

Externe Qualitätssicherung der Krankenhäuser im Land Bremen

2008

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 8.30-14.30
besetzt

Mitarbeiterinnen:

Barbara Feder (bis 31.7.2009)

Ärztin - Ärztliches Qualitätsmanagement; Psychotherapeutin

Leiterin Qualitätsbüro

Ulrike Lehr M.A., MPH

Gesundheits- und Sozialwissenschaftlerin, Krankenschwester

Leiterin Qualitätsbüro (seit 1.8.2009)

Sonja Kapp B.A. (seit 15.11.2009)

Gesundheitswissenschaftlerin, Gesundheits- und Kinderkrankenschwester

Inhalt	Seite
Einführung.....	5
Lenkungsausschuss Bremen	7
Fachgruppen in Bremen.....	9
Berichte zu den Modulen aus den Fachgruppen	
Begriffe, Abkürzungen, Anmerkungen	11
Chirurgie	
Carotisrekonstruktion.....	15
Cholezystektomie.....	16
Geburtshilfe und Neonatologie	
Geburtshilfe	18
Neonatologie	20
Herzschrittmacher	
Herzschrittmachererstimplantation	22
Herzschrittmacheraggregatwechsel	23
Herzschrittmacherexplantation/-revision	24
Kardiologie	
Koronarangiographie und perkutane Koronarintervention (PCI)	26
Operative Gynäkologie	
Gynäkologische Operationen.....	27
Mammachirurgie	29
Orthopädie/Unfallchirurgie	
Hüftgelenknahe Femurfraktur	31
TEP bei Coxarthrose.....	33
Hüft-TEP-Wechsel und -Komponentenwechsel	35
Knie-TEP.....	36
Knie-TEP-Wechsel.....	38
Pflege	
Generalindikator Dekubitusprophylaxe.....	39
Pneumonie	
Ambulant erworbene Pneumonie.....	41
Anhang	
Anhang I : Bewertung von Dokumentationsmängeln (LQB-Beschluss)	47
Anhang II: Krankenhäuser mit Dokumentationsauffälligkeiten	49
Anhang III: Beteiligung der Kliniken an der externen Qualitätssicherung in Bremen	51
Anhang IV: Grundlagen der verpflichtenden externen vergleichenden Qualitätssicherung	53

Einführung

In diesem Jahr legen wir den siebten Bericht über die verpflichtende stationäre 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 positive Entwicklungen zu verzeichnen. Auch hat sich die Dokumentationsqualität in den meisten Bremer Krankenhausabteilungen weiter gebessert. Wo dies für 2008 noch nicht im wünschenswerten Maße gelungen ist, erfolgte die Beurteilung gemäß dem Bewertungskatalog, der im Januar 2008 vom Bremer Lenkungsausschuss Qualitätssicherung beschlossen wurde und im Anhang dieses Berichtes veröffentlicht ist.

Die Dokumentationspflicht zum Generalindikator Dekubitusprophylaxe besteht für das erste Quartal eines Jahres. Zugunsten einer frühzeitigen Rückmeldung der Ergebnisse hatten sich alle Kliniken des Landes Bremen freiwillig selbstverpflichtet, für 2008 die Daten des Moduls bis Jahresmitte desselben Jahres zu liefern. So konnten die Auswertungen bereits im Spätsommer 2008 den Kliniken übermittelt und der strukturierte Dialog schon Anfang 2009 abgeschlossen werden. Durch diese Initiative konnte dem Bestreben der Kliniken nach frühzeitiger Reaktionsmöglichkeit auf die Auswertungsergebnisse Rechnung getragen werden.

Einige Ergebnisse aus dem Verfahrensjahr 2008 fließen auch in die sogenannten strukturierten Qualitätsberichte nach §137 SGB V ein, die bundesweit von allen Krankenhäusern alle zwei Jahre zu erstellen sind und im Internet veröffentlicht werden.

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 Dezember 2009

Lenkungsausschuss Qualitätssicherung Bremen

Vorsitz: Frau Irmgard Danne (bis 26. Oktober 2009)
Herr Jürgen Scholz (ab 27. Oktober 2009)
Stellvertr. Vorsitz: Frau Cornelia Plötz (bis 26. Oktober 2009)
Herr Uwe Zimmer (ab 27. Oktober 2009)

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 (bis 31.7.2009)

Herr Jörg Seifert (ab 1.10.2009)

Vertretung: n.n.

VdeK-Landesverband-Bremen

Herr Ralf-Peter Bahlo

Vertretung: Herr Karl Nagel

Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e. V.

Herr Jürgen Scholz

Herr Dr. G. W. Kirchgesser

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

Ärztchammer Bremen

Herr Dr. Klaus-Dieter Wurche

Herr Dr. Klaus Hermes

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. 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: Frau L. Todt, Klinikum Links der Weser

Stellvertreterin: Frau Dr. A. Osmers, Klinikum Bremen-Nord

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: Frau Dr. S. Wilke, St.-Joseph-Stift

Stellvertreter: Herr Dr. W. Bürgener, Klinikum Bremen-Nord

Hinweise zu den Auswertungen

Im Folgenden sind die einzelnen Leistungsbereiche mit ausgewählten Qualitätsindikatoren und den jeweiligen Ergebnissen für 2008 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)

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 (**M**ental **C**onfusion)
- spontane Atemfrequenz ≥ 30 pro Minute (**R**espiratory rate)
- Blutdruck (systolisch < 90 mmHg oder diastolisch ≤ 60 mmHg) (**B**lood 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)

Episiotomie

Dammschnitt (Geburtshilfe)

Foudryant

Blitzartige, dramatische Verschlechterung

Infrarenal

Unterhalb der Niere gelegen

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.

NASCET (North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial)

beschreibt den Stenosegrad (Grad der Gefäßverengung), bezogen auf den Gefäßdurchmesser der Karotisarterie an einer definierten Stelle.

„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.

Stenose

Verengung

***) 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: 330

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 $\geq 60\%$ 	92,3%	95,4%	90-100%	$\geq 85\%$
<ul style="list-style-type: none"> • bei symptomatischer Stenose, Anteil an Patienten mit einer Stenose $\geq 50\%$ 	96,9%	97%	97,1-100%	$\geq 90\%$
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 $\geq 75\%$ (NASCET) 	1,2%	0%		nicht def.
<ul style="list-style-type: none"> • bei asymptomatischer Stenose (Stenose $\geq 60\%$) mit kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose $\geq 75\%$ 	1,9%	5,3%	0-50%*)	nicht def.
<ul style="list-style-type: none"> • bei symptomatischer Stenose mit Stenosegrad $\geq 70\%$ 	3%	1,6%	0-4%*)	nicht def.
<ul style="list-style-type: none"> • bei symptomatischer Stenose mit Stenosegrad von 50-69% 	2,9%	3%	0-12%*)	nicht def.
Anteil an Patienten mit schweren Schlaganfällen oder Tod	1,5%	1,5%	0-5,3%*)	nicht def.

*) Bitte beachte: Spannweiten beziehen sich nur auf Krankenhäuser < 20 Fälle

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Chirurgie für 2008:

Aus einer Klinik liegt zum Indikator **perioperative Schlaganfälle oder Tod** eine Stellungnahme vor, die im kollegialen Gespräch intensiv beraten wurde. Es wurde der Fall eines multimorbiden Patienten geschildert, der mehrere Tage nach einer erfolgreich und komplikationslos verlaufenen Patchplastik der rechten Halsschlagader akut an einem Bauchaortenaneurysma operiert werden musste und nach einem sich anschließenden septischen postoperativen Verlauf verstarb.

Die Fachgruppe stellt einstimmig fest, dass der Todesfall durch die besondere Fallkonstellation bedingt war und kein Anhalt für qualitative Mängel vorliegt.

Cholezystektomie (Modul 12/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1799

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Anteil an Patienten mit fraglicher Indikation	1,4%	0,9%	0-4,1%	≤5%
Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	96,8%	97,5%	92,9-100%*)	≥95%
Erhebung eines histologischen Befundes	99,2%	99,6%	97,6-100%	≥95%
Eingriffsspezifische Komplikationen Pat. mit mind. einer Komplikation				
• bei Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation	2,5%	1,9%	0-4,5%*)	≤6,1%
• Anteil von Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC	0,1%	0,2%	0-1,2%	sentinel event
Postoperative Wundinfektionen				
• alle Patienten	1,5%	1,2%	0-3,1%	nicht def.
• risikoadjustiert (Anteil an Patienten der Risikoklasse 0)	0,5%	0,7%	0-3%	≤2%
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen				
• alle Patienten	3,1%	3,1%	0-7,2%*)	≤8,3%
• bei Pat. mit laparoskopisch begonnener Operation	2,1%	2,1%	0-7%	≤6,3%
• bei Pat. mit offen-chirurgischer Operation	14,1%	10,9%	8,7-33,3%*)	≤30,8%
Reinterventionsrate	1%	0,9%	0-3,1%	≤1,5%
Letalität bei Pat. ASA 1- ASA 3	0,5%	0,4%	0-1,9%*)	sentinel event

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Chirurgie für 2008:

Vereinzelt traten Unsicherheiten in der Dokumentation der Items zum Indikator **präoperative Diagnostik** auf. Hier wird die präoperative Abklärung einer extrahepatischen Cholestase generell erfragt (z. B. durch Ultraschall oder ERCP).

