bei invasivem Karzinom“ und „Angabe Sicherheitsabstand bei Mastektomie“ seien auf Dokumentationsfehler zurückzuführen. Gemäß dem Beschluss des Lenkungsausschusses Qualitätssicherung (LQB) zur Dokumentationsqualität werden die Ergebnisse zu den zwei Indikatoren aufgrund der unzureichenden Qualitätssicherungsdokumentation als nicht bewertbar beurteilt.

Die metrische Angabe des Sicherheitsabstandes bei Mastektomie und BeT ist sehr bedeutsam, da er wichtige Hinweise für das weitere therapeutische Vorgehen geben kann (z. B. Strahlentherapie nach Mastektomie). Seit einigen Jahren wird berichtet, dass diese metrischen Angaben in den pathologischen Befunden zum Sicherheitsabstand bei Brust erhaltender Therapie (BeT) und Mastektomie gelegentlich fehlen.

Mittlerweile wurde ein Dialog zwischen der Fachgruppe operative Gynäkologie und den pathologischen Instituten/Praxen im Lande Bremen angestoßen, um die Problematik interdisziplinär zu beraten.

Eine Abteilung hatte umfangreiche Dokumentationsungenauigkeiten in den beiden gynäkologischen Leistungsbereichen eingeräumt. In der angeforderten Stellungnahme wurden die angefragten Fälle sehr ausführlich und nachvollziehbar dargelegt und erläutert. Hinweise auf qualitative Mängel konnte die Fachgruppe nicht erkennen.

Um die gründlichen Nachbearbeitungen der Abteilung zu würdigen, beschloss die Fachgruppe folgende Bewertung: „Trotz zweifellos umfangreicher Dokumentationsmängel ist aus der ausführlichen Stellungnahme zu den beanstandeten Einzelfällen eine aussagekräftige und plausible Bewertung des Hauses abzuleiten.“

In verschiedenen Einzelgesprächen hat die Abteilung versichert, für die Zukunft Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität eingeleitet zu haben. Die Ergebnisse des Hauses werden im 2009 im Jahresvergleich sorgfältig beobachtet werden.

Im Longitudinalvergleich der letzten Jahre lässt sich tendenziell eine Abnahme numerischer Auffälligkeiten landesweit erkennen. Bremenweit reduzierte sich die Zahl ergebnisauffälliger Qualitätsindikatoren und auch je Haus haben sich die Abweichungen insgesamt verringert. Ebenfalls stetig verbessert hat sich die Dokumentationsqualität in den gynäkologischen Leistungsbereichen.

Hüftgelenknahe Femurfraktur (Modul 17/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1224

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Präoperative Verweildauer >48 h	12,9%	6,8%	3,6-14,9%	≤15%
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	97%	98,7%	92-100%	≥95%
Gefähigkeit bei Entlassung	6,5%	2,6%	0-14,7%	≤20,5%
Implantatfehl- lage, Dislokation oder Fraktur	1,3%	1,6%	0-4%	≤2%
Allgemeine postoperative Komplikationen	7,3%	8,4%	3,6-18,8%	≤16,5%
Reinterventionen wegen Komplikationen	4,1%	3,0%	0-10%	≤12%
Letalität				
• bei Pat. mit osteosynthetischer Versorgung	4,6%	3,2%	0-7,7%	≤11,2%
• bei Pat. mit endoprothetischer Versorgung	6,1%	7,6%	0-20,7%	≤14,3%

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie für 2007

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Perioperative Antibiotikaprophylaxe
- Gefähigkeit bei Entlassung
- Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Fraktur
- Allgemeine postoperative Komplikationen
- Reinterventionen wegen Komplikationen
- Letalität bei Pat. mit endoprothetischer Versorgung

In diesem Jahr wurden die Datensätze erstmals nicht getrennt nach Schenkelhals- und pertrochantärer Fraktur, sondern zusammen ausgewertet.

Die Ergebnisse von drei Kliniken waren für 2007 für den Longitudinalvergleich vorgesehen. Eine Klinik wies zu den angefragten Indikatoren des vorhergehenden Jahres keine numerische Auffälligkeiten auf. Für die anderen zwei Kliniken, bei denen erneut numerische Auffälligkeiten bestanden, ergab die Analyse der Ergebnisse keinen Anhalt für qualitative Auffälligkeiten.

