

Externe Qualitätssicherung der Krankenhäuser im Land Bremen

2009

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:

Ulrike Lehr M.A., MPH

Gesundheits- und Sozialwissenschaftlerin, Krankenschwester

Leiterin Qualitätsbüro

Sonja Kapp B.A.

Gesundheitswissenschaftlerin, Gesundheits- und Kinderkrankenschwester

Inhalt	Seite
Einführung.....	5
Lenkungsausschuss Bremen	7
Fachgruppen in Bremen.....	9
Hinweise zu den Auswertungen.....	11
Berichte zu den Modulen aus den Fachgruppen	
Chirurgie	
Carotisrekonstruktion.....	15
Cholezystektomie.....	16
Geburtshilfe und Neonatologie	
Geburtshilfe	18
Neonatologie	21
Herzschrittmacher	
Herzschrittmachererstimplantation	23
Herzschrittmacheraggregatwechsel	24
Herzschrittmacherexplantation/-revision	25
Kardiologie	
Koronarangiographie und perkutane Koronarintervention (PCI)	28
Operative Gynäkologie	
Gynäkologische Operationen.....	30
Mammachirurgie	32
Orthopädie/Unfallchirurgie	
Hüftgelenknahe Femurfraktur	34
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation.....	35
Hüft-TEP-Wechsel und -Komponentenwechsel	37
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation.....	38
Knie-TEP-Wechsel und -Komponentenwechsel	40
Pflege	
Generalindikator Dekubitusprophylaxe.....	41
Pneumonie	
Ambulant erworbene Pneumonie.....	43
Anhang	
Anhang I : Bewertung von Dokumentationsmängeln (LQB-Beschluss)	49
Anhang II: Krankenhäuser mit Dokumentationsauffälligkeiten	51
Anhang III: Beteiligung der Kliniken an der externen Qualitätssicherung in Bremen	53
Anhang IV: Grundlagen der verpflichtenden externen vergleichenden Qualitätssicherung	55

Einführung

In diesem Jahr legen wir den achten Bericht über die verpflichtende externe stationäre Qualitätssicherung im Land Bremen vor. Wie auch in den vergangenen Jahren richtet er sich im Wesentlichen an die Fachöffentlichkeit, der wir so Ergebnisse und 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.

In der Längsschnittbetrachtung waren erfreulicherweise auch für 2009 in den meisten Leistungsbereichen positive Entwicklungen zu verzeichnen. Desgleichen hat sich in den meisten Krankenhausabteilungen des Landes die Dokumentationsqualität weiter gebessert. Wo dies für 2009 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.

In einem europaweiten und mehrjährigen Ausschreibungsverfahren hatte das AQUA-Institut in Göttingen den Zuschlag für die Entwicklung und Durchführung einer zukünftig stärker sektorenübergreifend auszurichtenden Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) erhalten und hierdurch automatisch auch die Zuständigkeit für das bereits etablierte Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung. Seit dem 1.1.2010 ist auf Bundesebene nunmehr nicht mehr die BQS in Düsseldorf, sondern das AQUA-Institut (Institut nach §137a SGB V) für das Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung zuständig. Für die Leistungserbringer haben sich durch diesen Wechsel keine wesentlichen Änderungen ergeben.

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 werden.

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

Bremen, im Dezember 2010

Lenkungsausschuss Qualitätssicherung Bremen

Vorsitz: Herr Jürgen Scholz
Stellvertr. Vorsitz: Herr Uwe Zimmer (bis 25. Oktober 2010)
Herr Dr. Guido Kirchgesser (seit 26. Oktober 2010)

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 Jörg Seifert
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

Ärztammer 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. Dr. Mohr, Diako

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

Chirurgie

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

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

Geburtshilfe und Neonatologie

Vorsitz: Herr Dr. Körner, Klinikum Links der Weser

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

Operative Gynäkologie

Vorsitz: Frau L. Todt, Klinikum Links der Weser

Stellvertreterin: Herr Dr. Kemnitz, Klinikum Bremen-Mitte

Orthopädie/Unfallchirurgie

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

Stellvertreterin: Frau E. Wihtol, Rolandklinik

Pflege

Vorsitz: Frau C. Plötz, Rotes-Kreuz-Krankenhaus

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

Stellvertreter: Herr Dr. 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:

APGAR

Abkürzung für: **A**tmung, **P**uls, **G**rundtonus, **A**ussehen, **R**eflexe

Bewertungsindex der Vitalzeichen für die Zustandsdiagnostik des Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt. Gemessen werden diese Kriterien 1, 5 und 10 Minuten nach der Geburt. Pro Kriterium werden 0-2 Punkte vergeben, somit sind maximal 10 Punkte pro Erhebung möglich, optimal ist ein Ergebnis von 9-10 Punkten.

ASA (American Society of Anesthesiologists)

Einstufung des Gesundheitszustandes der Patienten:

ASA 1: normaler, ansonsten gesunder Patient

ASA 2: Patient mit leichter 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.

Azidose

Störung im Säure-Basen-Haushalt in Richtung einer Übersäuerung.

BeT

Brust erhaltende Therapie

BMI = Body-Mass-Index

Der BMI ist eine Maßzahl zur Bewertung des Gewichtes eines Menschen. Er wird aus Körpergewicht (in Kilogramm) und Körpergröße (in Metern) berechnet und ermöglicht eine grobe Einordnung in verschiedene Gewichtskategorien (Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht oder Fettleibigkeit).

Berechnung: $BMI = \text{kg} / \text{m}^2$

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 Therapieerfolges.

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)

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.

Penetration

Vorgang, bei dem ein Fremdkörper oder körpereigenes Gewebe in Zellen oder (organfremdes) Gewebe eindringt.

Perforation

Durchbruch oder Durchbohren einer Organwand oder einer geschlossenen Membran.

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 besseren Vergleichbarkeit von Ergebnissen und soll eine einheitliche Bewertung ermöglichen. Die Entwicklung von Rechenmodellen hierfür ist sehr komplex.

Sentinel event

Bereits ein einziger Vorfall stellt eine Auffälligkeit dar und bedarf automatisch der Abklärung. (Beispiel: Todesfälle bei einer Gallenblasenentfernung).

Stenose

Verengung

Synkope

Kurze Bewusstlosigkeit (Sekunden bis Minuten).

***) 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: 327

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 $\geq 60\%$ 	93,9%	94,5%	91,3%-100%	$\geq 85\%$
<ul style="list-style-type: none"> bei symptomatischer Stenose Anteil an Patienten mit einer Stenose $\geq 50\%$ 	97,3%	97,9%	96,6%-100%	$\geq 90\%$
Perioperative Schlaganfälle oder Todesfälle				
<ul style="list-style-type: none"> bei asymptomatischer Stenose (Stenose $\geq 60\%$) ohne kontralateralen Verschluss oder kontralaterale Stenose $\geq 75\%$ (NASCET) 	1,5%	0,9%	0%-5%*)	nicht def.
<ul style="list-style-type: none"> bei asymptomatischer Stenose (Stenose $\geq 60\%$) mit kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose $\geq 75\%$ 	2,6%	4,2%	0%-20%*)	nicht def.
<ul style="list-style-type: none"> bei symptomatischer Stenose mit Stenosegrad $\geq 70\%$ 	2,8%	2,9%	2,6%-6,7%*)	nicht def.
<ul style="list-style-type: none"> bei symptomatischer Stenose mit Stenosegrad von 50-69% 	2,9%	0%		nicht def.
Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score I				
<ul style="list-style-type: none"> Risikoadjustierte Rate 	2,6%	1,9%	1%-4,2%	$\leq 7,7\%$
Schwere Schlaganfälle oder Tod				
<ul style="list-style-type: none"> Risikoadjustierte Rate 	1,4%	1,7%	0%-4,5%	$\leq 4,7\%$

*) Bitte beachten: Die Spannweite bezieht auch Häuser ≤ 20 Datensätzen ein.

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Chirurgie für 2009:

Für das Jahr 2009 sind in diesem Leistungsbereich keine rechnerischen Auffälligkeiten aufgetreten. Die landesweit guten Ergebnisse werden von der Fachgruppe ausdrücklich gewürdigt.

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%	1%	0%-3%	≤5%
Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	97,6%	100%		≥95%
Erhebung eines histologischen Befundes	99,3%	99,2%	96,2%-100%	≥95%
Eingriffsspezifische Komplikationen				
• Anteil von Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC	0,1%	0,2%	0%-0,6%	sentinel event
• Pat. mit mind. einer Komplikation bei laparoskopisch begonnener Operation	2,4%	2,1%	0%-4,3%	≤6%
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen				
• alle Patienten	3%	1,7%	0%-4,7%	≤7,7%
• bei Pat. mit laparoskopisch begonnener Operation	2,1%	1%	0%-3,3%	≤6,0%
• bei Pat. mit offen-chirurgischer Operation	14%	9%	0%-40% *)	≤33,3%
Reinterventionsrate	1%	1%	0%-5,7%	≤1,5%
Letalität bei Pat. ASA 1- ASA 3	0,5%	0,6%	0%-2,4%	sentinel event

*) Bitte beachten: Die Spannweite bezieht auch Häuser ≤ 20 Datensätzen ein.

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Chirurgie für 2009:

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

In zwei Kliniken wurde in je einem Fall der Gallengang bei der Freilegung der anatomischen Strukturen (Gallenblase und Gallengang) verletzt bzw. durchtrennt.