Qualitätsindikator: Eingriffsspezifische Komplikationen – Anteil von Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC an allen Patienten

Dieses sentinel event, d. h. jeder Fall wird einer Einzelfallanalyse unterzogen, ist in drei Häusern aufgetreten. In einem Haus handelte es sich um eine diskrete Verletzung des DHC, auf die bereits intraoperativ mit den erforderlichen Maßnahmen erfolgreich reagiert werden konnte.

Zu einem weiteren Fall stellt die Fachgruppe fest, dass die erforderliche Sorgfalt intraoperativ gewährleistet war und das postoperative Komplikationsmanagement erfolgreich war.

Im dritten Haus handelte es zum einen um einen schicksalhaften Verlauf bei schwierigen Operationsbedingungen.

Der Qualitätsindikator **Reinterventionsrate** wurde in zwei Häusern jeweils um einen Einzelfall verfehlt. Die Hintergründe wurden im kollegialen Gespräch ausführlich erörtert.

Qualitätsindikator: Allgemeine postoperative Komplikationen

Die Fachgruppe vermutet, dass anästhesiologische Herangehensweisen und Risikoabwägungen in den Bremer Krankenhäusern unterschiedlich gehandhabt werden. Anlass waren die Beratungen zu einem Patienten mit schlechtem Allgemeinzustand und schwerer postoperativer Komplikation, bei dem sich der Verdacht auf eine akute Gallenblasenentzündung intraoperativ nicht bestätigt hatte.

Es wurde eine kleine Arbeitsgruppe zwischen anästhesiologischen und chirurgischen Abteilungen eingerichtet, um diese Thematik (Indikationsstellung, Risikoabwägung) interdisziplinär zu beraten.

Bei den Beratungen zu dem Qualitätsindikator **Letalität** (Anteil verstorbener Patienten der Risikoklasse ASA 1 bis 3) hat sich gezeigt, dass es sich jeweils um schicksalhaft verlaufene, nachvollziehbar und schlüssig dargelegte Einzelfälle handelte. Bei den schwer erkrankten multimorbiden Patienten lag jeweils eine zwingende Operationsindikation vor, die Patienten verstarben postoperativ an den Folgen der Begleiterkrankungen.

Abschließend stellt die Fachgruppe einstimmig fest, dass keine Hinweise auf qualitative Auffälligkeiten vorliegen.

Geburtshilfe (16/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: (7859Geburten), (8048 Kinder)

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
EE-Zeit (Zeit zwischen dem Entschluss zum Kaiserschnitt und der Geburt) bei Notfallkaiserschnitt > 20 Minuten	2,3%	0%		sentinel event
Anwesenheit des Pädiaters bei Frühgeburt (Anteil lebend geborener Frühgeborenen (24+0 bis unter 35+0Wochen), bei denen ein Pädia-ter vor der Geburt eingetroffen ist)	94%	93,8%	80-98,3%*)	>=90%
Bestimmung des Nabelarterien pH-Wertes	98,9%	99,1%	98,7-100%	>=95%
Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	0,2%	0,1%	0-0,4%*)	<=0,3%
Kritisches Outcome bei Reifgeborenen	0,03%	0%		sentinel event
Dammriss III/IV. Grades bei spontanen Einlingsgeburten (alle) <ul style="list-style-type: none"> • ohne Episiotomie • mit Episiotomie 	1,4% 1% 2,7%	1,3% 0,7% 2,9%	0,2-3,1%*) 0-1,8%*) 0,6-8,8%*)	<=3% nicht def. nicht def.
Antenatale Kortikosteroidtherapie (bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34 +0 Wochen), unter Ausschluss von Totgeburten <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 	80,8% 90,4% 92,9%	83,7% 94,9% 97,6%	80-89,5%*) 94,4-100% 98,4-100%	nicht def. nicht def. >=95%
Mütterliche Todesfälle	0,04‰	0‰		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= 8048		
Per Kaiserschnitt entbunden (insgesamt)	2349	30,6%
Der Kaiserschnitt war geplant (= primäre Sectio caesarea)	1031	13,4%
Die Entscheidung zum Kaiserschnitt fiel im Geburtsverlauf (= sekundäre Sectio caesarea)	1173	15,3%
Sectio caesarea ohne nähere Angaben	145	1,9%

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Geburtshilfe/Neonatologie für 2008:

Qualitätsindikator : Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen

Zwei Häuser hatten den Referenzwert nicht erreicht. Im kollegialen Gespräch wird für ein Haus angeregt, die mit der externen Kinderklinik abgestimmten Verlegungsgrenzen nicht wie bisher nach Gewicht, sondern nach Gestationsalter zu definieren, da diese Einteilung allgemein und auch bei den Qualitätsindikatoren üblich sei.

Anhalt für qualitative Auffälligkeiten kann die Fachgruppe nicht erkennen.

In einer weiteren geburtshilflichen Abteilung waren verschiedene für den Indikator wichtige Angaben nicht für die Qualitätssicherung übermittelt worden. Gemäß dem Grundsatzbeschluss des LQB wird festgestellt, dass dieser Indikator in dieser Klinik aufgrund der Dokumentationsmängel nicht beurteilbar ist.

Eine weitere Klinik hatte die **antenatale Kortikosteroidtherapie** in zwei von drei Fällen nicht für die externe QS dokumentiert.

Angesichts der sehr geringen Fallzahl und unterschiedlichen Ursachen für die Fehldokumentationen hält die Fachgruppe fest, dass die Behandlungsqualität der Lungenreifebehandlung in dieser geburtshilflichen Abteilung aufgrund der mangelhaften Qualitätssicherungsdokumentation nicht beurteilt werden kann. Dies ist umso bedauerlicher, als bereits in den Vorjahren Dokumentationsmängel aufgetreten waren und es sich lediglich um Einzelfälle handelt.

Die Ergebnisse einer gynäkologischen Abteilung zu den Raten bei **Dammriss Grad 3 und 4 mit und ohne Episiotomie** werden von der Fachgruppe als auffällig gewertet. Überdurchschnittlich oft trat diese schwere Komplikation im Zusammenhang mit einer Episiotomie auf. Die von der Klinik beschriebene restriktive Indikationsstellung zur Episiotomie wird auch von der Fachgruppe bekräftigt. Dagegen wird von der Fachgruppe die Auffassung der Klinik, die von ihr bevorzugte mediane Schnittführung würde eine verbesserte Wundheilung erzielen, nicht geteilt.

Der Abteilung wird seitens der Fachgruppe dringend geraten, Abläufe und Schnittführung bei einer Episiotomie kritisch zu prüfen.

Neonatologie

Aus der Bremer Auswertung für 2008:

Geburtsgewicht und Gestationsalter

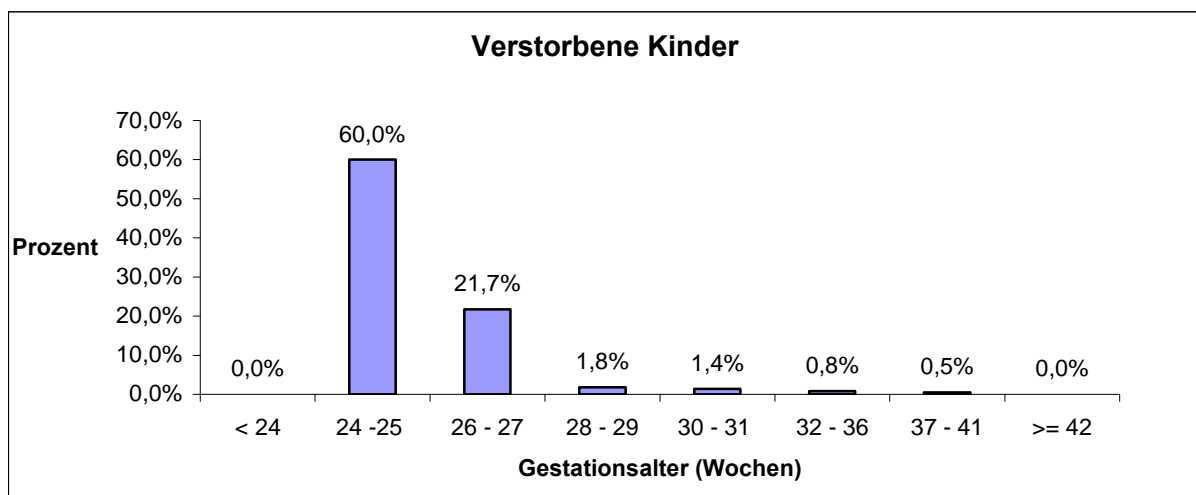
Geburts- gewicht (g)	Gestationsalter (vollendete Schwangerschaftswochen)								Gesamt
	< 24	24- 25	26- 27	28- 29	30- 31	32- 36	37- 41	>= 42	
< 500	n		3						3
	%		20,0						0,1
500-749	n	1	8	4	1	1			15
	%	100	53,3	17,4	1,8	1,4			0,7
750-999	n		4	11	14	4	3		36
	%		26,7	47,8	25,0	5,6	0,5		1,7
1000-1249	n			5	14	1	6		26
	%			21,7	25,0	1,4	1,0		1,2
1250-1499	n			3	25	33	15		76
	%			13,0	44,6	45,8	2,4		3,6
1500-2499	n				2	33	338	112	485
	%				3,6	45,8	54,4	8,6	22,9
>= 2500	n						259	1193	1476
	%						41,7	91,4	100,0
Gesamt	n	1	15	23	56	72	621	1305	2117
	%	0,0	0,7	1,1	2,6	3,4	29,3	61,6	100