Die perioperative Antibiotikagabe bei Gelenkersatz ist nach einhelliger Einschätzung der Fachgruppe generell in Form einer Einmalgabe zu verabreichen (= „single shot“; vgl. auch: SIGN-Publication 45. 2000). Die Ergebnisse des Hauses, das den Referenzwert unterschritten hatte, werden nach Prüfung als nicht auffällig bewertet.

Die Letalitätsraten bei Schenkelhalsfraktur und endoprothetischer Versorgung liegen bei drei Häusern oberhalb des Referenzwertes und deutlich über dem Landesmedian (5,8%). Die Fachgruppe beschließt, auch Informationen zu Operationsverfahren, anästhesiologischen sowie allgemein-klinischen Aspekten einzuholen, um sich für die Beurteilung der Verläufe ein möglichst umfassendes Bild von den Patienten machen zu können. Die Fachgruppe prüft die Stellungnahmen sehr sorgfältig. In ihrer abschließenden Bewertung kann sie keinen Hinweis auf Auffälligkeiten erkennen.

Ein Haus weist operationsbedingte Einschränkungen der Gehfähigkeit bei Entlassung in mehr als 14% der Fälle auf. Das Haus unterschreitet zwar den Referenzwert, weicht aber deutlich vom Landesmedian (1,6%) ab. Ebenfalls weicht das Haus zum Qualitätsindikator (QI) „Reintervention“ deutlich vom Landesmedian ab. Zu beiden Indikatoren wurde das Haus von der Fachgruppe als auffällig erachtet. In der Stellungnahme wurden die Hintergründe zu den Einzelfällen nach Einschätzung der Fachgruppe nachvollziehbar und plausibel dargelegt. Hinweise für qualitative Auffälligkeiten kann die die Fachgruppe nicht erkennen.

Zu den Stellungnahmen der anderen Kliniken wird kein Hinweis auf qualitative Mängel festgestellt.

Es ist eine deutlich rückläufige Anzahl numerischer Auffälligkeiten (Abweichungen vom Referenzwert) zu beobachten. Ebenfalls grundsätzlich positiv entwickelt sich die Güte der Dokumentationsqualität.

Angeregt diskutiert wurde die Frage, ob die medikamentöse antithrombozytäre Therapie von Patienten mit implantierten Stents präoperativ (ca. 7 Tage) abgesetzt werden sollte. Es wird eine aktuelle Leitlinie zitiert, derzufolge die Medikamente (z. B. ASS[®]) präoperativ nicht abzusetzen sind. Es wird darauf hingewiesen, dass die antithrombozytäre Wirkung der Medikamente nicht dosisabhängig ist, eine Blutungsgefahr somit grundsätzlich gegeben ist.

Die Fachgruppe regt an, den Sachverhalt in die Kliniken zu geben und die Umsetzung für die Abteilungen eingehend zu prüfen. In der nächsten Fachgruppensitzung wird das Thema erneut beraten werden.

Totalendoprothese bei Coxarthrose (Modul 17/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1387

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation	81,4%	88,9%	65-97,8%	≥90%
Postoperative Beweglichkeit	96,3%	97,7%	95,1-100%	≥95%
• von mind. 0/0/70 Grad				
• nach Neutral-Null-Methode dokumentiert	84,4%	94,9%	45,5-100%	≥95%
Gehfähigkeit bei Entlassung	0,8%	0,7%	0-5%	≤3,4%
Gefäß- oder -Nervenschaden	0,4%	0,5%	0-2,1%	≤2%
Implantatfehl- lage, -dislokation oder Fraktur	1,1%	1,4%	0-2,7%	≤2%
Endoprothesenluxation	0,6%	0,4%	0-5%	≤5%
Postoperative Wundinfektion	0,7%	0,9%	0-9,1%	≤3,%
Wundhämatome/Nachblutungen	1,6%	1,2%	0-9,1%	≤8%
Allgemeine postoperative Komplikationen	1,4%	1,7%	0-3,5%	≤5%
Reintervention wegen Komplikation	2,3%	2,1	0-13,6%	≤9%
Letalität	0,2%	0,3%	0-1,4%	sentinel event

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie für 2007:

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

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

Über den Qualitätsindikator „Indikation“ bei Hüft- und Knie-TEP-Implantationen wird der Anlass für die Implantation eines künstlichen Hüftgelenkes abgebildet. Die Fachgruppe reflektiert sehr kritisch die Tendenz der Implantation von künstlichen Hüft- und Kniegelenken (elektiv) bei jungen und vergleichsweise symptomarmen Patienten.