In beiden Fällen wurde die Verletzung noch während des Eingriffes bemerkt und operativ versorgt. Der postoperative Verlauf gestaltete sich in beiden Fällen komplikationslos.

Im dritten Haus musste im Nachgang zu der Operation an der Gallenblase eine Verengung im Bereich des Gallenganges operativ versorgt werden.

Der sorgfältigen Präparation der anatomischen Strukturen bei diesem Eingriff kommt eine große Bedeutung zu. So empfiehlt die Fachgruppe, bei schwierigen anatomischen Verhältnissen offen-chirurgisch zu operieren. In Grenzfällen – auch intraoperativ – erachtet sie das Einholen einer Zweitmeinung als sehr hilfreich.

Qualitätsindikator: Allgemeine postoperative Komplikationen bei offen-chirurgischen Operationen

In zwei Fällen bestand Dokumentationspflicht, obwohl sie inhaltlich als Gallenblasenentfernung über den Datensatz nicht adäquat abgebildet werden konnten. Hier wird das Anlegen eines Minimaldatensatzes empfohlen.

Sofern Unsicherheiten beim Ausfüllen der Datensätze bestehen, können den Ausfüllhinweisen wichtige Informationen wie z. B. Definitionen entnommen werden.

Qualitätsindikator: Reintervention wegen Komplikationen bei laparoskopischen Operationen

In einem Haus mussten Nachblutungen, ein Hämatom und die Schwäche eines Gallenblasenstumpfes durch einen erneuten Eingriff operativ versorgt werden. Der weitere Verlauf war in allen Fällen komplikationslos.

Postoperativ musste in einem anderen Haus einem Patienten ein Gallenstein aus den Gallengängen entfernt werden. Die präoperativ durchgeführte Ultraschalluntersuchung der Gallengänge ergab keinen Hinweis auf einen Gallenstein. Es ließ sich nicht abschließend klären, ob der Gallenstein vor der Operation nicht darstellbar oder nicht vorhanden war.

Ein weiterer Patient hatte die eigene Drainage durchtrennt. Hier wurde ein operativer Eingriff erforderlich, da ein Teil der Drainage im Bauchraum zurückblieb.

Eine leichte Nachblutung in einem anderen Fall konnte ohne weitere Komplikationen versorgt werden.

Qualitätsindikator: Letalität (Anteil verstorbener Patienten der Risikoklasse ASA 1 bis 3)

Es handelte sich jeweils um schicksalhaft verlaufene, nachvollziehbar und schlüssig dargelegte Einzelfälle. Die schwer erkrankten multimorbiden Patienten verstarben postoperativ an den Folgen der Begleiterkrankungen, bei allen Patienten lag eine zwingende Operationsindikation vor.

Abschließend stellt die Fachgruppe einstimmig fest, dass in allen Fällen die notwendige Sorgfalt gewährleistet war und keine Hinweise auf qualitative Auffälligkeiten vorliegen.

Geburtshilfe (Modul 16/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 7664 (7837 Kinder)

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
EE-Zeit (Zeit zwischen dem Entschluss zum Kaiserschnitt und der Entbindung) bei Notfallkaiserschnitt > 20 Minuten	1,7%	0%		sentinel event
Anwesenheit des Pädiaters bei Frühgeburt (Anteil lebend geborener Frühgeborener (24+0 bis unter 35+0 SSWochen), bei denen ein Pädiater vor der Geburt eingetroffen ist)	92,6%	86%	45,6%-100%	≥90%
Bestimmung des Nabelarterien pH-Wertes	98,9%	99%	97,7%-99,6%	≥95%
Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	0,2%	0,3%	0,2%-0,4%	≤0,3%
Kritisches Outcome bei Reifgeborenen	0,02%	0,03%	0%-0,2%	sentinel event
Dammriss III./IV. Grades bei spontanen Einlingsgeburten (alle)	1.4%	1%	0,2%-1,9%	≤3%
• ohne Episiotomie	1%	0,6%	0,2%-1,4%	nicht def.
• mit Episiotomie	2,7%	2,1%	0%-6,2%	nicht def.
Antenatale Kortikosteroidtherapie (bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34 +0 Wochen), unter Ausschluss von Totgeburten				
• alle	79,7%	71,3%	13,5%-93,5%	nicht def.
• mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens einem Kalendertag	89,3%	83,6%	9,1%-100%*)	nicht def.
• mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	92,6%	89,6%	12,5%-100%*)	≥95%
Mütterliche Todesfälle	0,04‰	0‰		sentinel event

*) Bitte beachten: Die Spannweite bezieht auch Häuser ≤ 20 Datensätzen ein.

Sectio caesarea (Entbindungen per Kaiserschnitt im Land Bremen)		
Bezogen auf alle Kinder= 7837		
Per Kaiserschnitt entbunden (insgesamt)	2319	30,9%
Der Kaiserschnitt war geplant (= primäre Sectio caesarea)	1014	13,5%
Die Entscheidung zum Kaiserschnitt fiel im Geburtsverlauf (= sekundäre Sectio caesarea)	1166	15,6%
Sectio caesarea ohne nähere Angaben	139	1,9%

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Geburtshilfe/ Neonatologie für 2009:

Qualitätsindikator: Kritisches Outcome bei Reifgeborenen

In einer Klinik war ein reif geborenes Kind kurz nach der Geburt verstorben. Nach einem anfänglich unkritischen Verlauf verschlechterten sich die Vitalzeichen kurz vor der Geburt drastisch, das Kind verstarb trotz erfolgter Reanimation kurz nach der Geburt.

Nach Einschätzung der Fachgruppe handelt es sich zwar um einen folgenschwer verlaufenen Einzelfall, angesichts der Tragweite stellt sie abschließend fest, dass hier eine qualitative Auffälligkeit vorliegt. Die Klinik wurde aufgefordert, Verbesserungsmaßnahmen zu ergreifen, um zukünftig eine gute Versorgungsqualität sicherzustellen.

Die Abteilung hatte bereits auf diesen Fall reagiert und Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität eingeleitet.

Während der Geburt von Zwillingen in einem weiteren Haus kam es während des Geburtsverlaufs des zweiten Kindes zu verstärkten Blutungen und Verdacht auf eine vorzeitige Plazentaablösung. Direkt nach der Geburt wurden bei diesem Kind niedrige APGAR-Werte und eine Azidose festgestellt.

Die Fachgruppe hält hierzu nach intensiver Beratung fest, dass keine Hinweise auf qualitative Auffälligkeiten vorliegen und die notwendige Sorgfalt in der Behandlung gegeben war.

Qualitätsindikator: Azidose bei reifen Einlingen

Eine Klinik, die den Referenzbereich in geringem Maße überschritten hat, hatte ausführlich über die Fälle berichtet. Die Fachgruppe konnte keinen Hinweis auf Auffälligkeiten erkennen, da es sich um schlüssig dargelegte Einzelfälle handelt.

Qualitätsindikator: Antenatale Kortikosteroidtherapie

In einem Haus wurde in zwei von drei Fällen die antenatale Kortikosteroidtherapie nicht für das Verfahren der externen Qualitätssicherung dokumentiert. Gemäß dem Grundsatzbeschluss des Lenkungsausschusses vom 15. Januar 2008, siehe Anhang I, kann die Behandlungsqualität der Lungenreifebehandlung in dieser geburtshilflichen Abteilung auf Grund vereinzelter Dokumentationsungenauigkeiten nicht beurteilt werden.

Inkongruenz verschiedener Datenfelder

Zwei Häuser haben zu einzelnen oder allen der folgenden Qualitätsindikatoren „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen“, „Azidose bei reifen Einlingen“ und „antenatale Kortikosteroidtherapie“ den Referenzbereich nicht erreicht.

Aus den Auswertungen ergibt sich für eine der Kliniken ein unverhältnismäßig hoher Anstieg der Frühgeborenenrate (>100%) und eine starke Veränderung der Ergebnisse im Longitudinalvergleich. Diese Angaben und die Ergebnisse weichen stark von den klinikinternen Daten ab, wie Recherchen der Klinik zeigen.

Bei einer Analyse der QS-Daten sind z. T. erhebliche Implausibilitäten zwischen einigen Datenfeldern aufgefallen.

Beide Kliniken haben glaubhaft versichert, die betroffenen Daten korrekt angegeben zu haben. Zusätzlich werden in einer Klinik vor dem endgültigen Datenexport die Daten in einer Endkontrolle auf Vollständigkeit überprüft. Für 2009 wurden hierbei keine Ungenauigkeiten festgestellt. Auch in anderen Bundesländern ist dieses Problem der inkongruenten Daten aufgetreten. Systematische Fehler z.B. in der Erfassungssoftware konnten bisher allerdings nicht identifiziert werden.

Abschließend stellt die Fachgruppe für beide Kliniken fest, dass aufgrund der Inkongruenz von Inhalten in den verschiedenen Datenfeldern die Ergebnisse beider Kliniken zu den auffälligen Indikatoren nicht bewertet werden können.