Zeile 2-8(Geburtsgewichtsklassen):

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

Zeile 9 (Gesamt):

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



Der fachliche Austausch zur Mortalität ergibt sich in den Beratungen der Todesfälle in den Bremer **Todesfallkonferenzen**. Hier werden Todesfälle von Kindern im ersten Lebensjahr einer Einzelfallanalyse unterzogen.

Vor einigen Jahren wurde die Konferenz auf Initiative von Bremer Neonatologen eingerichtet. Die Teilnahme ist freiwillig.

Hinsichtlich des bundesweit eingeführten **Hörscreenings** wird aus der Fachgruppe kritisch angemerkt, dass sich die Angaben auf alle lebend geborenen Kinder beziehen – selbst wenn diese nur wenige Stunden oder Tage lebten. Daraus resultierten dann bei sehr kleinen Fallzahlen mit geringerem Gestationsalter „schlechte“ prozentuale Ergebnisse. Hier sei zukünftig eine Eingrenzung auf lebend entlassene Kinder sinnvoll.

Im Hinblick auf die 2010 bundesweit verpflichtende **Neonatalerhebung** plädiert die Fachgruppe in einem Schreiben an den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) für die Einführung einer Reifeuntergrenze der dokumentationspflichtigen Kinder (ab 22. SSW). In diesem Zusammenhang und unter dem Aspekt der Veröffentlichungspflicht wird auch die Abgrenzung von Lebend- und Totgeburt bei extrem Frühgeborenen, insbesondere bei von Anbeginn letaler Prognose problematisiert.

Dem GBA-Beschluss zur Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen zufolge sind in einem ersten Schritt Perinatalzentren Level 1 und 2 verpflichtet, definierte Angaben für alle lebend geborenen Kinder zu veröffentlichen, die nach den gesetzlichen Kriterien als lebend geboren gelten (beispielsweise bei einer pulsierenden Nabelschnur). Bei sehr unreif geborenen Kindern sind diese Meldungen nach Einschätzung der Fachgruppe inhaltlich nicht nachvollziehbar.

Darüber hinaus interessiert die Fachgruppe in diesem Zusammenhang, ob die um Kreißsaal-todesfälle geforderte Ergänzung der Neonataldaten auf Vollständigkeit und Validität geprüft werden.

Herzschrittmacher Erstimplantation (Modul 9/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 531

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	95,5%	98,1%	94,4-100%	≥90%
Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	95,3%	94,1%	64,7%-100%*)	≥90%
Eingriffsdauer (Anteil von Pat. mit Eingriffszeit bis 90 Min. bei DDD)	90,3%	80,5%	70,2-100%*)	≥55%
Eingriffsdauer (Anteil von Pat. mit Eingriffszeit bis 60 Min. bei VVI)	87%	75,7%	66,7-95%*)	≥60%
Anteil von Patienten mit Durchleuchtungszeit bis 9 Min. bei Patienten mit VVI	93,3%	89,1%	50-100%*)	≥75%
Anteil von Patienten mit Durchleuchtungszeit bis 18 Min. bei Patienten mit DDD	97,1%	96,6%	88,9-100%*)	≥80%
Perioperative Komplikationen (chirurgische Komplikationen)	1%	2,1%	0-6,3%*)	≤2%
Perioperative Komplikationen (Vorhofsendendislokation)	1,5%	1,7%	0-11,1%*)	≤3%
Perioperative Komplikationen (Ventrikelsendendislokation)	1,1%	1,7%	0-6,3%*)	≤3%
Letalität	1,3%	1,9%	0-12,5%*)	sentinel event

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
- Eingriffsdauer
- Perioperative Komplikationen: Sondendislokationen im Vorhof
- Perioperative Komplikationen: Chirurgische Komplikationen
- Letalität
- Laufzeit des Aggregates
- Amplitudenbestimmung Schrittmacheraggregatwechsel
- Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden
- Indikation zur Revision (2): Sondenprobleme (9/3)
- Perioperative Komplikationen: Chirurgische Komplikationen (9/3)

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: 69

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats AAI oder VVI unter 4 Jahre	0,9%	0%		sentinel event
Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats AAI oder VVI über 6 Jahre	90,7%	88,9%	50-100%*)	≥75%
Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats VDD oder DDD unter 4 Jahre	1,5%	0%		sentinel event
Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats VDD oder DDD über 6 Jahre	76,9%	83,8%	33,3-100%*)	≥50%
Laufzeit des Herzschrittmacher-aggregats (alle Pat. mit dokumentierter gültiger Laufzeit)	91,6%	92,8%	66,7-100%*)	≥90%
Eingriffsdauer ≤60 Min.	97%	91,3%	75-100%*)	≥80%
Reizschwellenbestimmung		97%	95,2-100%*)	≥61,5%
• Vorhofsonden	89,1%			
• Ventrikelsonden	93,5%	98,5%	83,3-100%*)	≥75%
Chirurgische Komplikationen	0,4%	0%		≤1%

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Laufzeit des Aggregates
- Amplitudenbestimmung Schrittmacheraggregatwechsel

Herzschrittmacherexplantation/-revision (Modul 9/3)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 68

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation zur Revision: Taschenprobleme	1%	0,7%	0-5%*)	≤3%
Indikation zur Revision: Sondenprobleme	7%	4,7%	0-25%*)	≤6%
Indikation zur Revision: Infektion	0,5%	0,7%	0-5%*)	≤1%
Perioperative Komplikationen (chirurgischen Komplikationen)	1,1%	0%	0-0%	≤2%
Perioperative Komplikationen (Vorhofsondendislokationen)	1,1%	0%	0-0%	≤3%
Perioperative Komplikationen (Ventrikelsondendislokationen)	0,9%	1,7%	0-5,9%*)	≤3%

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Indikation zur Revision (2): Sondenprobleme
- Perioperative Komplikationen: Chirurgische Komplikationen

Aus den Beratungen der Fachgruppe Schrittmacher für 2008:

Die Ergebnisse der drei Leistungsbereiche werden von der Fachgruppe gemeinsam erörtert.

In einer Klinik wurden die Beratungen aus dem letzten Jahr zur Aggregatfixierung aufgegriffen, mit dem Ergebnis, dass die Aggregate in dieser Klinik nunmehr unter der Faszie fixiert werden, um so die Möglichkeit des Verrutschens und der Perforation zu minimieren.

Einige Patienten sind während des Aufenthaltes zur Schrittmacherimplantation verstorben. Nach Einschätzung der Fachgruppe kann ein kausaler Zusammenhang zwischen der Schrittmacheroperation und dem Tode des Patienten nicht ohne weiteres hergestellt werden. Die diesjährigen wie auch die Stellungnahmen der vergangenen Jahre unterstreichen dies. Im Umkehrschluss könne allerdings auch nicht immer zweifelsfrei ein Zusammenhang ausgeschlossen werden. Im Unterschied zu ICDs (implantierten Defibrillatoren) werden Daten zur Herzfähigkeit von Schrittmachern, wie z. B. maligne Rhythmusstörungen, nicht aufgezeichnet, so dass Zusammenhänge rückwirkend kaum zu rekonstruieren sind.

Die kritische Beratung der Stellungnahmen zu diesem Indikator ergibt, dass es sich bei den Todesfällen um schicksalhafte Verläufe gehandelt hatte, die nicht im Zusammenhang mit der Herzschrittmacherimplantation gestanden haben. Hinweise auf qualitative Auffälligkeiten kann die Fachgruppe nicht erkennen.