Die Fachgruppe unterstreicht die Wichtigkeit dieses Indikators und fordert dazu auf, die Notwendigkeit für einen operativen Eingriff in der Hüft- oder Knieendoprothetik stets genau abzuwägen.

Nach Einschätzung der Fachgruppe ist für die Aussagekraft des Indikators allerdings auch eine Präzisierung des Datensatzes nötig. Sie hat der Fachgruppe auf Bundesebene einen Vorschlag zur Differenzierung des Datensatzes unterbreitet. Sie schlägt vor, dass auch Krankheiten wie Hüft- dysplasien oder Hüftkopfnekrosen als Indikationsstellung benannt werden können. Gleichzeitig plädiert die Bremer Fachgruppe für die Überarbeitung des Datensatzes (z. B. durch Streichung des Items „Simultaneingriff auf der kontralateralen Seite“, da ein solches Vorgehen so gut wie nie praktiziert werde).

Eine Abteilung hatte in der Stellungnahme vielfach auf Dokumentationsfehler verwiesen. Die Fachgruppe stellt fest, dass sich die Abteilung aufgrund der Dokumentationsmängel der Beurteilung entziehe.

Die Entwicklung der Ergebnisse von zwei Kliniken wird im nächsten Jahr mit besonderer Aufmerksamkeit kontrolliert werden.

Zu den übrigen Stellungnahmen ergaben sich keine Anhaltspunkte für qualitative Mängel.

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

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 175

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation	91,4%	94,3%	86,5-100% (incl. Häuser <10Datensätze)	≥75,5%
Postoperative Wundinfektion	3%	3,4%	0-25% (incl. Häuser <10Datensätze)	Nicht def.
Endoprothesenluxation	2,2%	1,1%	0-5,6%	≤10%
Gehfähigkeit bei Entlassung	2,4%	0,6%	0-2,6%	≤7,4%
Allgemeine postoperative Komplikationen	3,1%	5,1%	0-12,8%	≤10%
Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Fraktur	2,8%	3,4%	0-10,3 (incl. Häuser <10Datensätze)	≤2%
Gefäßläsionen oder Nervenschaden	0,9%	0,6%	0-4,8% (incl. Häuser <10Datensätze)	≤2%
Reintervention wegen Komplikation	6,8%	5,1%	0-25%	≤16%
Letalität	1,1%	1,1%	0-8,3%	sentinel event

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie für 2007:

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.

Eine Klinik (mit mehr als zehn Fällen) weist jedoch eine vergleichsweise hohe Wundinfektionsrate von 16,7% auf (der Landesmedian beträgt 1,9%). Obwohl die Bundesfachgruppe keinen Referenzwert definiert hat, wertet die Fachgruppe dieses Ergebnis als auffällig und erklärungsbedürftig. Es stellte sich heraus, dass sich diese Abteilung aufgrund von Dokumentationsmängeln der Bewertung entzieht (s. auch S. 30).

Die Fachgruppe macht auf folgende Problematik aufmerksam: Patienten, die im Anschluss an den stationären Aufenthalt zur Rehabilitation in die klinikeigene Geriatrie verlegt werden und dort versterben, werden als Todesfall im orthopädisch/unfallchirurgischen Datensatz dokumentiert. Entsprechend werden sie als Todesfall dieser chirurgischen Abteilung in den Auswertungen der externen QS geführt. Patienten, die eine externe Rehabilitationseinrichtung aufsuchen und dort versterben, werden in den Auswertungen der verlegenden Klinik nicht geführt. Diese Diskrepanz sei auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Publikation von QS-Daten sehr bedeutsam.

Nachvollziehbarer sei, die Letalitätsrate innerhalb einer definierten Frist postoperativ zu betrachten. Dieser Ansatz ermögliche eine Erfassung unabhängig von den gegebenen Strukturen, sei aber zurzeit wegen der bestehenden Sektorengrenzen kaum umsetzbar.

Diese grundsätzliche Thematik sollte im Rahmen der Entwicklung zur sektorenübergreifenden externen Qualitätssicherung, den Vorgaben des Gesetzgebers entsprechend, aufgegriffen werden.

Zu den eingegangenen Stellungnahmen wird kein Anhalt für qualitative Mängel festgestellt.

