

Externe Qualitätssicherung der Krankenhäuser im Land Bremen

2010

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

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	
Karotis-Rekonstruktion	17
Cholezystektomie.....	18
Geburtshilfe und Neonatologie	
Geburtshilfe	20
Neonatologie	23
Herzschrittmacher	
Herzschrittmachererstimplantation	25
Herzschrittmacheraggregatwechsel	26
Herzschrittmacherexplantation/-revision	27
Kardiologie	
Koronarangiographie und perkutane Koronarintervention (PCI)	29
Implantierbare Defibrillatoren: Erstimplantation	31
Implantierbare Defibrillatoren: Aggregatwechsel.....	32
Implantierbare Defibrillatoren: Explantation/Revision.....	33
Operative Gynäkologie	
Gynäkologische Operationen.....	35
Mammachirurgie	37
Orthopädie/Unfallchirurgie	
Hüftgelenknahe Femurfraktur	39
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation.....	40
Hüft-TEP-Wechsel und -Komponentenwechsel	42
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation.....	44
Knie-TEP-Wechsel und -Komponentenwechsel	45
Pflege	
Generalindikator Dekubitusprophylaxe.....	46
Pneumonie	
Ambulant erworbene Pneumonie.....	48
Anhang	
Anhang I : Bewertung von Dokumentationsmängeln (LQB-Beschluss)	53
Anhang II: Krankenhäuser mit Dokumentationsauffälligkeiten	54
Anhang III: Beteiligung der Kliniken an der externen Qualitätssicherung in Bremen	55
Anhang IV: Grundlagen der verpflichtenden externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	56

Einführung

In diesem Jahr legen wir den neunten Bericht über Ergebnisse aus dem Verfahren der externen stationären 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 2010 in den meisten Leistungsbereichen positive Entwicklungen zu verzeichnen. Die Zahl der Anfragen an die Krankenhäuser ist trotz Erweiterung der einbezogenen Leistungsbereiche gesunken. Desgleichen hat sich in den meisten Krankenhausabteilungen des Landes die Dokumentationsqualität weiter gebessert. Wo dies für 2010 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.

Seit dem Verfahrensjahr 2010 wurde die Dokumentationsverpflichtung um die Leistungsbereiche Neonatologie und implantierbare Defibrillatoren (ICD; Erstimplantation, Aggregatwechsel sowie Revision/Explantation) ergänzt.

2010 ebenfalls neu eingeführt wurden systematische Prüfungen zur Datensatzvollständigkeit (Über- und Unterdokumentation). Fester Bestandteil des Verfahrens ist seit 2010 auch die Prüfung der Datenvalidität in nahezu allen Leistungsbereichen.

Zu definierten Leistungsbereichen werden seit 2010 sogenannte Follow-up-Daten erhoben, die der Erprobung neuartiger Datenflussmodelle dienen sollen wie sie für die zukünftige sektorenübergreifende Qualitätssicherung vorgesehen sind. Nach heutiger Einschätzung wird die sektorenübergreifende Qualitätssicherung voraussichtlich 2014 mit den ersten Leistungsbereichen starten.

Die Fachgruppenberatungen waren in diesem Jahr von sehr großem Engagement der Mitglieder geprägt, was sich sowohl in intensiven Diskussionen als auch einer Vielzahl an Vorschlägen zur Weiterentwicklung des Verfahrens niedergeschlagen hat. Erstmals hat auch ein Vertreter des vertragsärztlichen Sektors als Gast an Fachgruppenberatungen teilgenommen.

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.

Allen Beteiligten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kliniken im Lande Bremen sei an dieser Stelle sehr herzlich für ihren Einsatz und die gute Kooperation gedankt.