Von der Fachgruppe ebenfalls kritisch gewertet wird der Indikator „Eingriffsdauer“. Zwar sei selbstverständlich stets eine möglichst kurze Eingriffsdauer anzustreben, doch oberstes Primat sollte die solide Lage und Fixierung des Schrittmachers sein. Dies sei nicht in allen Fällen innerhalb der angestrebten Zeitgrenze zu erreichen.

Die Ergebnisse eines Hauses sowie die Dokumentationsqualität waren zu den Indikatoren „leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ und „chirurgische

Komplikationen“ mit besonderer Sorgfalt zu prüfen. Die Fachgruppe konnte für die Ergebnisse 2008 keinen Hinweis auf Auffälligkeiten erkennen.

Ein Haus hatte die **Indikation zur Systemwahl** von 1-Kammer-Systemen vor dem Hintergrund des reduzierten Allgemeinzustandes und der schweren Multimorbidität der betroffenen Patienten erläutert. Nach Einschätzung der Fachgruppe handelte es sich jeweils um schicksalhaft verlaufene, nachvollziehbar und schlüssig dargelegte Einzelfälle.

Aufgrund zahlreicher Dokumentationsungenauigkeiten sind die Ergebnisse eines weiteren Hauses gemäß LQB-Beschluss zu diesem Indikator nicht zu beurteilen.

Die geschilderten Hintergründe bei verkürzten **Aggregatlaufzeiten** in einer Klinik (u. a. fehlender Schrittmacherausweis) werden von der Fachgruppe als nachvollziehbar und plausibel gewertet.

Im Zusammenhang mit dem „**Qualitätsindikator Durchleuchtungszeit**“ stellt das Ziel einer möglichst kurzen Durchleuchtungszeit nach Auffassung der Fachgruppe allein keinen verlässlichen Parameter für die Qualität des Operationsverlaufes dar. Vielmehr bietet die Kombination aus Flächendosisprodukt und Durchleuchtungszeit eine höhere Aussagekraft zu Strahlenbelastung und Operationsverlauf.

In einer Klinik war die Rate der **Sondendislokationen** auffällig, die sich auch in der Tendenz nicht verbesserten. Die in den Stellungnahmen beschriebenen Maßnahmen zur Verbesserung erachtete die Fachgruppe als nicht ausreichend und stellte Auffälligkeiten in der Versorgung von Patienten mit Herzschrittmachern fest.

Mit dem internistischen und dem chirurgischen Chefarzt dieser Klinik wurde daraufhin ein kollegiales Gespräch geführt. Vorrangiges Ziel war die Suche nach Ursachen und Lösungsansätzen.

Im Ergebnis wurde mit den Abteilungen eine Zielvereinbarung getroffen, der zufolge für die Schrittmachertherapie je Abteilung zukünftig zwei Ärzte verantwortlich sind. Die Einrichtung eines festen Implantationsteams von Internisten und Chirurgen habe sich nach Einschätzung der Fachgruppe in den übrigen Kliniken sehr bewährt. Dieses Konzept, das sehr auf interdisziplinärem Austausch ausgerichtet sei, wirke sich den Erfahrungen zufolge positiv auf die Güte der Patientenversorgung und ärztlichen Weiterbildung aus.

Es wurde weiterhin eine Hospitation der chirurgisch Verantwortlichen in einem Krankenhaus mit kardiologischem Schwerpunkt vereinbart, u. a. um in aktuelle Operationstechniken eingeführt zu werden.

Nachdrücklich empfiehlt die Fachgruppe den Verantwortlichen den Besuch eines Sachkundekurses „Herzschrittmachertherapie“.

Insgesamt lässt sich nach Einschätzung der Fachgruppe eine deutliche Verbesserung der Dokumentationsqualität über alle drei Module feststellen.

Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (Modul 21/3)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: Koronarangiografien (5093), PCI ()

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation zur Koronarangiographie – Ischämiezeichen	92,5%	89,4%	88,9-100%	≥80%
Indikation zur PCI Möglichst selten PCI ohne Symptomatik und ohne Ischämiezeichen	4,4%	6,9%	0-8,1%	≤10%
Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI (alle PCI mit Indikation „akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24h)	94%	93,3%	71,4-100%*)	≥85%
Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI (alle PCI)	93,9%	91,9%	63,6-92,3%*)	≥85%
In-Hospital-Letalität bei • Patienten mit Koronarangiografie • Patienten mit PCI	0,9% 2,2%	2,9% 3,8%	2-5,4% 0-3,7%	≤2,6 nicht def.
Patienten mit Angabe „Diabetes mellitus unbekannt“ oder „Niereninsuffizienz unbekannt“	6,3%	2,3%	0-9,1%*)	nicht def.
Durchleuchtungsdauer bei • Koronarangiografien • bei PCI	2,8 Min. 8,5 Min.	2,4 Min. 7,3 Min.	2-4 Min. *) 5,1-8,5 Min. *)	≤5 Min. ≤12 Min.
Flächendosisprodukt bei • Allen Koronarangiografien • Allen PCI (ohne Einzeitig-PCI) • Alle Einzeitig-PCI	in cGy*cm ² 2324 3572 4785	(Median) 2150 2560 4170	2140-4427cGy*cm ² *) 2540-5404 cGy*cm ² 38-4893 cGy*cm ² *)	≤4354,3cGy*cm ² ≤7800 cGy*cm ² ≤ 9520 cGy*cm ²
Flächendosisprodukt nicht bekannt	7,2%	1,2%	0-48,1%	≤40,7%

Aus den Beratungen der Expertengruppe Kardiologie für 2008:

Die Expertengruppe stellt nach Prüfung der Ergebnisse und Stellungnahmen fest, dass kein Anhalt für qualitative Mängel vorliegt.

Gynäkologische Operationen (Modul 15/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 3036

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen (alle Pat.)	0,3%	0,3%	0-1,7%	≤1,9%
Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen bei Pat. ohne Karzinom, ohne Endometriose und ohne Voroperation im gleichen OP-Gebiet	0,3%	0,2%	0-1,2%	≤2,3%
Organverletzungen bei Hysterektomie (alle Patientinnen)	1,5%	1,7%	0-3,9%	≤4,1%
Organverletzungen bei Hysterektomie bei Pat. ohne Karzinom, ohne Endometriose und ohne Voroperation im gleichen OP-Gebiet	0,9%	1,2%	0-5,7%	≤3,6%
Indikation bei Ovarieingriffen (fehlende Histologie)	2,3%	1,9%	0-3,6%	≤5%
Indikation bei Ovarieingriffen (Pat. mit Follikel- bzw. Corpus-Luteum-Zyste oder Normalbefund)	19,1%	14,2%	0-30,8%	≤20%
Fehlende Histologie bei Konisation	1%	0%	0%	≤5%
Fehlende Malignitätskriterien bei Konisation	4,2%	4,2%	0-10%*)	≤12,5%
Antibiotikaphylaxe bei Hysterektomie	94,4%	98,9%	97,7-100%	≥90%
Indikation bei Hysterektomie	1,9%	1%	0-1,8%	≤2,5%
Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie	99,3%	99,7%	99-100%	≥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 Hysterektomie
- Indikation bei Ovarieingriffen (Patientinnen mit Follikel- bzw. Corpus-Luteum-Zyste oder Normalbefund)

Die Ergebnisse der landbremischen Kliniken zu den Indikatoren „Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen, Organerhaltung bei Ovarieingriffen“, „Konisation“, „Antibiotika- und Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie“ sowie „Indikation zur Hysterektomie“ liefern keinen Anhalt für qualitative Auffälligkeit.

Auch haben sich die Ergebnisse zur **Antibiotikaphylaxe bei Hysterektomie** deutlich gebessert – den Empfehlungen der Bremer Fachgruppe zur leitliniengerechten Umsetzung dieser prophylaktischen Maßnahme wurde erfreulicherweise bremenweit nachgekommen.

Zum Indikator **Organverletzungen bei Hysterektomie** war eine Abteilung aufgefallen. Die Hintergründe zu den Fällen waren nach Einschätzung der Fachgruppe in der Stellungnahme nachvollziehbar und plausibel dargelegt.

Die Stellungnahmen zweier Abteilungen zum Indikator **Indikation bei Ovareingriffen** werden nach ausführlicher Beratung als plausibel und nachvollziehbar gewertet.

Sehr kritisch betrachtet die Fachgruppe die Aussagekraft des Indikators **Konisation**, denn in Bremen werden ca. 90% der Konisationen ambulant durchgeführt.