Neonatologie

Aus der Bremer Auswertung für 2009:

Geburtsgewicht und Gestationsalter

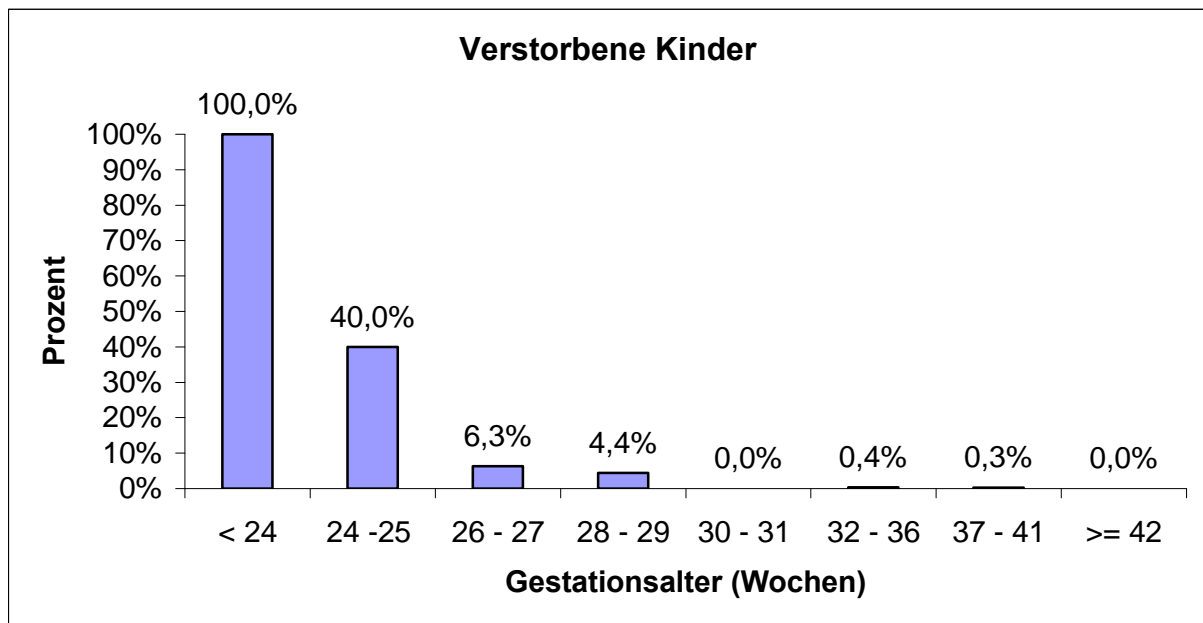
Geburts- gewicht (g)	Gestationsalter (vollendete Schwangerschaftswochen)								Gesamt	
	< 24	24- 25	26- 27	28- 29	30- 31	32- 36	37- 41	>= 42		
< 500	n		1	1						2
	%		5,0	6,3						0,1
500-749	n	2	11	1	2	1				17
	%	100,0	55,0	6,3	4,4	1,5				0,9
750-999	n		8	10	9	2	1			30
	%		40,0	62,5	20,0	3,0	0,2			1,5
1000-1249	n			2	21	10	2			35
	%			12,5	46,7	15,2	0,4			1,8
1250-1499	n			2	10	25	21			58
	%			12,5	22,2	37,9	3,7			2,9
1500-2499	n				3	28	283	125		439
	%				6,7	42,4	49,6	10,2		22,3
>= 2500	n						263	1100	24	1387
	%						46,1	89,8	100,0	70,5
Gesamt	n	2	20	16	45	66	570	1225	24	1968
	%	0,1	1,0	0,8	2,3	3,4	29,0	62,2	1,2	100,0

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



Die Todesfälle von Kindern im ersten Lebensjahr werden seit mehreren Jahren in der Bremer Todesfallkonferenz einer Einzelfallanalyse unterzogen. Die Teilnahme ist freiwillig.

In den Verlaufsanalysen ergaben sich für 2009 folgende Beratungsschwerpunkte:

Obduktion

Für Eltern stellt sich nach dem Tod eines Neugeborenen die Frage, ob bei unklarer Todesursache eine Obduktion zur Klärung durchgeführt werden soll. Die enorme psychische Belastung, die diese Entscheidung für die Eltern bedeutet, wird in der Diskussion besonders hervorgehoben. Eine eindeutige und übergeordnete Regelung zu Obduktionen bei unklarer Todesursache wird von den Konferenzteilnehmern für sinnvoll erachtet.

Diagnostik im Todesfall

Eine unklare Diagnose im Todesfall eines Kindes führt häufig zu einer aufwendigen Suche nach der Ursache. Die Experten stellen fest, dass trotz des oft immensen Aufwandes häufig keine eindeutige Ursache gefunden werden kann.

Herzschrittmacher Erstimplantation (Modul 9/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 548

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	96,1%	97,4%	84-100%	≥90%
Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	96,3%	96,3%	66,7-100%*)	≥90%
Eingriffsdauer (Anteil von Pat. mit Eingriffszeit bis 60 Min. bei VVI)	86,9%	83,7%	71,4-100%	≥60%
Eingriffsdauer (Anteil von Pat. mit Eingriffszeit bis 90 Min. bei DDD)	90,9%	83,4%	64,5-100%	≥55%
Anteil von Patienten mit Durchleuchtungszeit bis 9 Min. bei Patienten mit VVI	93,6%	93,1%	83,3-100%	≥75%
Anteil von Patienten mit Durchleuchtungszeit bis 18 Min. bei Patienten mit DDD	97,5%	96,7%	83,3-100%	≥80%
Perioperative Komplikationen (chirurgische Komplikationen)	1%	1,5%	0-3,4%	≤2%
Perioperative Komplikationen (Vorhofsendendisllokation)	1,3%	1,5%	0-4,3%	≤3%
Perioperative Komplikationen (Ventrikelsendendisllokation)	1%	1,3%	0-16,7%*)	≤3%
Letalität	1,2%	1,6%	0-11,1% *)	sentinel event

*) Bitte beachten: Die Spannweite bezieht auch Häuser ≤ 20 Datensätzen ein

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
- leitlinienkonforme Indikation
- Eingriffsdauer
- Letalität

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

Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (Modul 9/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 84

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats AAI oder VVI unter 4 Jahre	1,1%	4,5%	**)	sentinel event
Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats AAI oder VVI über 6 Jahre	90,2%	90,9%	**)	≥75%
Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats VDD oder DDD unter 4 Jahre	1,4%	0%		sentinel event
Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats VDD oder DDD über 6 Jahre	79,9%	72,4%	**)	≥50%
Laufzeit des Herzschrittmacheraggregats (alle Pat. mit dokumentierter gültiger Laufzeit)	93,6%	95,2%	**)	≥90%
Eingriffsdauer ≤60 Min.	97,4%	88,1%	**)	≥80%
Reizschwellenbestimmung				
• Vorhofsonden	90,3%	92,9%	**)	≥64%
• Ventrikelsonden	94,3%	96,3%		≥76,2%
Amplitudenbestimmung				
• Vorhofsonden	90,4%	95%	**)	≥72,9%
• Ventrikelsonden	94,3%	97,3%	**)	≥80%
Chirurgische Komplikationen	0,3%	0%		≤1%

**) Es wird auf die Angabe der Spannweite verzichtet (i. d. R. liegen je Haus weniger als 10 Datensätze vor)

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Laufzeit des Aggregates

Herzschrittmacherexplantation/-revision (Modul 9/3)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 101

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation zur Revision: Taschenprobleme	0,9%	1%	0-6,8%	≤3%
Indikation zur Revision: Sondenprobleme	6,5%	7,7%	0-15,2%	≤6%
Indikation zur Revision: Infektion	0,5%	0,5%	0-5,1%	≤1%
Perioperative Komplikationen (chirurgischen Komplikationen)	0,8%	0%		≤2%
Perioperative Komplikationen (Vorhofsondendislokationen)	1,5%	0%		≤3%
Perioperative Komplikationen (Ventrikelsondendislokationen)	1,0%	4,5%	**)	≤3%

***) Es wird auf die Angabe der Spannweite verzichtet (i. d. R. liegen je Haus weniger als 10 Datensätze vor)

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Indikation zur Revision (1): Taschenprobleme
- Indikation zur Revision (2): Sondenprobleme
- Indikation zur Revision (3): Infektionen (9/3)
- perioperative Komplikationen: Sondendislokationen im Ventrikel
- perioperative Komplikationen: chirurgische Komplikationen

Aus den Beratungen der Fachgruppe Schrittmacher für 2009:

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

Indikator „Indikation zur Revision (Sondenprobleme)“

In einem Haus waren Sondendislokationen insbesondere vor dem Hintergrund der Ausbildung und Einarbeitung neuer Mitarbeiter zu verzeichnen. Die nun gewonnenen Erkenntnisse wurden in das Schulungskonzept entsprechend eingearbeitet.

In zwei weiteren Häusern waren Revisionen größtenteils durch den Austausch von Altelektroden begründet, die z. T. ein Alter von mehr als 10, mitunter sogar mehr als 20 Jahren aufwiesen. Seit dem Erhebungsjahr 2010 enthält der Datensatz zur Schrittmacherrevision eine Abfrage zum zeitlichen Implantationsabstand der Sonde (älter oder jünger als 1 Jahr). Die Fachgruppe geht davon aus, dass diese Information im zukünftigen Auswertungskonzept berücksichtigt wird.

Zur zukünftigen Vermeidung postoperativer Sondendislokationen hat eine andere Klinik bereits unterjährig durch ein geändertes Verfahren zur Sondenfixierung und mit Einrichtung fester OP-Teams reagiert.