Knie-Totalendoprothese (Modul 17/5)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1043

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation	89,4%	95,6%	89,4-99,2%	›=90%
• Postoperative Beweglichkeit von mind. 0/0/90 Grad	78,2%	84,3%	69,2-100% (incl. Häuser <10Datensätze)	›=80%
• nach der Neutral-Null-Methode dokumentiert	91,7%	98,4%	86,4-100% (incl. Häuser <10Datensätze)	›=80%
Wundhämatome/Nachblutungen	1,5%	1,8%	0-3,4% (incl. Häuser <10Datensätze)	≤8%
Allgemeine post-op Komplikationen	1,9%	2,7%	0-3,8% (incl. Häuser <10Datensätze)	≤5,9%
Reintervention wegen Komplikation	1,9%	2,1%	0-7,4% (incl. Häuser <10Datensätze)	≤6,0%
Letalität	0,1%	0,1%	0-0,9% (incl. Häuser <10Datensätze)	sentinel event

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie für 2007:

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Indikation
- postoperative Beweglichkeit
- Reintervention wegen Komplikation
- Letalität

In einer Klinik lag die Rate der Patienten mit schweren Allgemeinerkrankungen (ASA 4) bei elektiven Knie-TEP-Implantationen in den vergangenen zwei Jahren deutlich über dem Median der übrigen Bremer Kliniken. Sowohl mit der orthopädisch-unfallchirurgischen als auch der anästhesiologischen Abteilung wurde ein Dialog geführt. Die Fachgruppe hatte entschieden, die Ergebnisse weiterhin kritisch zu beobachten.

Die ASA-4-Raten für die elektiven Hüft- und Knie-TEP-Operationen 2007 sind zwar rückläufig, liegen aber immer noch in allen orthopädisch-unfallchirurgischen Leistungsbereichen über dem Landesmittel. Nach Einschätzung der Fachgruppe wurden die Hintergründe zu den Einzelfällen durch den leitenden Anästhesisten schlüssig und nachvollziehbar dargelegt.

Auch wurde die Thematik der neu gegründeten Fachgruppe Anästhesiologie zur Beratung vorgelegt. Die Berichterstattung der Fachgruppe ist noch nicht abschließend ergangen.

Eine Klinik erwähnt im Zusammenhang mit dem Indikator „postoperative Beweglichkeit“ die spezielle Patienten Klientel, welche in der Abteilung behandelt werde. Diese Patienten weisen am Ende des stationären Aufenthaltes, bedingt durch die Grunderkrankung, oftmals noch ein Streckdefizit von 5 oder 10° nach Knie-TEP-Implantation auf, so dass die aktive Streckung der geforderten 0° hier nicht erreicht werden könne. Die Fachgruppe wertet die Ausführungen als nachvollziehbar und plausibel und stuft die Ergebnisse der Abteilung als nicht auffällig ein.

Die übrigen Stellungnahmen werden von der Fachgruppe als ebenfalls unauffällig gewertet.

Knie-Totalendoprothesen- und -komponentenwechsel (Modul 17/7)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 89

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation	88,2%	96,6%	88,2-100% (incl. Häuser <10Datensätze)	≥72,7%
Gefähigkeit bei Entlassung	1%	0%		≤4,8%
Fraktur als intra- oder postop-Komplikation	0,5%	1,1%	0-5,9%(incl. Häuser <10Datensätze)	≤4%
Postoperative Komplikationen	1,6%	4,5%	0-20% (incl. Häuser <10Datensätze)	≤7,1%
Letalität	0,3%	0%		sentinel event

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie /Unfallchirurgie für 2007

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

Pflege: Generalindikator Dekubitusprophylaxe

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 9912

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	0,8%	0,8%	0-1,5%	Nicht def.
• Pat. mit Dek. bei Entlassung	1,3%	1,4%	0,5-2,5%	Nicht def.
Pat. mit Dekubitus Grad 2-4 bei Entlassung bei Pat., die ohne Dek. aufgenommen wurden				
• Risikoadjustierte Rate nach log. Dekubitus-Score I	0,8%	0,76%	0-2,3%	\leq 2%.
Pat. mit Dekubitus Grad 1-4 bei Entlassung				
• Risikoadjustierte Rate nach log. Dekubitus-Score II	1,3%	1,38%	0,4-2,3%	\leq 3,2%.
Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 bei Pat. ohne Dekubitus bei Aufnahme	0,08‰	0%		sentinel event

Aus den Beratungen der Fachgruppe Pflege für 2007:

Im Jahr 2007 wurde der Generalindikator Dekubitusprophylaxe eingeführt. Die bisherigen pflegerischen Module, gekoppelt an die orthopädisch-unfallchirurgischen Leistungsbereiche, wurden ausgesetzt.