Vor dem Hintergrund zukünftiger sektorenübergreifender Qualitätssicherungsmaßnahmen hatte sich die Fachgruppe auf Bundesebene entschlossen, diesen Indikator fortzuführen. Aus ihrer Sicht sei er für die sektorenübergreifende QS sehr geeignet, da er sowohl ambulant als auch stationär erbracht werde.

Mammachirurgie (Modul 18/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1329

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Intraoperatives Präparateröntgen	94,2%	97,1%	94,4-100%	≥95%
Patientinnen mit HER-2/neu-Analyse	98%	98,5%	87,5-100% *)	≥95%
Patientinnen mit immunhistochemischer Hormonrezeptoranalyse	98,9%	97,7%	95,4-100%*)	≥95%
Angabe Sicherheitsabstand bei BeT	96,1%	95,7%	80-100%*)	≥95%
Angabe Sicherheitsabstand bei Mastektomie	93,2%	96,2%	89,9-100%*)	≥95%
Axilladissektion bei DCIS	4,3%	2,8%	0-8,3%	≤5%
Anzahl Lymphknoten	92,3%	94,8%	85,9-100%	≥95%
Indikation zur Brust erhaltenden Therapie	81,3%	80,9%	75,6-85,5%	≥60-≤85%

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand bei Mastektomie und Brust erhaltender Therapie (BeT)
- Axilladissektion bei Patientinnen mit DCIS (Ductales Carcinoma in situ)
- Anteil von Patientinnen mit Entnahme weniger als 10 Lymphknoten bei invasivem Karzinom
- Hormonrezeptoranalyse und HER-2/neu-Analyse

Aus den Beratungen der Fachgruppe Operative Gynäkologie für 2008:

Die Ergebnisse der Kliniken im Land Bremen zu den Indikatoren „prätherapeutische Diagnosesicherung“, „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“, „Indikation zur Brust erhaltenden Therapie“, „Hormonrezeptoranalyse und HER-2/neu-Analyse“ sowie Meldung an Krebsregister“ liefern nach Einschätzung der Fachgruppe keinen Anhalt für qualitative Auffälligkeit. Ein Haus mit einer Grundgesamtheit ≤20 Fälle hatte den Referenzwert zum Indikator **zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum** leicht unterschritten. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden nach sorgfältiger Beratung der Fachgruppe ebenfalls als nicht auffällig gewertet.

Die Indikatoren **Sicherheitsabstand bei Brust erhaltender Therapie und Mastektomie** hat in den ersten Jahren des Verfahrens zu intensiven Diskussionen innerhalb der Fachgruppe geführt. Von den Häusern wurde oft auf fehlende metrische Angaben aus der Pathologie verwiesen. Daraufhin hat man sich dem Thema sowohl über interdisziplinäre Gespräche als auch im schriftlichen Austausch genähert, um auf die Angabe metrischer Daten zu drängen. Parallel dazu haben die Bremer Kliniken betroffene Prozesse verbessert. Allerdings wiesen auch für 2008 drei Kliniken Referenzwertabweichungen auf:

Eine Klinik hatte nur etwa 50% der Datensätze aus dem Leistungsbereich Mammachirurgie vollständig exportiert. Ursache waren vermutlich Probleme im halbautomatisierten Datenexport. Die Ergebnisse zum Qualitätsindikator **Sicherheitsabstand bei Brust erhaltender Therapie** konnten gemäß Beschluss des LQBs daher aufgrund unvollständiger Dokumentation nicht beurteilt werden.

Die Erläuterungen einer weiteren Abteilung werden als schlüssig und plausibel gewertet, Hinweise auf qualitative Mängel kann die Fachgruppe nicht erkennen.

Die Fachgruppe wertet die Ergebnisse der dritten Klinik zu den Indikatoren **Sicherheitsabstand bei Brust erhaltender Therapie und Mastektomie** als auffällig. Der Referenzwert war wiederholt unterschritten worden.

Der metrischen Angabe des Sicherheitsabstandes komme für Prognose und weitere Behandlung erhebliche Bedeutung zu. So sei es ein großer Unterschied für die Therapie, ob der Sicherheitsabstand bei einem DCIS bspw. 1 mm oder 10 mm betrage. Dies findet auch in der aktuellen S3-Leitlinie Niederschlag, die metrische Angaben zum Sicherheitsabstand verlangt. Aus Sicht der Fachgruppe ist es Aufgabe der weiterbehandelnden Abteilungen, fehlende metrische Angaben aus der Pathologie einzufordern. Dies ist in dieser Abteilung im wünschenswerten Maße nicht erkennbar. Die Abteilung wird aufgefordert, die Vorgaben der S3-Leitlinie zukünftig umzusetzen.

An anderer Stelle sieht die S3-Leitlinie vor, dass zur Untersuchung auf metastatischen Befall bei Durchführung einer **Axilladisektion** mindestens 10 Lymphknoten zu entnehmen sind. Dieselbe Abteilung führt in ihrer Begründung die Unterschreitung dieser Vorgabe auf Identifizierungs- und Zählprobleme zurück sowie ein durch Multimorbidität und/oder hohes Alter indiziertes Sampling. Die Fachgruppe wertet auch die Ergebnisse zu dem Indikator Axilladisektion der Abteilung ebenfalls als auffällig.

Das entnommene Gewebe ist nach einhelliger Auffassung der Fachgruppe zunächst angemessen makroskopisch auf die Zahl der entnommenen Lymphknoten zu untersuchen. Um die geforderte Menge nicht zu unterschreiten, ist es in den übrigen Kliniken des Landes Bremen üblich, die Zahl der entnommenen Lymphknoten bereits vor der histologischen Untersuchung möglichst genau zu ermitteln.

Zum anderen werden die Hinweise der Klinik auf die Indikation zum Sampling (nicht gerichtete Entnahme einiger weniger Lymphknoten) bei betagten, multimorbiden Patientinnen von der Fachgruppe nicht akzeptiert. Die Bremer Fachgruppe hatte den Kliniken in Anlehnung der Bundesfachgruppenempfehlungen bereits 2007 dringend geraten, bei einer Axilladisektion mindestens 10 Lymphknoten der Level 1 und 2 zu entnehmen und grundsätzlich auf ein Sampling zu verzichten (ausgenommen: therapeutisches Vorgehen zur Druckentlastung), da dieses keine gesicherte Erkenntnis bringe, sehr wohl aber die Morbidität der Frauen erhöhe.

Die Abteilung wird erneut darauf hingewiesen, die Empfehlungen von der Bundes- und Landesfachgruppe zur Axilladisektion bzw. Sampling zu beachten und die Vorgaben der S3-Leitlinie umzusetzen.

Ansonsten werden in den Bremer Kliniken die Empfehlungen zur Axilladisektion umgesetzt. Die Zahl der von den Empfehlungen abweichenden Fälle ist erfreulicherweise stark rückläufig.

Hüftgelenknahe Femurfraktur (Modul 17/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1178

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Präoperative Verweildauer >48 h	11,6%	7,6%	2,7-15,7%	≤15%
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	97,6%	99,2%	93,5-100%	≥95%
Gefähigkeit bei Entlassung	5,4%	4,7%	0-14,1%	≤17,1%
Gefäßläsion oder Nervenschaden	0,1%	0,2%	0-2%	≤2%
Implantatfehl- lage, Dislokation oder Fraktur	1,2%	1,2%	0-3%	≤2%
Allgemeine postoperative Komplikationen	3,2%	3,9%	1,6-8,1%	≤8,7%
Post-op Wundinfektionen	1,6%	1,3%	0-4,8%	≤5%
Reoperationen wegen Komplikationen	3,4%	3,3%	0-8%	≤12%
Letalität				
• bei Pat. mit osteosynthetischer Versorgung	4,7%	5,1%	2-8,3%	≤11,1%
• bei Pat. mit endoprothetischer Versorgung	5,9%	6,3%	2,5-10,9%	≤13,56

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie für 2008

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Präoperative Verweildauer bei Schenkelhalsfraktur
- Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Fraktur
- Perioperative Antibiotikaprophylaxe
- Gefäßläsion oder Nervenschaden

Die Fachgruppe unterstreicht die Notwendigkeit einer raschen Operation (innerhalb 48 Stunden) von Patienten mit hüftgelenksnaher Femurfraktur, um die Gefahr postoperativer Komplikationen zu minimieren. Die Indikation für Eingriffe außerhalb der 48-Stunden-Grenze sollte sehr streng gestellt werden.

In einem Fall hatte eine Klinik zeitliche Verzögerungen in der operativen Versorgung auf die Bestellung einer Betreuung für die demente Patientin begründet. Aus der Fachgruppe wird darauf verwiesen, dass im Falle alternativer Therapien die Behandlung durchgeführt werden könne, auch ohne die Bestellung einer gesetzlichen Betreuung abzuwarten. Dies liege im Fall einer hüftgelenknahen Femurfraktur vor, da ausschließlich eine chirurgische Intervention in Frage komme.