Im Fall einer vorübergehend dialysepflichtigen Patientin mit Schrittmacherimplantation in einer anderen Abteilung dislozierte die Vorhofsonde vermutlich durch einen nach der Implantation neu angelegten speziellen Dialysekatheter. Im kollegialen Gespräch wird darauf hingewiesen, dass

eine unmittelbare Nähe von Schrittmacher und Katheter vermieden werden sollte. Im beschriebenen Fall hätte sich z. B. ein Dialysezugang über die Leiste angeboten.

In der Diskussion um die Verwendung von Schraub- oder Ankersonden wird ersteren eine höhere Zuverlässigkeit attestiert (besserer Sitz, keine Perforationen). Die Fachgruppe weist die Bundesfachgruppe in einem Schreiben auf diese Beobachtung hin und bittet zugleich um Prüfung, ob diese Einschätzung durch die bundesweiten Daten gestützt wird und Unterschiede in den Komplikationsraten von Schraub- und Ankerelektroden v. a. bei Dislokationen, Penetrationen und Pericardergüssen in der Herzkammer zu verzeichnen sind.

Indikator „Indikation zur Revision (Taschenprobleme und Infektionen)“

Nach einem Generatorwechsel (bei regelrechter Batterieerschöpfung) bei einem Patienten mit leichtem Hautdefekt bestand Gefahr einer Penetration. In der Revisions-OP zeigten sich keine Infektzeichen, das Aggregat wurde in einer neuen Tasche unter der Muskelfaszie implantiert. Die Fachgruppe regt im kollegialen Gespräch für ähnliche Fälle an, das Aggregat bereits bei der Wechseloperation unter die Faszie zu legen.

In Folge einer Sepsis bei Pneumonie musste das Schrittmachersystem eines weiteren Patienten zwei Wochen nach Implantation wegen Infektbeteiligung der Tasche explantiert werden. Unklar bleibt, ob die Sepsis auf dem Boden des Ersteingriffes oder der Pneumonie entstanden ist. Die Fachgruppe unterstreicht, dass die Verantwortlichen die Behandlung umsichtig und angemessen durchgeführt haben.

Als Quelle für Infektionen wird oftmals der Taschendeckel identifiziert. Hier habe es sich bewährt, bei einem Wechsel insbesondere den Deckel mit einem scharfen Löffel sorgfältig zu säubern.

Indikator „Systemwahl“

In einem Haus wurde ein VVI-Schrittmacher zum Schutz vor Synkopen bei besonderer Symptomatik implantiert. Diese Entscheidung stellt einen Grenzfall dar – die Klinik selbst wertet dieses Vorgehen als kritisch. Um ähnliche Entscheidungen zukünftig zu verhindern, wurden in der Klinik Gegenmaßnahmen veranlasst.

Auf Dokumentationsfehler war das vom Referenzwert abweichende Ergebnis einer Klinik zurückzuführen. Gemäß LQB-Beschluss ist das Ergebnis zu diesem Indikator nicht bewertbar. Um zukünftig eine vollständige Dokumentation sicherzustellen, hat die Klinik Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität bereits unterjährig eingeleitet.

Indikator: Aggregatlaufzeit <4 Jahren (AAI oder VVI); Leistungsbereich Aggregatwechsel

Hier wurde in einem Fall ein Jahr nach Erstimplantation eine Fehlfunktion des Systems festgestellt, dessen Ursache nicht geklärt werden konnte. Für die Zukunft empfiehlt die Fachgruppe dringend, in vergleichbaren Fällen das System einzuschicken und vom Hersteller prüfen zu lassen.

Um entsprechend sensibilisiert zu sein, wurde den Kliniken auf Bitten der Fachgruppe der Name des Herstellers mitgeteilt.

Indikator: Letalität

In mehreren Kliniken sind während des Aufenthaltes zur Herzschrittmacherimplantation Patienten verstorben. Alle Patienten litten an schweren und schwersten Grunderkrankungen. Die Fachgruppe thematisiert die mitunter sehr schwierigen Entscheidungen für eine Therapie vor dem Hintergrund schwerstkranker Patienten. So sei stets zu entscheiden und abzuwägen, ob die geplante Maßnahme wirklich alternativlos sei.

Auch in den vergangenen Jahren hatte die Fachgruppe keinen kausalen Zusammenhang zwischen Schrittmachertherapie und dem Tode von Patienten herstellen können. Die Patienten waren in Folge ihrer schweren Vorerkrankungen verstorben, die Indikation zur Schrittmachertherapie wurde stets nach genauer Abwägung getroffen.

Die Fachgruppe stellt fest, dass für die verstorbenen Patienten klare Indikationen zur Schrittmacherimplantation bestanden haben und die Patienten an ihren schweren Grunderkrankungen verstorben sind.

Abschließend kann die Fachgruppe keinen Hinweis auf qualitative Mängel zu den Leistungsbereichen Herzschrittmacher feststellen.

Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (Modul 21/3)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 5114 Koronarangiografien (4830), PCI (2294)

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation zur Koronarangiographie – Ischämiezeichen	92,7%	90%	89,3-100%*)	›=80%
Indikation zur PCI	3,9%	5,9%	0-7%*)	≤10%
Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI (alle PCI mit Indikation „akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24h“)	93,8%	93,8%	**)	›=85%
Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI (alle PCI)	93,9%	91,5%	75-96,9%*)	›=85%
MACCE bei				
• Patienten mit Koronarangiographie (ohne PCI)	1,04%	3,4%	2,2-3,4%	≤3,1%
• Patienten mit PCI	2,4%	4,3%	3,1-6%	≤5,8%
• Patienten mit Erst-PCI (bei ST-Hebungsinfarkt)	7,5%	7,4%	**)	≤14,6%
In-Hospital-Letalität bei				
• Patienten mit Koronarangiografie	1%	3,3%	2,2-3,3%	≤3%
• Patienten mit PCI	2,4%	4,2%	3,1-5,3%	nicht def.
Patienten mit Angabe „Diabetes mellitus unbekannt“ oder „Niereninsuffizienz unbekannt“	3%	0,1%	0-0,3%*)	nicht def.
Durchleuchtungsdauer (Median) bei				
• Koronarangiografien	2,9 Min.	2,5 Min.	1,1-5,7*) Min.	≤5 Min.
• bei PCI	8,7 Min.	7,6 Min.	5-10,5*) Min.	≤12 Min.
Flächendosisprodukt (Median) bei	in cGy*cm ²	in cGy*cm ²	in cGy*cm ²	
• allen Koronarangiographien	2413	2230	1522-2813,5	nicht def.
• allen PCI (ohne Einzeitig-PCI)	3889	3270	**)	nicht def.
• allen Einzeitig-PCI	5100	4390	3125-5145,5	≤ 9201 cGy*cm ²
Flächendosisprodukt nicht bekannt	3,5%	0,6%	**)	≤16,9%

*) Bitte beachten: Die Spannweite bezieht auch Häuser ≤ 20 Datensätzen ein.

***) Es wird auf die Angabe der Spannweite verzichtet (i. d. R. liegen je Haus weniger als 10 Datensätze vor)

Aus den Beratungen der Expertengruppe Kardiologie für 2009:

Die Ergebnisse eines Hauses mit rechnerischen Abweichungen zu den Indikatoren „MACCE“ und „In-Hospital-Letalität“ werden nach eingehender Beratung der Stellungnahme als nicht auffällig gewertet.

Nach Einschätzung der Expertengruppe wäre eine Darstellung der in der Zeit zwischen diagnostischem Herzkatheter und herzchirurgischer Operation verstorbenen Patienten für eine differenzierte Beratung und Bewertung der Ergebnisse sehr hilfreich.

Als sehr kritisch wertet die Expertengruppe, dass die Indikationsstellung für diagnostische Herzkatheter-Untersuchungen oder PCIs durch einweisende Kliniken und Praxen mitunter sehr großzügig gestellt wird. In der Folge können Engpässe in der diagnostischen und/oder therapeutischen Herzkatheterversorgung bei Patienten mit auffälligen Befunden in der Vergangenheit nicht ausgeschlossen werden.

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: 3066

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen (alle Pat.)	0,3%	0,4%	0-0,9%	≤1,9%
Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen bei Pat. ohne Karzinom, ohne Endometriose und ohne Voroperation im gleichen OP-Gebiet	0,3%	0%		≤2,1
Organverletzungen bei Hysterektomie (alle Patientinnen)	1,5%	1,6%	0-2,9%	≤4%
Organverletzungen bei Hysterektomie bei Pat. ohne Karzinom, ohne Endometriose und ohne Voroperation im gleichen OP-Gebiet	1%	0,7%	0-1,5%	≤3,8%
Indikation bei Ovarieingriffen (fehlende Histologie)	2,1%	1,6%	0-6,6%	≤5%
Indikation bei Ovarieingriffen (Pat. mit Follikel- bzw. Corpus-Luteum-Zyste oder Normalbefund)	18,9%	13,4%	7,7-25%	≤20%
Organerhaltung bei Ovarieingriffen	88,7%	86,1%	72,4-94,3%	≥72,7%
Fehlende Malignitätskriterien bei Konisation	4,8%	3%	0-5%	≤13%
Fehlende Histologie bei Konisation	1%	0%		≤5%
Antibiotikaphylaxe bei Hysterektomie	95,8%	98,8%	97,4%-100%	≥90%
Indikation bei Hysterektomie (Pat. mit benigner Histologie und Alter ≤ 35 Jahre)	2%	0,9%	0-1,8%	≤2,5%
Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie	99,4%	99,8%	99,3-100%	≥95%

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- postoperative Histologie bei Ovarieingriffen
- Indikation bei Ovarieingriffen

Im Rahmen der Datenvalidierung:

- Patientinnen über 54 Jahre mit isoliertem Ovarieingriff mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe und führendem histologischen Befund „Follikel- oder Corpus-Luteum-Zyste“
- keine Organverletzung bei mehr als 100 laparoskopischen Eingriffen

Die Ergebnisse der landbremischen Kliniken zu den Indikatoren „Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen“, „Organverletzungen bei Hysterektomie“, „Konisation“, „Antibiotika-

und Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie“ sowie „Indikation zur Hysterektomie“ liefern keinen Anhalt für qualitative Auffälligkeiten.