Bremen, im Dezember 2011

Lenkungsausschuss Qualitätssicherung Bremen

Vorsitz: Herr Jürgen Scholz (bis 31. Oktober 2011)
Herr Olaf Woggan (seit 1. November 2011)
Stellvertr. Vorsitz: Herr Dr. Guido Kirchgesser (bis 31. Oktober 2011)
Herr Ralf-Peter Bahlo (seit 1. November 2011)

AOK Bremen/Bremerhaven

Herr Olaf Woggan
Vertretung: Herr Uwe Schneider

BKK-Landesverband Mitte, Landesvertretung Bremen

Frau Judith Borsch
Vertretung: Herr Stephan Hartmann

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. Feidicker, DIAKO

Operative Gynäkologie

Vorsitz: Frau L. Schickhaus, Klinikum Links der Weser

Stellvertreter: 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 PD Dr. Dißmann, Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide

Hinweise zu den Auswertungen

Im Folgenden sind die einzelnen Leistungsbereiche mit ausgewählten Qualitätsindikatoren und den jeweiligen Ergebnissen für 2010 angeführt. In der Regel sind der Landes- und Bundesdurchschnitt sowie die Spannweite der Landesergebnisse aufgeführt. Sofern ein bundesweiter Referenzbereich definiert wurde, ist er in der rechten Spalte abzulesen. Für die Gesamtraten werden alle Fälle in Bremen zusammengeführt (Bremen wird folglich rechnerisch als „großes Krankenhaus“ betrachtet), 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 von 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 erkrankter Patient)

Asphyxie:

Drohender Erstickungszustand in Folge eines Absinkens des arteriellen Sauerstoffgehaltes (Hypoxämie) und /oder einer Kohlenstoffdioxidanreicherung im Blut (Hyperkapnie).

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 (**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 ist ein Entzündungsparameter, der in der Akutphase bei massiven Entzündungsprozessen stark ansteigt. Die wiederholte Bestimmung im Verlauf dient der Kontrolle des Therapierfolges.

CRT (Kardiale Resynchronisationstherapie)

Patienten erhalten bei bestimmten Formen der Herzschwäche (Herzinsuffizienz) spezielle Herzschrittmacher, um die Pumpleistung des Herzens zu erhöhen und damit insgesamt Symptome und Leistungsfähigkeit zu verbessern.

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).

DHC (Ductus hepatocholedochus)

Hauptgallengang.

EE-Zeit

Zeit zwischen dem Entschluss zum Kaiserschnitt und der Entbindung.

Episiotomie

Dammschnitt (Geburtshilfe).

Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (Geburtshilfe)

Neurologisches Syndrom, das eine perinatale Asphyxie (Unterversorgung durch ungenügende Sauerstoffversorgung) begleitet.

IVH bei Frühgeborenen (Intraventrikuläre Hirnblutung)

Gehirnblutung in die Hirnwasserräume (Hirnventrikel).

Kollegiales Gespräch

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

MACCE

Major **A**dverse **C**ardiac and **C**erebrovascular **E**vent. Schwere Komplikationen nach Koronarintervention am Herzen oder im Gehirn, wie Herzinfarkt oder Schlaganfall.

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 (Halsschlagader) an einer definierten Stelle.

„Nicht definiert“

Die Fachgruppe auf Bundesebene hat keinen Referenzbereich festgelegt.

Nosokomiale Infektion

Infektion, die durch einen Aufenthalt oder eine Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung verursacht wurde.

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.

Prophylaxe

Vorbeugende Maßnahme zur Verhütung von Erkrankungen.

PVH (Periventriculäre Hirnblutung)

Blutung in die Nähe der mit Hirnwasser gefüllten Räume, die besonders bei extrem Frühgeborenen auftritt.

PVL (Periventriculäre Leukomalazie)

Schädigung der weißen Substanz im Gehirn aufgrund erheblichen Sauerstoffmangels. PVL ist insbesondere bei Frühgeborenen im Säuglingsalter anzutreffen.

Referenzbereich

Richtwertbereich: Werte ober- bzw. unterhalb dieses Bereiches 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 Einbau eines künstlichen Kniegelenkes).