Der Generalindikator ist von allen Abteilungen einer Klinik für alle Patientinnen und Patientinnen zu dokumentieren, die älter als 74 Jahre sind und im ersten Quartal des Jahres aufgenommen werden.

Es wird die Neuentstehungsrate von Dekubitus (Inzidenz) erfasst, und zwar unabhängig von Diagnosen und Prozeduren. Erstmals wird so die Versorgungsqualität eines Krankenhauses abteilungsübergreifend gemessen.

Den Referenzwert der risikoadjustierten Rate hat eine Klinik überschritten. Dieses Haus wurde um eine Stellungnahme gebeten. Das Haus fiel bereits 2006 auf und war für 2007 besonders sorgfältig zu beobachten.

Da die Erläuterungen zur Bewertung der Ergebnisse nicht ausreichten und sich eine Reihe von neuen Fragen ergab, v. a. zu pflegerischen Abläufen und Maßnahmen (u. a. Dekubitusprophylaxe, Risikoeinschätzung, Hautinspektion, Krankenbeobachtung, Patientendokumentation), hatte die Fachgruppe weitere Information eingeholt.

In seiner Antwort hatte das Haus ausführlich und glaubhaft ausgeführt, dass diverse Maßnahmen zur Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität in der pflegerischen Versorgung eingeleitet worden sind. Die Fachgruppe würdigt die benannten umfassenden Maßnahmen und die kritische Reflexion der Abläufe in einem ernsthaften Bemühen um eine verbesserte pflegerische Versorgung.

Darüber hinaus wurden in Bremen von jenen Kliniken Stellungnahmen angefordert, deren Patienten bei Entlassung einen höhergradigen Dekubitus (um mindestens 2 Grade) aufwiesen als bei Aufnahme.

Alle Kliniken haben sich in ihren Stellungnahmen an einer von der Fachgruppe erarbeiteten Matrix orientiert. Diese wurde entwickelt, um einerseits eine Hilfestellung für das Verfassen der Stellungnahmen anzubieten und andererseits die pflegerischen Bedingungen möglichst umfassend und präzise einschätzen zu können.

Ein Haus wird darauf hingewiesen, zukünftig stets am Aufnahmetag eine skalengestützte Risikoeinschätzung durchzuführen und auf eine fortlaufende Kontrolle, angepasst an das individuelle Risikoprofil der Patienten, zu achten. Auch wird es darauf hingewiesen, Wahl und Durchführung eingesetzter Maßnahmen regelmäßig kritisch auf ihre Wirkung zu analysieren („check“ und „act“ des PDCA-Zyklus’).

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

Die Fachgruppe stellt fest, dass deutliche Unsicherheiten im Umgang mit Dekubituskalen und der Kategorisierung von Dekubitus bestehen. Nach Einschätzung der Fachgruppe ist hier grundsätzlicher Schulungsbedarf gegeben. Voraussichtlich im nächsten Jahr wird eine Fortbildungsveranstaltung zu diesem Thema gemeinsam mit dem Landespflegerat angeboten werden.

Die Erhebung des Leistungsbereiches wird von den Kliniken insgesamt begrüßt. Durch die Rückmeldung der Ergebnisse und die retrospektive Analyse der Fälle werden in den Kliniken an unterschiedlichen Stellen der Versorgungskette Probleme deutlich und entsprechender Handlungsbedarf zur Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität festgestellt.

In der Konsequenz wurden unterschiedliche Maßnahmen, wie z. B. gezielte Schulungen und Weiterbildungen, Aktualisierung der Pflegeplanungssysteme, Einführung von Meldesystemen bei Dekubitus, Einstellung von Wundtherapeutinnen/en, veränderte Kommunikationsstrukturen, engmaschige Teambesprechungen eingeleitet, die einer besseren Versorgungsqualität der Patienten dienen.

Für das Jahr 2008 konnten im Land Bremen die Daten zum Generalindikator Dekubitus bereits im Sommer ausgewertet werden. Die Krankenhäuser hatten sich freiwillig verpflichtet, die Daten entsprechend frühzeitig zu übermitteln. Die Auswertungen konnten somit bereits Mitte des Jahres versandt werden. Auch der strukturierte Dialog für dieses 1.Quartal 2008 wurde bereits eingeleitet, die Bewertung ist allerdings noch nicht abgeschlossen.