Für ein Haus ist im Longitudinalvergleich eine leichte Besserung der Ergebnisse erkennbar. Allerdings waren die Referenzwertabweichungen zu drei Indikatoren überwiegend auf Dokumentationsprobleme zurückzuführen. Die Ergebnisse waren für 2009 für dieses Haus besonders sorgfältig zu prüfen, da für die Ergebnisse bereits 2008 Dokumentationsfehler festgestellt wurden. Nach eingehender Beratung stellt die Fachgruppe fest, dass die Ergebnisse für den Leistungsbereich gynäkologische Operationen von dieser Klinik aufgrund erheblicher und wiederholter Dokumentationsmängel nicht bewertbar sind.

Die Fachgruppe unterstreicht die Notwendigkeit vollständiger und korrekter Dokumentation auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Datenveröffentlichung. Sie empfiehlt der Klinik, gezielte Schulungen durchzuführen, für die Dokumentation Verantwortliche zu benennen und bereits unterjährig die Daten auf Korrektheit zu prüfen. Eine verstärkte Einbindung des Qualitätsmanagements sollte angestrebt werden.

Ein Haus hatte aus eigener Initiative eine Stellungnahme zum Indikator „Organerhaltung bei Ovareingriffen“ abgegeben. Die Ergebnisse werden nach eingehender Erörterung als nicht qualitativ auffällig gewertet.

Fehldokumentationen waren in einer Klinik im Zusammenhang mit der Datenvalidierung aufgefallen. Die Abteilung verwies in der Erläuterung auf Dokumentationsprobleme, die sich insbesondere durch fehlende 1:1-Abbildung von histologischen Befunden in den Dokumentationschlüsseln ergeben hätten. Nach Ansicht der Fachgruppe ist die Kategorie „sonstige“ für solche, nicht eindeutig zuzuordnenden Fälle vorgesehen. Sie empfiehlt der Klinik eine gezielte Schulung für die mit der QS-Dokumentation betrauten Mitarbeiter.

Die übrigen Kliniken, die im Rahmen der Datenvalidierung um Stellungnahme gebeten wurden, bestätigten die Korrektheit der Daten.

Mammachirurgie (Modul 18/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1535

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	92,9%	95,2%	92,4-99,2%	≥70%
Intraoperatives Präparateröntgen	95,6%	97,3%	97-100%	≥95%
Patientinnen mit HER-2/neu-Analyse	98,6%	98,7%	97,6-100%	≥95%
Patientinnen mit immunhistochemischer Hormonrezeptoranalyse	99,2%	99,6%	99,1-100%	≥95%
Angabe Sicherheitsabstand bei BeT	97,5%	96,4%	94,1-100%	≥95%
Angabe Sicherheitsabstand bei Mastektomie	95,6%	90%	77,3-100%	≥95%
Axilladisektion bei DCIS	3,9%	2,4%	0-11,8%*)	≤5%
Anzahl Lymphknoten	93,4%	95,3%	90,4-100%	≥95%
Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	88,4%	89,2%	84,1-98%	≥78,1%
Indikation zur brusterhaltenden Therapie	83%	80,5%	66,7-87,6%	≥60-≤85%
Meldung an Krebsregister	93,6%	98,6%	97-100%	≥95%
Zeitlicher Abstand Diagnose/OP	13 Tage	15 Tage	8-20 Tage	≥7-≤21

*) Bitte beachten: Die Spannweite bezieht auch Häuser <=20 Datensätzen ein.

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- prätherapeutische histologische Diagnosesicherung
- 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 2009:

Leichte Abweichungen weist eine Klinik zu den Indikatoren „Sicherheitsabstand bei Mastektomie“ und „prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ auf. Sie hatte dem Wunsch zweier hochbetagter Patientinnen mit schweren Begleiterkrankungen nach nur minimaler Therapie und Diagnostik entsprochen.

In einem Fall eines weiteren Hauses waren bei gesichertem invasiv-duktalem Mammakarzinom nach neoadjuvanter chemotherapeutischer Vorbehandlung lediglich Reste eines DCIS vorhanden. Die Indikation zur Dissektion der Axilla war durch das Tumorstadium des invasiv-duktalem Anteils gegeben.

Für ein Haus können die Ergebnisse des Leistungsbereiches Mammachirurgie aufgrund umfangreicher und wiederholter Dokumentationsmängel nicht bewertet werden.

Die Erläuterungen des vierten Hauses zu den Indikatoren „Angabe Sicherheitsabstand bei Mastektomie und BeT“ werden von der Fachgruppe nach eingehender Erörterung als qualitativ nicht auffällig gewertet. Es wird auf die Problematik fehlender Angaben bei Nachresektaten

hingewiesen. Um diesen Problemen zu begegnen und die geforderten Informationen einzuholen, greifen die Kliniken auf unterschiedliche Methoden der möglichst getreuen Nachbildung zurück (z. B. 3-D-Darstellung).

Eine Klinik begründet die Entnahme von weniger als 10 Lymphknoten bei einer Axilladisektion in zwei Fällen mit besonderen Strukturen im Operationsgebiet. Die Fachgruppe würdigt das besondere Engagement der Klinik, die aus eigener Initiative zum Indikator „Anzahl Lymphknoten“ eine Stellungnahme verfasst hatte und wertet die Ergebnisse nach eingehender Beratung als nicht qualitativ auffällig.

Abschließend kann die Fachgruppe in dem Leistungsbereich keinen Hinweis auf qualitative Auffälligkeiten feststellen.

Hüftgelenknahe Femurfraktur (Modul 17/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1191

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Präoperative Verweildauer >48 h	10,7%	7,1%	0-17,1%	≤15%
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	98,4%	98,4%	93,1-100%	≥95%
Gefähigkeit bei Entlassung	4,6%	5,5%	0-19,9%	≤15,2%
Gefäßläsion oder Nervenschaden	0,1%	0%		≤2%
Implantatfehl- lage, Dislokation oder Fraktur	1,1%	1%	0-2,7%	≤2%
Post-op Wundinfektionen	1,4%	1,6%	0-4,7%	≤5%
Allgemeine postoperative Komplikation	3,1%	3,8%	0-8,5%	≤8,3%
Reoperationen wegen Komplikation	3,2%	3,2%	0-6,1%	≤12%
Letalität				
• bei Pat. mit osteosynthetischer Versorgung	4,7%	4,7%	0-7,8%	≤11,1%
• bei Pat. mit endoprothetischer Versorgung	6,0%	7,7%	0-14,3%	≤14,3%

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie für 2009

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- operationsbedingte Einschränkung der Gehfähigkeit

Ein Haus mit angeschlossener geriatrischer Abteilung weist darauf, dass in einigen Fällen operationsbedingter Einschränkung die Grenze zwischen Gehfähigkeit und Nicht-Gehfähigkeit gemäß Ausfüllhinweisen nur schwer zu ziehen war. Nach eingehender Beratung wertet die Fachgruppe die Ergebnisse als nicht qualitativ auffällig.

Wie auch in den vergangenen Jahren betont die Fachgruppe zum Indikator „präoperative Verweildauer“ nachdrücklich, dass Prozesse und Strukturen in den Häusern eine regelhafte operative Versorgung innerhalb der ersten 48 h gewähren sollten, um das Risiko postoperativer Komplikationen zu minimieren. Die Abhängigkeit des Outcomes vom OP-Zeitpunkt ist in internationalen Studien belegt. Eine Klinik mit Einzelfallabweichung wurde von der Fachgruppe gebeten, die präoperative OP-Organisation kritisch zu reflektieren.

Insgesamt lassen die Ergebnisse zu diesem Leistungsbereich auf eine konstant gute Versorgung schließen.

Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (Modul 17/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1474

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation	90,6%	94,6%	77,8-98,2%*)	≥90%
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	99,5%	99,6%	98,8-100%	≥95%
Postoperative Beweglichkeit				
• von mind. 0/0/70 Grad	97,9%	98,5%	93,5-100%	≥95%
• nach Neutral-Null-Methode dokumentiert	92,7%	98,4%	85,7-100%	≥95%
Gehfähigkeit bei Entlassung	0,29%	0,6%	0-1,4%	≤1,9%
Gefäß- oder Nervenschaden	0,4%	0,3%	0-1%	≤2%
Implantatfehl- lage, -dislokation oder Fraktur	0,9%	0,9%	0-2,3%	≤2%
Endoprothesenluxation	0,4%	0,4%	0-0,9%	≤5%
Postoperative Wundinfektion	0,6%	0,7%	0-5,6%*)	≤3%
Wundhämatome/Nachblutungen	1,2%	0,9%	0-5,6%*)	≤8%
Allgemeine postoperative Komplikationen	1,1%	1,5%	0-14,3%*)	≤4,3%
Reoperation wegen Komplikation	1,7%	1,9%	0-11,1%*)	≤9%
Letalität	0,2%	0,1%	0-1%	sentinel event

*) Bitte beachten: Die Spannweite bezieht auch Häuser ≤20 Datensätzen ein.