Ein Krankenhaus mit numerischer Auffälligkeit bei **Dislokationen der Implantate** hat bereits unterjährig auf diese Problematik reagiert und Gegenmaßnahmen eingeleitet.

Auch wies diese Abteilung in der Vergangenheit erhebliche Dokumentationsprobleme auf. Die Fachgruppe würdigt die deutliche Verbesserung der Dokumentationsqualität.

Abschließend werden die Ergebnisse der Abteilung von der Fachgruppe als nicht auffällig gewertet.

Für Jahr 2008 werden die Ergebnisse eines Hauses zur **perioperativen Antibiotikaphylaxe**, das den Referenzwert leicht unterschritten hatte, als nicht auffällig gewertet. Im nächsten Jahr werden die Ergebnisse mit besonderer Sorgfalt kontrolliert.

Zwei Kliniken wiesen **Wundinfektions- und Reoperationsraten** auf, die deutlich über dem Landesmedian liegen. Obwohl ihre Ergebnisse zu diesen Indikatoren innerhalb des bundesweiten Referenzwertes lagen, wurden die Kliniken um Erläuterung der Ergebnisse gebeten. Zu allen geschilderten Fällen stellt die Fachgruppe einstimmig fest, dass es sich jeweils um nachvollziehbar und schlüssig dargelegte Einzelfälle handelt.

Zwei Kliniken, in denen **postoperativ** keine **Wundinfektion** zu verzeichnen waren, wurden um Prüfung der Datenvollständigkeit gebeten. Die Ergebnisse wurden durch Recherchen bestätigt.

Totalendoprothese bei Coxarthrose (Modul 17/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1378

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation	87,7%	96%	88,7-100%	≥90%
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	99,2%	99,4%	98,6-100%	≥95%
Postoperative Beweglichkeit				
• von mind. 0/0/70 Grad	97,4%	98,5%	78,6%-100%*)	≥95%
• nach Neutral-Null-Methode dokumentiert	88,8%	99%	66,7-100%*)	≥95%
Gehfähigkeit bei Entlassung	0,3%	0,5%	0-2%	≤2,3%
Gefäß- oder -Nervenschaden	0,4%	0,5%	0-6,7%*)	≤2%
Implantatfehl- lage, -dislokation oder Fraktur	1%	0,7%	0-1,6%	≤2%
Endoprothesenluxation	0,4%	0,1%	0-1%	≤5%
Postoperative Wundinfektion	0,7%	0,8%	0-3%	≤3%
Wundhämatome/Nachblutungen	1,3%	1,4%	0-8,3%*)	≤8%
Allgemeine postoperative Komplikationen	1,2%	1,8%	0-6,7%*)	≤5%
Reoperation wegen Komplikation	1,9%	2%	0-8,3%*)	≤9%
Letalität	0,2%	0,2%	0-6,7%*)	sentinel event

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie für 2008:

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Indikation
- postoperative Beweglichkeit
- allgemeine postoperative Komplikationen
- Wundhämatome/Nachblutungen
- Gefäßläsion oder Nervenschaden
- Letalität

In drei Kliniken sind im Verlauf des stationären Aufenthaltes zur Implantation eines künstlichen Hüftgelenkes Patienten verstorben. Die Kliniken haben in ihren Ausführungen glaubhaft und nachvollziehbar darlegen können, dass es sich jeweils um schicksalhafte Verläufe gehandelt hat. Die Ergebnisse werden nach kritischer Würdigung als nicht auffällig gewertet.

Im Zusammenhang mit einer letal verlaufenen Lungenembolie eines Patienten diskutiert die Fachgruppe Wirksamkeit, Anwendungsfreundlichkeit sowie unerwünschte Arzneimittelwirkungen verschiedener Heparine.

Grundsätzlich warnt die Fachgruppe vor zu großzügig gestellten Indikationen bei elektiven Eingriffen in der Hüft- und Knie-Endoprothetik. Die Indikation sei stets genau abzuwägen.

Der Score zur Ermittlung einer geeigneten **Indikation** für den elektiven Gelenkersatz setzt sich aus den Komponenten Schmerz, Bewegungseinschränkung und röntgenologische Kriterien zusammen. Ein Haus war durch Unterschreitung der Werte der röntgenologischen Kriterien auffällig geworden. Nach kritischer Würdigung der Erläuterungen, es handelte sich überwiegend um be-

sondere Einzelfälle, werden die Ergebnisse zu dem Indikator für dieses Jahr als nicht auffällig gewertet, im Folgejahr werden die Ergebnisse mit besonderer Sorgfalt verfolgt.

Zur **postoperativen Beweglichkeit** hatte ein Haus in der Vergangenheit wiederholt Dokumentationsprobleme als Ursache für Auffälligkeiten benannt. Die Rate hat sich in den letzten Jahren kontinuierlich verbessert. Die Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität ist erkennbar.

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

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

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 189

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation	92%	92,1%	68,4-100%	≥79%
Perioperative Antibiotikaphylaxe	99,4%	100%		≥95%
Postoperative Wundinfektion	2,8%	2,1%	0-10,5%	nicht def.
Endoprothesenluxation	2%	1,6%	0-9,1%	≤10%
Gehfähigkeit bei Entlassung	2%	1,1%	0-4,5%	≤6,6%
Allgemeine postoperative Komplikationen	3%	2,6%	0-13,6%	≤9,6%
Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Fraktur	2,2%	0%		≤2%
Gefäßläsionen oder Nervenschaden	0,8%	1,1%	0-9,1%	≤2%
Wundhämatome/Nachblutungen	3,1%	2,6%	0-18,2%	≤13%
Reoperation wegen Komplikation	5,6%	4,8%	0-27,3%	≤16%
Letalität	1,3%	0%		sentinel event

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie für 2008:

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Indikation
- Wundhämatome/Nachblutungen
- allgemeine postoperative Komplikationen
- Reoperation wegen Komplikation

In zwei Fällen musste ein Komponentenwechsel aufgrund einer muskulären Insuffizienz durchgeführt werden. Die **Indikation** zum Eingriff ließ sich hier allerdings nicht über den Datensatz abbilden. Die Fachgruppe bewertet die Ergebnisse als nicht auffällig

In einer weiteren Klinik konnte die Ursache für wiederholte Prothesenluxationen als **Indikation** zum Hüft-TEP-Wechsel bzw. zum Wechsel von Komponenten ebenfalls nicht über den Datensatz erfasst werden. Die Ergebnisse werden für dieses Jahr als nicht auffällig eingestuft, sollen aber im nächsten Jahr mit besonderer Sorgfalt geprüft werden.

Ein Haus wies auffällige Raten zu den Indikatoren **Wundhämatome/Nachblutungen**, **allgemeine postoperative Komplikationen** und **Reoperation wegen Komplikation** auf. Aufgrund der sehr kleinen Behandlungszahlen in der Abteilung fallen bereits Einzelfälle statistisch stark ins Gewicht. Die Verläufe der Patienten wurden in der Stellungnahme schlüssig und nachvollziehbar dargestellt. In zwei Fällen schlug sich die Komplikation „Hämatom“ auch in einem zweiten Indikator, der Reoperation, nieder.

Hinweise auf Auffälligkeiten sind nach Einschätzung der Fachgruppe nicht erkennbar.

Knie-Totalendoprothese (Modul 17/5)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1168

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation	92,7%	94,3%	70,4%-100%*)	≥90%
• Postoperative Beweglichkeit von mind. 0/0/90 Grad	83,6%	90,1%	84,7-100%	≥80%
• nach der Neutral-Null-Methode dokumentiert	93,2%	99,3%	96,4-100%	≥80%
Perioperative Antibiotikaphylaxe	99,4%	99,7%	99,3-100%	≥95%
Gehfähigkeit bei Entlassung	0,3%	0,6%	0-1,1%	≤1,7%
Gefäßläsion/Nervenschaden	0,2%	0,3%	0-1,5%	≤2%
Fraktur als intra- oder post-op Komplikation	0,2%	0,1%	0-0,4%	≤2%
Postoperative Wundinfektion	0,4%	0,3%	0-1,8%	≤2%
Wundhämatome/Nachblutungen	1,2%	1,1%	0-2%*)	≤8%
Allgemeine post-op Komplikationen	1,7%	2%	0-11,1%*)	≤5,2%
Reoperation wegen Komplikation	1,4%	1,5%	0-3,3%	≤6%
Letalität	0,1%	0%		sentinel event

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie für 2008:

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Indikation
- allgemeine postoperative Komplikationen

Ein Haus hatte in seiner Stellungnahme erhebliche Dokumentationsprobleme bei der Knie-TEP-Erstimplantation zum Indikator **Indikation** eingeräumt. Es hat zugleich ausgeführt, dass eine strenge Indikationsstellung bei elektiven Gelenkimplantationen sichergestellt ist. Die Klinik hat umgehend nach Einleitung des strukturierten Dialoges mit der Einleitung von Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität begonnen.