Ambulant erworbene Pneumonie (Modul Pneu)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1918

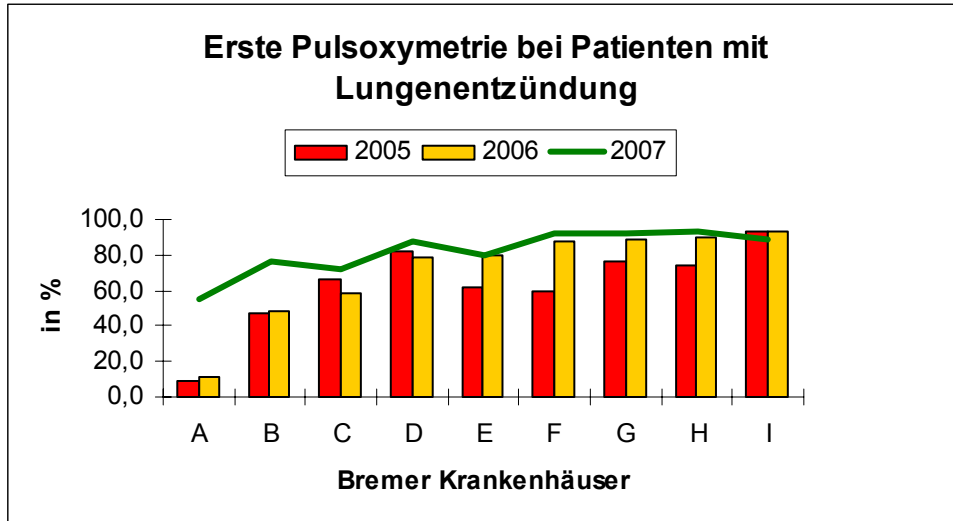
Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Frühzeitige erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie				
• Alle Patienten	84,1%	80,3%	54,9%-93%	≥ 95%
• Alle Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	84,2%	80,7%	54,5%-93,7%	Nicht definiert
• Alle Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	82,7%	71,6%	entfällt*)	Nicht definiert
Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden bei Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	91,2%	88,6%	73,6%-96,2%	≥ 80,5%
Frühmobilisation *)				
• Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind	89,8%	89,1%	79,5%-100%	≥76,7%
• Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind	81,1%	76%	56,7%-94,6%	≥ 62,4%
Verlaufskontrolle CRP *)	91,1%	93,1%	85,2%-98,8%	≥79,2%
Anpassung Diagnostik/Therapie				
• Patienten der Risikoklasse 2	72,3%	70,4%	60%-80,9%	≥95%
• Patienten der Risikoklasse 3	77,6%	71,4%	entfällt *)	≥95%
Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien	64,4%	64,7%	48,4-83,6%	≥95%
Klinische Stabilitätskriterien	97,4%	98%	94,7-100%	≥95%
Stationäre Pflegeeinrichtung Selten Entlassung in eine stationäre Pflegeeinrichtung, wenn die Aufnahme nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgte	2,3%	2,8%	0-12,8%	≤6,5%
Krankenhausletalität Alle Patienten	13,9%	14,3%	9,4-16,6%	≤20,5%
Davon Patienten der				
• Risikoklasse 1 nach CRB-65 *)	3%	3,1%	0-7,7%	≤8,0%
• Risikoklasse 2 nach CRB-65	13,8%	14,3%	7,1-18,4%	≤20,7%
• Risikoklasse 3 nach CRB-65	36,5%	36,7%	19-55%	≤55%

*) CRB-65 = Risikoskala ; CRP = C-reaktives Protein im Serum - Beides im Glossar erläutert

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Pneumonie für 2007:

Qualitätsmerkmal erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

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



Inzwischen wurde der bundesweite Referenzwert auf 95% abgesenkt, gleichwohl erreichen die Bremer Krankenhäuser trotz positiver Entwicklung diesen Referenzwert noch nicht. Angesichts der positiven Entwicklung wird jedoch auf die Anforderung von Stellungnahmen verzichtet, die weitere Entwicklung wird aufmerksam begleitet werden.