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie für 2009:

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Indikation
- postoperative Beweglichkeit
- Letalität

Aufgrund von Einzelfallabweichungen wurden zu den Indikatoren „postoperative Wundinfektion“ und „allgemeine postoperative Komplikationen“ Hinweise versandt.

Nach Einschätzung der Fachgruppe findet die Versorgung in diesem Leistungsbereich auf einem konstant hohen Niveau statt.

Eine Klinik verweist in ihrer Stellungnahme auf eine Reihe zwar dokumentationspflichtiger, aber auf Grund der Grunderkrankung (Hüftdysplasie) inhaltlich über den Datensatz nur bedingt abbildbarer Fälle. In der klinischen Praxis können solche Konstellationen auftreten, in denen Fälle dokumentationspflichtig sind, obwohl der Datensatz des entsprechenden Leistungsbereichs inhaltlich nicht für die Dokumentation geeignet ist. Verschiedene Kriterien z. B. zur Indikationsstellung lassen sich für diese Fälle kaum messen oder darstellen. Für diese Fälle wird das Anlegen eines so genannten Minimaldatensatzes empfohlen.

Zwei Häuser hatten ohne Anforderung Stellung bezogen zu Ergebnissen der Indikatoren „postoperative Beweglichkeit“, „postoperative Wundinfektion“, „Indikation“ sowie „allgemeine postoperative Komplikationen“. Die Abweichungen waren insbesondere auf bestehende Vorerkrankungen und besondere Umstände zurückzuführen. Die Fachgruppe würdigt das Engage-

ment beider Kliniken und wertet die Ergebnisse nach kritischer Beratung abschließend als nicht auffällig.

Eine Patientin mit schweren Begleiterkrankungen war während des Aufenthaltes zur Hüft-TEP-Erstimplantation verstorben. Die besonderen Umstände zur Indikation und der tragische Verlauf der Patientin wurden eingehend beraten, Hinweise auf qualitative Auffälligkeiten konnte die Fachgruppe nicht erkennen.

Eine Klinikabteilung hatte, trotz wiederholter Mahnungen, eine angeforderte Stellungnahme zu dem Indikator „Letalität“ nicht fristgerecht beantwortet – gemäß Vorgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses wird sie von der Fachgruppe als auffällig eingestuft.

Abschließend stellt die Fachgruppe fest, dass in den dargelegten Fällen die geforderte Sorgfalt gewährleistet war und kein Hinweis auf qualitative Mängel vorliegt.

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

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 191

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation	92,6%	93,2%	82,6-96,4%	>=81,3%
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	99,7%	100%		>=95%
Gehfähigkeit bei Entlassung	1,6%	4,9%	0-13,6%*)	<=5,9%
Gefäßläsionen oder Nervenschaden	0,8%	0%		<=2%
Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Fraktur	2,1%	1,6%	0-6,7%*)	<=2%
Endoprothesenluxation	1,9%	1%	0-13,3%*)	<=10%
Postoperative Wundinfektion	2,9%	1%	0-6,7%*)	nicht def.
Wundhämatome/Nachblutungen	3%	0,5%	0-4,3%*)	<=13%
Allgemeine postoperative Komplikationen	3,2%	2,6%	0-14,3%*)	<=9,4%
Reoperation wegen Komplikation	6%	2,6%	0-20%*)	<=16%
Letalität	1,3%	1%	0-5,3%*)	sentinel event

*) Bitte beachten: Die Spannweite bezieht auch Häuser <=20 Datensätzen ein.

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie für 2009:

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Letalität
- Gehfähigkeit bei Entlassung

Hinweise aufgrund von Einzelfallabweichungen wurden versandt zu den Indikatoren „Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Fraktur“, „Endoprothesenluxation“ und „Reoperation wegen Komplikation“.

Eine Patientin mit Schaftlockerung bei periprothetischer Femurfraktur und bekannter onkologischer Grunderkrankung war während des Krankenhausaufenthaltes gestorben. Die Patientin war über das deutlich erhöhte Operationsrisiko aufgrund ihrer schweren Allgemeinerkrankung aufgeklärt, erbat dennoch ausdrücklich einen Prothesenwechsel (Schmerzprophylaxe).

In einem anderen Krankenhaus verstarb ein Patient vermutlich an einem Herzinfarkt. Die genaue Todesursache ließ sich nicht klären, da die Angehörigen nicht in eine Obduktion einwilligten. Nach Einschätzung der Fachgruppe handelt es sich in beiden Fällen um schicksalhafte Verläufe, Hinweise auf qualitative Auffälligkeiten kann sie nicht erkennen.

In einem Haus wurden in zwei Fällen nicht dokumentationspflichtige Prozeduren codiert. In Folge wies das Haus zum Indikator „Gehfähigkeit“ fälschlicherweise rechnerische Auffälligkeiten auf. Im kollegialen Gespräch wird ausgeführt, dass unterjährig bereits Gegenmaßnahmen ergriffen wurden, um die korrekte Dokumentation sicherzustellen.

Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (Modul 17/5)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1262

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation	94,2%	96,4%	88-99%	≥90%
Periop. Antibiotikaphylaxe	99,6%	99,9%	99,6-100%	≥95%
<ul style="list-style-type: none"> postoperative Beweglichkeit von mind. 0/0/90 Grad nach der Neutral-Null-Methode dokumentiert 	86,1%	91,3%	85,4-96,7%	≥80%
	95,9%	98,7%	90,9-99,7%	≥80%
Gehfähigkeit bei Entlassung	0,2%	0,2%	0-0,8%	≤1,6%
Gefäßläsion oder Nervenschaden	0,2%	0,3%	0-1%	≤2%
Fraktur als intra- oder post-operative Komplikation	0,2%	0,2%	0-0,5%	≤2%
Postoperative Wundinfektion	0,4%	0,5%	0-1,4%	≤2%
Wundhämatome/Nachblutungen	1,1%	1,3%	0-3,4%	≤8%
Allgemeine post-op Komplikationen	1,6%	1,5%	0-2,3%	≤5%
Reoperation wegen Komplikation	1,4%	2,5%	0-6,9%	≤6%
Letalität	0,1%	0%		sentinel event

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie für 2009:

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

Eine Krankenhausabteilung wurde um Stellungnahme zum Indikator „Reoperation wegen Komplikation“ gebeten. Zum Indikator „Indikation“ erhielten zwei Kliniken wegen Einzelfallabweichungen einen Hinweis auf die Ergebnisse.

Qualitätsindikator: Reoperation wegen Komplikation

Es liegt eine detaillierte Verlaufsschilderung vor, die auch im kollegialen Gespräch ausführlich erörtert wird. Die Vorfälle wurden in der Klinik kritisch reflektiert und weitere Maßnahmen zur Prävention eingeleitet. Die Fachgruppe stellt fest, dass die postoperativen Komplikationen, die eine Revision erforderten, durch erhöhte Risiken bedingt waren und kein Anhalt für qualitative Mängel vorliegt.

Insgesamt weist die Landesauswertung wie auch im vergangenen Jahr nach Einschätzung der Fachgruppe stabil gute Ergebnisse aus.

In der Diskussion um verschiedene Arten des Wundverschlusses (Klammerung oder Naht) stellt sich heraus, dass in den meisten Kliniken der Verschluss der Wunden mit Klammern erfolgt, in wenigen Abteilungen wird im Regelfall genäht und nur selten geklammert.

Die Fachgruppe regt an, dem Vorgehen einer Klinik zu folgen, bei Patienten mit einem deutlich erhöhten Risiko für Wundheilungsstörungen (z. B. sehr hoher BMI, Diabetes m.) die Wunde nicht zu klammern, sondern mit einer Naht zu versorgen.

Für den prä- und perioperativen Wärmeschutz sind in den Bremer Kliniken Wärmematten oder Warmluftgebläse üblich. Aus Gründen der Infektionsprophylaxe empfiehlt die Fachgruppe, während der Operationsvorbereitungsphase Verfahren mit Warmluft erst nach Abdeckung der Patienten einzusetzen.

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

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 97

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Indikation	95,3%	97,9%	94,7-100%	>=85,7%
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	99,6%	99%	94,7-100%	>=95%
Gefähigkeit bei Entlassung	0,5%	0%		<=3,6%
Gefäßläsion oder Nervenschaden	0,3%	1%	0-5,3%*)	<=2%
Fraktur als intra- oder postop-Komplikation	0,6%	0%		<=4%
Postoperative Wundinfektion	1,2%	1%	0-16,7%*)	nicht. def.
Wundhämatome/Nachblutungen	2,6%	3,1%	0-9,1%*)	<=15%
Allg. postoperative Komplikationen	1,8%	1%	0-4,3%	<=6,7%
Reoperation wegen Komplikation	3,4%	6,2%	0-16,7%*)	<=12%
Letalität	0,3%	2,1%	0-16,7%*)	sentinel event

*) Bitte beachten: Die Spannweite bezieht auch Häuser <= 20 Datensätzen ein.