Die Fachgruppe stellt gemäß LQB-Beschluss fest, dass das Ergebnis zum Indikator „Indikation bei Knie-TEP-Erstimplantation“ in dieser Abteilung aufgrund von Dokumentationsungenauigkeiten nicht beurteilt werden kann.

In diesem Zusammenhang rät die Fachgruppe dringend dazu, Vollständigkeit und Korrektheit der Daten unterjährig zu prüfen. Gängige Softwareprodukte könnten diese Arbeit hilfreich unterstützen.

In einem Fall mit **allgemeiner postoperativer Komplikation** handelte es sich um einen Patienten mit einer schweren Grunderkrankung, so dass zunächst versucht wurde, die Beschwerden mit Hilfe einer konservativen Therapie zu lindern. Da dieser Weg nicht zum gewünschten Erfolg führte, wurde ein künstliches Kniegelenk eingesetzt. Im postoperativen Verlauf musste der Patient aufgrund seiner Herzinsuffizienz zunächst intensivmedizinisch behandelt werden. Der Patient konnte anschließend mobilisiert und gehfähig entlassen werden.

Die Erläuterungen werden als plausibel und nachvollziehbar gewertet, Hinweise auf qualitative Mängel liegen nach Einschätzung der Fachgruppe nicht vor.

Die Raten einer Klinik, die in den vergangenen Jahren durch überdurchschnittlich viele Patienten der Gruppen ASA-3 und ASA 4 in der elektiven Endoprothetik aufgefallen war, also Patienten mit schweren bzw. inaktivierenden Erkrankungen, sind erkennbar rückläufig.

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

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 98

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation	87,2%	90,8%	80-100%	≥68,3%
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	99,4%	99%	94,1-100%	≥95%
Gefähigkeit bei Entlassung	0,6%	0%		≤4%
Fraktur als intra- oder postop-Komplikation	0,5%	0%		≤4%
Gefäßläsion/Nervenschaden	0,2%	0%		≤2%
Postoperative Wundinfektion	1,3%	1%	0-5,9%	nicht. def.
Wundhämatome/Nachblutungen	2,4%	5,1%	0-17,6%	≤15%
Reoperation wegen Komplikation	3,1%	5,1%	0-17,6%	≤12%
Allg. Postoperative Komplikationen	1,8%	2%	0-7,7%	≤5%
Letalität	0,2%	0%		sentinel event

Bitte beachten, dass kein Krankenhaus mehr als 20 Fälle in diesem Leistungsbereich aufweist.

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie /Unfallchirurgie für 2008

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Wundhämatome/Nachblutungen
- allgemeine postoperative Komplikationen

Die Ergebnisse zu diesem Modul haben keinen Anhalt für Auffälligkeiten ergeben

Im Leistungsbereich Knie-TEP-Wechsel werden insgesamt und je Haus nur geringe Fallzahlen erbracht. Somit können bereits Einzelfälle zu statistisch signifikant auffälligen Ergebnissen führen. Die Erläuterungen eines Hauses zu Ergebnissen der Indikatoren **Wundhämatome/Nachblutungen** und **Reoperationen** werden von der der Fachgruppe als nicht auffällig gewertet. Es handelte sich um Hämatome, die operativ versorgt wurden.

Pflege: Generalindikator Dekubitusprophylaxe

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 10586

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%	0-1,9%	nicht def.
	• Pat. mit Dek. Grad 1-4 bei Entlassung	1,2%	1,2%	0,24%	nicht def.
Pat. mit Dekubitus Grad 2-4 bei Entlassung bei Pat., die ohne Dekubitus aufgenommen wurden	• Risikoadjustierte Rate nach log. Dekubitus-Score I (Verhältnis beobachtete zu erwarteter Rate)	0,94	0,91	0-2,1	nicht def.
	• Risikoadjustierte Rate nach log. Dekubitus-Score I	0,7%	0,7%	0-1,5%	\leq 1,9%
Pat. mit Dekubitus Grad 1-4 bei Entlassung bei Pat., die ohne Dekubitus aufgenommen wurden	• Risikoadjustierte Rate nach log. Dekubitus-Score II (Verhältnis beobachtete zu erwarteter Rate)	0,91	0,89	0-1,4	nicht def.
	• Risikoadjustierte Rate nach log. Dekubitus-Score II	1,1%	1,1%	0-1,7%	\leq 2,8%
Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 bei Pat. ohne Dekubitus bei Aufnahme	0,1‰	0‰		sentinel event	

Aus den Beratungen der Fachgruppe Pflege für 2008:

Die Fachgruppe betont die Notwendigkeit von QS-Maßnahmen in der Pflege und macht zugleich deutlich, dass insbesondere die zügige Rückkopplung der Ergebnisse die Akzeptanz für das Verfahren steigern und das Bewusstsein für die Notwendigkeit von QS-Maßnahmen insgesamt unter den Pflegekräften schärfen würde. Dass sich Konsequenzen und Handlungsbedarf aus den erhobenen Daten ableiten lassen, könne den Pflegekräften auf den Stationen so nachvollziehbarer und klarer vermittelt werden („es passiert etwas“).

So wurden zugunsten einer frühzeitigen Rückmeldung der Ergebnisse, die in der Folge eine zügige Reaktion ermöglicht, die Daten des Moduls für 2008 im Rahmen einer Sonderauswertung bereits im Spätsommer desselben Jahres ausgewertet und den Kliniken übermittelt. Die Dokumentationspflicht zum Generalindikator Dekubitusprophylaxe besteht für das erste Quartal eines Jahres. Die Krankenhäuser des Landes Bremen hatten sich freiwillig selbst verpflichtet, die Daten entsprechend bis Jahresmitte zu liefern. Diese Initiative Bremens ist auch auf Bundesebene gewürdigt worden.

Da zum Auswertungszeitpunkt noch keine Daten aus dem Bund vorlagen, wurden für die Risikoadjustierung Daten des Vorjahres zugrunde gelegt.

Für die Ergebnisbewertung in Bremen wurden strengere Werte als auf Bundesebene festgelegt. Danach löste die Verschlechterung eines Dekubitus um mindestens zwei Grad zwischen Aufnahme und Entlassung einen strukturierten Dialog aus.

Die Fachgruppe hatte vor zwei Jahren eine Matrix zur Erstellung von Stellungnahmen entwickelt, die sich nach Einschätzung der Fachgruppe bewährt habe. Notwendige Informationen seien seit Einführung besser verfügbar und es erhöhe sich die Vergleichbarkeit.

Zwei Kliniken hatten die angeforderten Stellungnahmen nicht bzw. nicht rechtzeitig übermittelt. Der Verdacht auf Auffälligkeit wurde nach Ansicht der Fachgruppe von beiden Häusern nicht ausgeräumt. Die Fachgruppe bewertet die Ergebnisse beider Häuser für 2008 als auffällig.

Zu zwei Kliniken stellt die Fachgruppe fest, dass den Stellungnahmen Reflexion und Bewertung des pflegerischen Handelns wie auch Darlegung von Konsequenzen für das zukünftige pflegerische Handeln zur Vermeidung von Dekubitus nicht eindeutig zu entnehmen sei.

Für 2009 werden die Ergebnisse dieser Krankenhäuser im Longitudinalvergleich mit besonderem Augenmerk verfolgt und beobachtet.

In einer Klinik stellte die Fachgruppe Probleme in der pflegerischen Versorgung fest. Der Stellungnahme war nicht zu entnehmen, welche Maßnahmen in der Konsequenz zur Optimierung von Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität ermittelt bzw. eingeleitet wurden. Die Fachgruppe hatte mit der Klinikvertretung ein kollegiales Gespräch geführt, um nähere Hintergründe zu den festgestellten Problemen und Lösungsansätze herauszuarbeiten. In dessen Folge wurde zunächst die Überprüfung der Dokumentationsqualität anhand einer Zweitprüfung empfohlen.

Die Ergebnisse zu den Auswertungen für 2008 wurden von der Fachgruppe als auffällig gewertet.

Die Fachgruppe weist darauf hin, dass die pflegerische Versorgung auch durch schlechte Kooperationsbereitschaft von Patienten erschwert (z. B. Ignorieren von Lagerungsintervallen) und eine Dekubitusentwicklung somit auch vor diesem Hintergrund forciert werden könne.

Eine höhere Compliance unter Patienten und Angehörigen wird in geriatrischen Abteilungen im Unterschied zu allgemeinen Stationen beobachtet. Gezielte Angehörigenaufklärung und Patienteninformation haben hier zu einer höheren Sensibilisierung für pflegerische Maßnahmen geführt, die sich positiv auf die Versorgung auswirke.