Antimikrobielle Therapie

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

Dieses Qualitätsziel wurde in einer Klinik nur für knapp 74% der Patienten erreicht. In einem kollegialen Gespräch werden die Hintergründe für dieses Ergebnis dargelegt. Die Fallanalysen ergaben, dass es sich um Fälle mit einer milden Symptomatik gehandelt habe und erst nach Abschluss der Aufnahmediagnostik ca. 24 bis 48 Stunden nach Aufnahme die Diagnose gestellt und die entsprechende Therapie eingeleitet werden konnte.

Auch angesichts der möglichen gravierenden Nebenwirkungen wie beispielsweise einer lebensgefährlichen Darmerkrankung, der pseudomembranösen Colitis, stellt die Fachgruppe einhellig fest, dass ein umsichtiges klinisches Vorgehen begrüßenswert sei und es nicht wünschenswert wäre, wenn bei allen unklaren fieberhaften Infekten sofort eine Antibiose eingeleitet würde.

Frühmobilisation

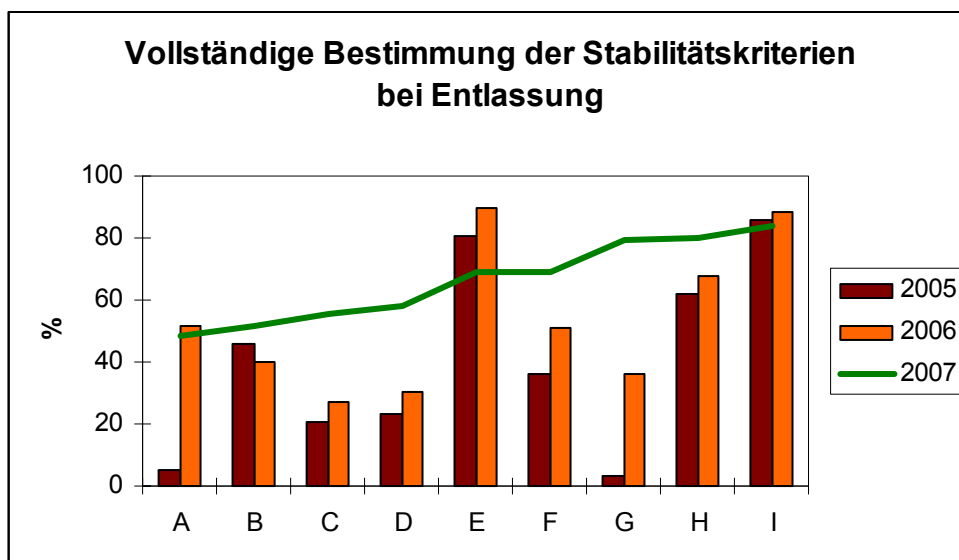
Der Referenzwert wurde in einer Klinik nicht erreicht. Die Klinik übermittelte eine Analyse der betreffenden Fälle. Bei mehreren Patienten war der Patientenakte die Frühmobilisation nicht zu entnehmen gewesen. Im Sinne einer korrekten QS-Dokumentation habe man dementsprechend auch keine Angaben zur Frühmobilisation übermittelt, gleichzeitig wird eine Behebung der hausinternen Dokumentationsschwächen angestrebt. Bei den meisten Patienten lagen jedoch Begleiterkrankungen vor, die eine Frühmobilisation nicht gestatteten und die bei der Berechnung dieses Indikators nicht als Kontraindikationen berücksichtigt würden. Diese Diagnosen wurden von der Abteilung detailliert übermittelt und durch das Qualitätsbüro der BQS für die Weiterentwicklung des Indikators zur Verfügung gestellt.

Anpassung des therapeutischen Vorgehens an die Verlaufskontrolle des CRP

Der Referenzwert von 95% wird von 5 Kliniken nicht erreicht. Aus allen Kliniken lagen Stellungnahmen vor, die auch im kollegialen Gespräch erläutert wurden. Dabei wird deutlich, dass die Eingrenzung des Qualitätsindicators (QI) auf den „Tag 4 und 5“ das klinische Geschehen nicht ausreichend abbildet. Vielfach erfolgte die Kontrolle bereits am 3. Tag. Dem trägt auch die auf Bundesebene geänderte Berechnungsgrundlage für diesen Indikator ab 2009 (innerhalb der ersten fünf Tage) Rechnung. Grundsätzlich orientiert sich die Behandlung nicht nur an Laborparametern, sondern auch am klinischen Verlauf. Wenn hier eine Besserung, beispielsweise auch anhand von Röntgenkontrollen erkennbar sei, sei eine Änderung des therapeutischen Vorgehens nicht geboten. Darüber hinaus handelte es sich im Einzelfall auch um moribunde Patienten, bei denen in Würdigung der Gesamtumstände von einer Therapieanpassung abgesehen wurde.