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie /Unfallchirurgie für 2009

Qualitätsindikator: Letalität

Im Land Bremen waren in zwei Kliniken Patienten im Rahmen ihres Aufenthaltes zum Wechsel eines künstlichen Kniegelenkes verstorben. Es handelte sich jeweils um schicksalhaft verlaufene, nachvollziehbar und schlüssig dargelegte Einzelfälle und nach Einschätzung der Fachgruppe lag kein Hinweis auf qualitative Mängel vor.

Für zwei Häuser mit Einzelfallabweichungen von den Referenzwerten zu den Indikatoren „Antibiotikaprophylaxe“, „Reintervention wegen Komplikation“ sowie „Gefäß- oder Nervenschaden“ wurden Hinweise versandt.

Die Ergebnisse zu den übrigen Indikatoren wertet die Fachgruppe bremenweit als nicht auffällig.

Pflege: Generalindikator Dekubitusprophylaxe

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 11252

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse in Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die ohne Dek. aufgenommen wurden <ul style="list-style-type: none"> Pat. mit Dek. \geq Grad 2 bei Entlassung Pat. mit Dek. Grad 1-4 bei Entlassung 	0,7%	0,8%	0-1,8%	nicht def.
	1,1%	1,3%	0-3,1%	nicht def.
Pat. mit Dekubitus Grad 2-4 bei Entlassung bei Pat., die ohne Dekubitus aufgenommen wurden <ul style="list-style-type: none"> Risikoadjustierte Rate nach log. Dekubitus-Score I (Verhältnis beobachtete zu erwarteter Rate) Risikoadjustierte Rate nach log. Dekubitus-Score I 	1%	1,18%	0-2,2%	nicht def.
	0,7%	0,8%	0-1,5%	\leq 1,8%
Pat. mit Dekubitus Grad 1-4 bei Entlassung bei Pat., die ohne Dekubitus aufgenommen wurden <ul style="list-style-type: none"> Risikoadjustierte Rate nach log. Dekubitus-Score II (Verhältnis beobachtete zu erwarteter Rate) Risikoadjustierte Rate nach log. Dekubitus-Score II 	1%	1,1%	0-2,7%	nicht def.
	1,1%	1,3%	0-3%	\leq 2,8%
Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 bei Pat. ohne Dekubitus bei Aufnahme	0,07‰	0‰		sentinel event

Aus den Beratungen der Fachgruppe Pflege für 2009:

Der Erkenntnisgewinn, der sich für die Kliniken durch das Verfassen der Stellungnahmen ergibt, wird als positiv eingeschätzt, obwohl das Schreiben mit z. T. erheblichem Mehraufwand verbunden ist. Alle Beteiligten werden gewahrt, dass die Eingabe der Daten in einer Auswertung und einer kritischen Reflexion des pflegerischen Handelns mündet.

Als ebenfalls positiv gewürdigt wird die Möglichkeit, mit Einführung des Generalindikators erstmals Inzidenzen auch vergleichen zu können.

Zwei Kliniken haben auf Grundlage der QS-Daten kleinere Projekte entwickelt.

Im Rahmen des strukturierten Dialoges 2009 wurden Häuser mit Abweichungen von bundesweit geltenden Referenzwerten bzw. Veränderungen des Dekubitusstatus bei Aufnahme und Entlassung um mindestens zwei Grad um Stellungnahme gebeten.

Gemäß LQB-Beschluss vom 15.1.2008 stellt die Fachgruppe für zwei Häuser fest, dass die Ergebnisse aufgrund von Dokumentationsmängeln nicht beurteilt werden können. Für ein Haus merkt die Fachgruppe zudem kritisch an, dass das beschriebene Behandlungskonzept widersprüchlich und nicht schlüssig ist.

Nach intensiven und kritischen Beratungen wertet die Fachgruppe die Ergebnisse eines Hauses insbesondere vor dem Hintergrund fehlender standardisierter pflegerischer Prozesse in der Dekubitusprophylaxe und Wundversorgung abschließend als auffällig.

Gemäß Expertenstandard ist das pflegerische Vorgehen bei (skalengestützter) Ermittlung eines Dekubitusrisikos an einem definierten und standardisierten Maßnahmenplan auszurichten.

Eine Risikoeinstufung ist unabhängig vom Bewusstseinszustand oder anderen körperlichen Gebrechen der Patienten durchzuführen. Die Klinik hatte den Verzicht der Risikobeurteilung anhand der Norton-Skala damit begründet, dass die Erhebung einer pflegerischen Anamnese nicht möglich gewesen sei. Diese Begründung wird von der Fachgruppe als nicht nachvollziehbar gewertet.

Die Fachgruppe erbittet in den Stellungnahmen auch Hinweise dazu, welche Änderungen aus der retrospektiven Betrachtung und Analyse der Fälle für zukünftiges pflegerisches Handeln abgeleitet werden. Dies ist von der Klinik nicht im wünschenswerten Umfang mitgeteilt worden.

Mit einem weiteren Haus wurde im Sommer 2009 eine Zielvereinbarung zur Einführung eines Dekubitusmeldesystems getroffen. In dem ersten Bericht des Krankenhauses an die Fachgruppe im Jahr 2010 werden neben eingeleiteten Maßnahmen (wie Dekubitusmeldesystem, regelmäßige Fallbesprechungen, Implementierung einer Arbeitsgruppe, Mitarbeiterschulungen etc.) in einer kritischen Reflexion auch Erkenntnisse und erste Ergebnisse zu den eingeführten Neuerungen sowie weitere – aus ersteren abgeleitete – strukturelle und prozessorale Veränderungen (Wundmanagement, Fortbildungen, Lagerungshilfen etc.) skizziert.

Positive Ergebnisse konnten vorgelegt werden. Nach Einschätzung der Fachgruppe ist insgesamt eine erfreuliche Entwicklung in der pflegerischen Versorgungsqualität durch die eingeführten Maßnahmen zu erkennen. Die Fachgruppe stellt in ihrer Bewertung abschließend fest, dass die Zielvereinbarung eingehalten und umgesetzt wurde.

Die Ergebnisse werden in den Folgejahren sehr sorgfältig beobachtet werden.

Für eine weitere Klinik sind der Stellungnahme keine Hinweise zur Risikoeinschätzung zu entnehmen. Das Haus hatte das Versäumnis der unzureichenden Inspektion bei hohem Risikoprofil bereits selbstkritisch angemerkt. Auch hier ist für die Fachgruppe nicht erkennbar, ob der nationale Expertenstandard Dekubitusprophylaxe eingeführt ist.

Grundsätzlich empfiehlt die Fachgruppe allen Kliniken sehr nachdrücklich die Implementierung dieser pflegerischen Leitlinie.

Die Ergebnisse für dieses Haus werden für dieses Jahr als nicht auffällig gewertet, im nächsten Jahr werden die Ergebnisse mit besonderer Sorgfalt nachverfolgt.

Die Stellungnahmen der übrigen Häuser werden als nachvollziehbar und plausibel eingeschätzt, Hinweise für qualitative Auffälligkeiten kann die Fachgruppe nicht erkennen.

Aus den Erfahrungen des strukturierten Dialoges zum Thema Ermittlung des (skalengestützten) Dekubitusrisikos wurde auf Anregung der Fachgruppe gemeinsam mit dem Landespflegerat in diesem Jahr eine Veranstaltung zur Dekubitusrisikoeinschätzung angeboten.

Ambulant erworbene Pneumonie (Modul Pneu)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 2218

Qualitätsindikator	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzwert
Frühzeitige erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie				
• Alle Patienten	93,3%	90,7%	76,1-100%	≥95%
• Alle Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	93,5%	91%	76,6-100%	nicht def.
• Alle Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	89,2%	77,8%	**)	nicht def.
Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden bei Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	93,5%	90,8%	83,2-100%	≥85,5%
Frühmobilisation				
• Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung der Risikoklasse 1 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind	93,1%	88,9%	48,1-100%	≥82,1%
• Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung der Risikoklasse 2 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind	86,4%	86%	64,6-100%	≥71,8%
Verlaufskontrolle CRP	96,2%	96,6%	92,2-100%	≥91,2%
Anpassung Diagnostik/Therapie				
• Patienten der Risikoklasse 2	93,8%	82,2%	63,6-100%	≥95%
• Patienten der Risikoklasse 3	96,1%	75%	**)	≥95%
Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien	81,5%	79,8%	22,3-100%	≥95%
Klinische Stabilitätskriterien	98,7%	98,2%	87,5-100%	≥95%
Krankenhausletalität				
Alle Patienten	12,1%	14%	8,7-20,7%	≤18,3%
Davon Patienten der				
• Risikoklasse 1 nach CRB-65	2,6%	2,5%	0-9,1%	≤6,5%
• Risikoklasse 2 nach CRB-65	12,3%	14,6%	8,1-23,4%	≤18,5%
• Risikoklasse 3 nach CRB-65	32,6%	37,6%	16,7-44,4%	≤50%

** Es wird auf die Angabe der Spannweite verzichtet (i. d. R. liegen je Haus weniger als 10 Datensätze vor)

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Pneumonie für 2009:

Im Longitudinalvergleich der letzten Jahre lassen sich leichte Verbesserungen der Ergebnisse erkennen – mehr oder weniger stark ausgeprägt. In einigen wenigen Fällen stagnieren die Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr oder haben sich geringfügig verschlechtert. Die Tendenz der Entwicklung ist positiv.