So ist zu überlegen, ob sich auch in den übrigen Klinikabteilungen durch gezielte Patienten- und Angehörigenaufklärung zu pflegerischen Themen (z. B. unterstützt durch Flyer) ähnlich positive Ergebnisse erzielen lassen.

Ambulant erworbene Pneumonie (Modul Pneu)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 2100

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Frühzeitige erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie				
• Alle Patienten	89,8%	91%	73,1-100%	≥95%
• Alle Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	90%	91,4%	74,7-100%	nicht def.
• Alle Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	86,3%	78,3%	0-100%*)	nicht def.
Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden bei Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	92,2%	89,4%	78,6-100%	≥83,3%
Frühmobilisation				
• Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung der Risikoklasse 1 nach CRB-65*), die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind	91,2%	92,2%	78,6-100%*)	≥80,8%
• Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung der Risikoklasse 2 nach CRB-65*), die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind	83,4%	82,1%	65,3-100%	≥65,7%
Verlaufskontrolle CRP **)	93%	93,3%	76-100%	≥83,6%
Anpassung Diagnostik/Therapie				
• Patienten der Risikoklasse 2	76,3%	71%	41,7-86,7%*)	≥95%
• Patienten der Risikoklasse 3	83%	83,3%	50-100%*)	≥95%
Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien	73,2%	75,7%	42,9-100%	≥95%
Klinische Stabilitätskriterien	98,2%	97,6%	89,5-100%	≥95%
Krankenhausletalität				
Alle Patienten	12,9%	13%	4,9-20,3%	≤19,3%
Davon Patienten der				
• Risikoklasse 1 nach CRB-65 *)	2,8%	2,4%	0-4,9%	≤7,5%
• Risikoklasse 2 nach CRB-65	12,8%	13,3%	4,8-20,2%	≤19,4%
• Risikoklasse 3 nach CRB-65	34%	38,8%	25-38,1%	≤51,9%

*) CRB-65= Risikoskala (s. Hinweise zu den Auswertungen)

***) CRP= C-reaktives Protein im Serum (s. Hinweise zu den Auswertungen)

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Pneumonie für 2008:

Trotz insgesamt positiver Entwicklung erreichen noch nicht alle Bremer Krankenhäuser den Referenzwert zum Indikator **erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie**. Aus einer Klinik, die sich gegenüber dem Vorjahr geringfügig verschlechtert und das Qualitätsziel nicht erreicht hat, liegt eine ausführliche Stellungnahme vor, die im kollegialen Gespräch erörtert wird. Es wird festgestellt, dass die Abweichung durch nachvollziehbare Einzelfälle begründet und das Ergebnis qualitativ unauffällig ist.

Die weitere Entwicklung wird für alle Kliniken, die den Referenzbereich noch nicht erreicht haben, weiter aufmerksam begleitet werden.

Gemäß Qualitätsziel soll die Einleitung einer **antimikrobiellen Therapie** innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme angestrebt werden. Eine Klinik hatte den Referenzwert zu diesem Qualitätsindikator unterschritten. Aufgrund einer speziellen Patientenzusammensetzung ist jedoch eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit anderen Kliniken nur eingeschränkt möglich. Die Fachgruppe stellt nach eingehender Beratung der Stellungnahme fest, dass kein Anhalt für qualitative Mängel vorliegt.

Aus mehreren Häusern wird berichtet, dass die Indikationsstellung für eine Röntgenthoraxaufnahme zunehmend restriktiver gehandhabt werden müsse, da sehr auf eine unanfechtbare Indikationsstellung geachtet werde. Auch hierdurch verzögere sich die Diagnose und damit auch die Einleitung der antimikrobiellen Therapie.

In diesen Zusammenhang wird allerdings auch darauf verwiesen, dass frühzeitig durchgeführte BGA/Pulsoxymetriemessungen gleichfalls eine frühzeitige und spezielle Diagnostik und Therapie ermöglichen.

Der Datensatz für das Erfassungsjahr 2008 wurde um das Datenfeld **schriftlich dokumentierter Therapieverzicht bzw. Therapieeinstellung** ergänzt. Dieses Datenfeld dokumentiert, dass bei Patienten aufgrund einer infausten Prognose der Grunderkrankung auf die antimikrobielle Therapie verzichtet oder diese im Verlauf des stationären Aufenthaltes eingestellt wurde. Die Therapie kann nur im Einvernehmen mit dem Willen des Patienten oder der Angehörigen eingestellt werden.

Eine Klinik ist hier durch eine überdurchschnittlich hohe Rate aufgefallen. Es stellte sich auf Nachfrage heraus, dass es sich um einen Dokumentationsfehler aufgrund hausinterner Missverständnisse gehandelt hatte. Das Datenfeld fließt allerdings auch in die Berechnung weiterer Indikatoren ein, so dass die Ergebnisse dieser Indikatoren ebenfalls fehlerhaft sind.

Dementsprechend hat die Fachgruppe festgestellt, dass die Ergebnisse dieses Hauses für 2008 zu den definierten Indikatoren nicht beurteilbar sind.

Ein Krankenhaus war im Vorjahr – auch im Rahmen der Datenvalidierung – auffällig geworden. Das Haus hatte daraufhin umfangreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Datenqualität eingeleitet. Im Rahmen einer Nachprüfung zeigte sich, dass die im Vorjahr festgestellten Mängel in der Zwischenzeit weitestgehend behoben wurden. Gleichwohl konnten sich die eingeleiteten Verbesserungsmaßnahmen noch nicht vollständig auf die Gesamtergebnisse für 2008 auswirken.

Anhang

Bewertung von Dokumentationsmängeln

(Beschlussen 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.

Krankenhäuser mit Dokumentationsauffälligkeiten

Aufgrund mangelhafter Qualitätssicherungsdokumentation konnten für 2008, gemäß Beschluss des Lenkungsausschusses Qualitätssicherung Bremen (LQB) vom 15. Januar 2008, die Ergebnisse einzelner Qualitätsindikatoren folgender Bremer Krankenhäuser nicht beurteilt werden:

- 1) St.-Joseph-Stift
- 2) Rotes-Kreuz-Krankenhaus
- 3) Klinikum Bremerhaven Reinkenheide
- 4) St.-Joseph-Hospital

Vollständigkeit in Bremen, Dokumentationsjahr 2008

Anhang III

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	Ameos-klinik Dr. Heines 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	37/39	16/16	56/56	189/188	20/19	69/72	24/24				79/79	33/35	8/8	531/536
9/2	4/3		3/3	43/43		1/1	4/4				6/8	6/6	2/2	69/70
9/3	4/4	4/3	6/6	36/35	2/3	7/7	4/4				1/3	3/3	1/1	68/69
10/2	97/99		45/45	24/26	0/1		89/89				38/36		37/35	330/332
12/1	193/195	161/161	196/195	183/180	219/215	267/242	124/127			3/3	146/141	196/196	111/107	1799/1762
15/1	462/455		328/325	484/480	705/701	541/531	7/8				379/374	0/4	130/125	3036/3003
16/1	1310/1329		1321/1329	1780/1782	602/600	1341/1335					788/794		717/716	7859/7885
17/1	171/166	99/99	169/169	112/109	65/68	185/181	96/97	4/5			107/107	83/86	87/82	1178/1169
17/2	101/102	15/15	101/100	12/12	391/390		127/130	366/355		189/189	71/70	3/4	2/2	1378/1369
17/3	22/22	11/11	21/21	2/2	33/32		21/22	58/55		2/2	19/17	0/1	0/1	189/186
17/5	81/84		105/104		218/216		152/154	275/275		273/273	55/55	9/10		1168/1171
17/7	13/13		13/13		17/16		17/20	20/20		11/11	7/7			98/100
18/1	239/235		156/153	136/133	218/221	191/371	0/2				376/368		13/13	1329/1496
21/3	21/21		18/18	4285/4106	0/7	0/9	0/9				690/684	79/90		5093/4944
Pneu	226/214	280/278	251/252	111/112	204/205	159/158	198/209				171/169	179/192	321/305	2100/2094
GI Dek	1651/1640	1032/1030	1078/1078	1153/1116	723/676	1292/1251	734/733	215/206	1/1	116/115	1156/1158	614/681	821/790	10586/10475
MDS		5	1	3										9
Σ	4632/4621 (100%)	1623/1613 (100%)	3868/3867 (100%)	8553/8324 (100%)	3417/3370 (100%)	4053/4158 (97%)	1597/1632 (98%)	938/916 (100%)	1/1 (100%)	594/593 (100%)	4089/4070 (100%)	1205/1308 (92%)	2250/2187 (100%)	36820/36661 (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 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