Qualitätsindikator: Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien

Qualitätsziel: Immer vollständige Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung



Auch hier verfehlen die Bremer Krankenhäuser trotz einer insgesamt positiven Entwicklung noch den abgesenkten Referenzwert. In einem Haus hatte sich die Entwicklung von 2006 nach 2007 deutlich verschlechtert. Neben EDV-Problemen im 1. Quartal des Vorjahres hatten auch organisatorische Defizite in den Prozessabläufen bestanden. Entsprechende Maßnahmen zur Prozesskorrektur und Mitarbeiterschulung wurden durchgeführt, es wird erwartet, dass für das laufende Jahr eine deutliche Verbesserung der Ergebnisse erzielt werden kann.

Bewertung von Dokumentationsmängeln

(Beschlissen vom Lenkungsausschuss Qualitätssicherung Bremen am 15. Januar 2008)

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, werden die dokumentationsauffälligen Krankenhäuser für das Auswertungsjahr 2007 im internen Bericht für den LQB namentlich benannt. Ab dem Verfahrensjahr 2008 werden solche Fachabteilungen in einem Anhang zum Bremer Jahresbericht auch veröffentlicht.

„Interne Datenpflege?“

Um sicher zu stellen, dass Dokumentationsmängel abgestellt werden – und nicht nur die Mängel in den Exportdatensätzen – behält sich der LQB grundsätzlich stets einen Datenabgleich auch bei unauffälligen Ergebnissen vor. Dieses wird zusammen mit den oben genannten Maßnahmen allen Krankenhausdirektionen des Landes Bremen 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	Paracel-susklinik Ist/Soll	Klinikum Reinken-heide Ist/Soll	KH Am Bürger-park Ist/Soll	St.-Joseph-Hospital Ist/Soll	Gesamt Ist/Soll
9/1	28/28	23/22	33/33	199/203	11/20	48/47	16/16			51/59	33/35	19/20	459/483
9/2	3/3	2/2	6/6	57/35		8/3	4/4			2/6	5/5		60/64
9/3	4/6	3/3	5/5	48/50	2/3	6/6	1/1			10/8	5/7	1/1	83/90
10/2	94/96		65/65	40/41			84/81			17/18		29/30	326/331
12/1	209/205	145/145	198/198	200/198	235/234	273/246	102/99			210/195	238/238	135/134	1892/1892
15/1	461/456		339/337	480/480	781/773	589/571				405/396	5/5	184/188	2688/2692
16/1	1366/1404		1386/1389	1614/1625	647/659	1348/1350				781/782		722/725	7864/7934
17/1	118/117	112/112	173/172	112/108	50/49	253/190	101/105	2/4	2/2	125/113	75/77	101/99	1140/1148
17/2	115/114	22/22	90/90	20/20	362/255	1/1	142/141	357/347	193/193	75/69	4/5	6/6	1262/1263
17/3	21/24	12/12	18/18	4/4	52/42	2/4	11/11	39/41	1/1	13/14		2/2	165/173
17/5	93/95		109/109		174/109		119/119	239/234	242/242	66/66	1/1		973/975
17/7	9/8		15/15		21/16		14/13	17/16	5/5	8/8			81/81
18/1	241/245		142/137	138/136	221/210	352/356	4/4			348/345		22/23	1447/1456
21/3	25/29		13/13	4526/4436	1/4	0/6	0/12			703/700	76/109		5251/5309
Pneu	209/222	301/294	241/241	128/126	44/178	190/182	179/182			185/188	129/181	346/329	1918/2123
GI Dek	1589/1595	890/864	1156/1152	634/1198	717/679	1468/1385	698/695	200/218	132/132	1040/1033	531/616	893/887	9781/10454
MDS				9									9
Σ	4573/4647 (98%)	1476/1476 (100%)	3977/3980 (99%)	8087/8660 (93%)	3072/3231 (95%)	4333/4347 (99%)	1464/1483 (99%)	838/860 (97%)	575/575 (100%)	3982/4000 (99%)	1102/1279 (86%)	2434/2444 (99%)	35394/36982 (96%)

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 im SGB V.

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