Qualitätsindikator: Anteil von Patienten mit der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme an allen Patienten

Die Ergebnisse der Bremer Kliniken konnten kontinuierlich verbessert werden, im Landesdurchschnitt wird allerdings der bundesweite Referenzwert noch nicht erreicht. Damit zukünftig diese Untersuchung frühzeitig und ohne nennenswerten Aufwand (Arbeitsablauf) durchgeführt werden kann, haben mehrere Kliniken zur Verbesserung der Strukturqualität auf den Stationen Geräte zur dezentralen Messung des Sauerstoffgehaltes bereitgestellt.

Qualitätsindikator: Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 h

Im Longitudinalvergleich eines Hauses zeigt sich eine leichte Verschlechterung der Ergebnisse, die insbesondere durch eine große Gruppe schwer erkrankter und hochbetagter Patienten begründet ist. Nach Einschätzung der Fachgruppe sind die Erläuterungen nachvollziehbar und plausibel. Die Ergebnisse werden als qualitativ nicht auffällig beurteilt. Im nächsten Jahr werden die Ergebnisse mit besonderer Sorgfalt nachverfolgt.

Eine andere Klinik leitet aus den Ergebnissen weiteres Verbesserungspotential hinsichtlich der Implementierung des bestehenden Behandlungspfades und der Intensivierung von Mitarbeiterschulungen ab.

Qualitätsindikator: Frühmobilisation innerhalb der ersten 24h

Zwei Häuser schildern die Problematik, dass nur die Mobilisation von immobilen Patienten explizit in der Patientenakte dokumentiert wird. Die Frühmobilisation von Patienten der Risikoklasse 1 (diese sind in der Regel gehfähig) findet in den Akten hingegen seltener eine Erwähnung.

Qualitätsindikator: Überprüfung des therapeutischen Vorgehens

Qualitätsindikator: Vollständig bestimmte Stabilitätskriterien zur Entlassung

Von zwei Häusern mit Abweichungen zu einem der beiden Indikatoren wird eingeräumt, die notwendigen Maßnahmen zwar routinemäßig durchgeführt, aber in zum Teil erheblichem Maße nicht dokumentiert zu haben.

Gemäß Beschluss des Lenkungsausschusses Qualitätssicherung Bremen (LQB) vom 15.1.2008 können die Ergebnisse der Häuser zu dem entsprechenden Indikator aufgrund der mangelhaften Qualitätssicherungsdokumentation nicht beurteilt werden.

Qualitätsindikator: Letalität

Hier hatten sich die Ergebnisse eines Hauses im Vergleich zum Vorjahr erhöht, allerdings sind die Raten im vergangenen Jahr vergleichsweise niedrig gewesen. Die für 2009 ermittelte diskrete Überschreitung des Referenzwertes ist nach Auskunft der Klinik vor allem auf eine Patientenklientel mit schweren Begleiterkrankungen zurückzuführen.

Im Bemühen um eine kontinuierliche Verbesserung der Behandlungsqualität hat eine weitere Klinik angegeben, in den vergangenen Jahren verschiedene Maßnahmen eingeleitet zu haben, so auch zur Optimierung von Behandlungsabläufen (z. B. frühe antimikrobielle Therapie, Frühmobilisation).

Die geschilderten Fälle zweier Häuser zu Referenzwertunterschreitungen sind nach Einschätzung der Fachgruppe inhaltlich plausibel und nachvollziehbar, allerdings weisen beide Kliniken nied-

rige Vollzähligkeitsraten auf. Nach intensiver Beratung wertet die Fachgruppe die Ergebnisse beider Häuser als nicht auffällig. Im nächsten Jahr werden die Ergebnisse sorgfältig nachverfolgt. Für das kommende Jahr erwartet die Fachgruppe eine deutlich bessere Dokumentationsvollzähligkeit.

Mehrere Kliniken haben mittlerweile diverse Maßnahmen ergriffen, um Abläufe und Strukturen in der Diagnostik zu verbessern (z. B. Bereitstellen von Pulsoxymetern oder Entwicklung von Behandlungspfaden).

Parallel wird ein erhöhter Fortbildungsbedarf in der Datenerfassung konstatiert.

Im Rahmen der **Datenvalidierung** (Instrument zur Ermittlung der Dokumentationsgenauigkeit) wurden zu folgenden Auffälligkeitskriterien Stellungnahmen angefordert:

Häufig unplausible Werte (weniger als 6 oder mehr als 50 Atemzüge pro Minute bei Aufnahme)

Hier hatte eine Klinik ausführlich dargelegt, dass eine bei Aufnahme nicht gemessene Atemfrequenz über den Datensatz nicht adäquat abgebildet werden kann. In der Folge sind unkorrekte Angaben zu dokumentieren, um den Datensatz abschließen zu können. Diese Problematik ist bereits seit einigen Jahren bekannt und wurde auch aus Bremen in diesem Jahr erneut an die Bundesebene getragen. Das Institut nach §137a SGB V, das AQUA-Institut in Göttingen, hat auf die Hinweise der Länder reagiert und den Erhebungsbogen entsprechend um ein Feld ergänzt, damit auch für Fälle, in denen diese diagnostische Maßnahme nicht durchgeführt wurde, eine korrekte Antwortkategorie zur Verfügung steht (ab 2011).

Auffallend häufig gleicher Wert bei der Atemfrequenz (hier 20/min) bei Aufnahme

Im kollegialen Gespräch wurden ähnliche Hintergründe zu den Referenzwertabweichungen angeführt wie im o. g. Haus: Die fehlende Antwortmöglichkeit bei nicht gemessener Aufnahmeatemfrequenz erzwang inkorrekte Angaben, in diesem Fall wurde überdurchschnittlich oft ein gleicher Wert dokumentiert.

Anhang

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.

Krankenhäuser mit Dokumentationsauffälligkeiten

Aufgrund mangelhafter Qualitätssicherungsdokumentation konnten für 2009, gemäß Beschluss des Lenkungsausschusses Qualitätssicherung Bremen (LQB) vom 15. Januar 2008, die Ergebnisse einzelner Qualitätsindikatoren folgender Bremer Krankenhäuser nicht beurteilt werden:

- 1) Klinikum Bremen-Ost
- 2) Klinikum Links der Weser
- 3) Ev. Diakoniekrankenhaus
- 4) St.-Joseph-Stift
- 5) Klinikum Bremerhaven Reinkenheide
- 6) St.-Joseph-Hospital

Beteiligung der Kliniken an der externen Qualitätssicherung in Bremen 2009

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	25/25	17/17	59/62	261/269	12/13	47/47	15/15				71/72	32/35	9/9	548/588
9/2	8/7	1/1	6/5	46/43		12/12	1/1				9/7	1/1		84/77
9/3	1/2	2/2	9/9	59/61	1/1	13/13	1/1				8/10	7/8		101/107
10/2	87/88		66/66	9/9			111/111				22/22		32/31	327/327
12/1	179/186	169/169	193/198	164/165	214/215	273/270	104/104			1/1	161/159	212/216	129/119	1799/1802
15/1	391/402		254/249	527/518	663/675	622/624	1/3				404/403	0/2	204/199	3066/3075
16/1	1127/1168		1263/1274	1766/1790	585/590	1445/1454					763/769		715/708	7664/7753
17/1	130/134	112/113	164/165	120/114	122/124	150/150	109/106	9/9		0/4	106/111	87/88	82/73	1191/1191
17/2	96/100	18/19	98/99	7/7	434/435		115/115	420/415		198/198	88/88	0/2		1474/1478
17/3	18/19	7/8	23/22	1/1	47/47		19/19	55/55		5/5	15/13		1/1	191/190
17/5	89/91		125/124		210/213		193/193	262/254		292/292	69/80	22/24		1262/1271
17/7	7/9		6/5		20/21		23/22	19/19		11/11	11/11			97/98
18/1	212/213		188/186	164/156	213/226	418/420	1/1				329/330	0/1	10/10	1535/1543
21/3	8/9		16/17	4299/4097	2/7	5/5	65/66				648/643	71/86		5114/4930
Pneu	228/239	304/302	281/279	132/141	181/186	205/206	209/241				205/217	118/155	355/343	2218/2309
GI Dek	1662/1687	1179/1178	1134/1138	1209/1192	731/733	1335/1328	803/795	249/244	2/2	147/142	1251/1246	662/658	888/872	11252/11215
MDS		2								4				6
Σ	4268/4379 (97,5%)	1811/1809 (100%)	3885/3898 (99,7%)	8764/8 563 (100%)	3435/3486 (98,5%)	4525/4529 (99,9%)	1770/1793 (98%)	1014/996 (100%)	2/2 (100%)	658/653 (100%)	4160/4181 (99,5%)	1212/1276 (95%)	2425/2365 (100%)	37929/37954 (100%)

Grundlagen der verpflichtenden externen vergleichenden Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung zur Optimierung der Patientenversorgung in den Kliniken ist inzwischen fest etabliert.

Auf Bundesebene hat der GBA das AQUA-Institut in Göttingen mit der Umsetzung und Weiterentwicklung des Verfahrens beauftragt. Es löst damit die BQS ab, die das Verfahren bis zum 31.12.2009 auf Bundesebene betreut hatte.

Die Rahmenbedingungen sind klar definiert in Verträgen auf Bundesebene sowie der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung für Krankenhäuser auf der Basis des gesetzgeberischen Auftrages im SGB V.

Strukturen der externen Qualitätssicherung

Dem AQUA-Institut in Göttingen 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 Land Bremen 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