Sepsis

Komplexe systemische Entzündungsreaktion des Körpers, die auf eine Infektion beispielsweise durch Bakterien, Viren oder auch Pilze zurückzuführen ist. Die Sepsis geht immer von einer zunächst lokal begrenzten Infektion aus. Jede Infektion kann grundsätzlich zu einer Sepsis führen.

SIRS (Systemisches inflammatorisches Response Syndrom)

Systemische Entzündungsreaktion, die im gesamten Körper stattfindet. Es wird unterschieden zwischen SIRS ohne und mit infektiösem Ursprung (Sepsis).

SSW

Schwangerschaftswoche

Stenose

Verengung, Engstelle z. B. in einem Blutgefäß.

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.

Karotis-Rekonstruktion (Modul 10/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 351

Qualitätsindikator	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
Indikationsstellung bei				
• asymptomatischer Stenose (Anteil an Patienten mit Stenose $\geq 60\%$)	94,6%	94,4%	92-100%*)	$\geq 85\%$
• symptomatischer Stenose (Anteil an Patienten mit Stenose $\geq 50\%$)	97,7%	99,3%	83,3- 100%*)	$\geq 90\%$
Perioperative Schlaganfälle oder Todesfälle bei				
• asymptomatischer Stenose (Stenose $\geq 60\%$) ohne kontralateralen Verschluss oder kontralaterale Stenose $\geq 75\%$ (NASCET)	1,2%	0,8%	0- 1,6%*)	nicht def.
• asymptomatischer Stenose (Stenose $\geq 60\%$) mit kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose $\geq 75\%$ (NASCET)	2,5%	0%		nicht def.
• symptomatischer Stenose mit Stenosegrad $\geq 70\%$ (NASCET)	2,3%	2,8%	0- 5,9% *)	nicht def.
• symptomatischer Stenose (Stenosegrad von 50-69% (NASCET)	2,2%	0%		nicht def.
Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert (log. Karotis-Score I)	1,9%	2%	0- 4,4%*)	$\leq 6\%$
Schwere Schlaganfälle oder Tod	1,0%	1,3%	0- 2,6%*)	$\leq 3,8\%$

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

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Indikationsstellung bei symptomatischer Karotisstenose

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Chirurgie für 2010:

Qualitätsindikator: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose

Für Bremen ergab sich für ein Haus in einem Fall eine leichte Referenzwertabweichung zur Indikationsstellung (vergleichsweise geringer Stenosegrad). Die Fachgruppe stellt nach Beratung der ausführlichen Informationen fest, dass kein Anhalt auf qualitative Mängel vorliegt. Ihrer Einschätzung zufolge ist eine eindeutige Indikationsstellung anhand der präoperativen Befunde mitunter schwierig, zumal diese mit den tatsächlichen intraoperativen Befunden nicht immer übereinstimmen.

Weitere Abweichungen vom Referenzbereich sind für das Land Bremen nicht zu verzeichnen. Die insgesamt guten Ergebnisse werden ausdrücklich von der Fachgruppe gewürdigt.

Cholezystektomie (Modul 12/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1816

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
Indikation	1,3%	0,6%	0-3%	≤ 5%
Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	97,7%	98,3%	88,9-100%*)	≥ 95%
Erhebung eines histologischen Befundes	99,3%	99,7%	99,3-100%	≥ 95%
Eingriffsspezifische Komplikationen				
• Anteil von Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC	0,1%	0,06% (1 Fall)	0-0,8%	sentinel event
• Pat. mit mind. einer Komplikation bei laparoskop. begonnener OP	2,4%	2,8%	0,5-5,5%	≤ 6,1%
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen				
• alle Patienten	2,9%	3,1%	0,6-8,1%	≤ 7,7%
• Pat. mit laparoskopisch begonnener Operation	2%	2,4%	0-5,3%	≤ 6,0%
• Pat. mit offen-chirurgischer Operation	14,5%	11,9%	0-44,4% *)	≤ 33%
Reinterventionsrate	0,9%	0,7%	0-2,2%	≤ 1,5%
Letalität bei Patienten ASA 1- ASA 3	0,4%	0,2% (3 Fälle)	0-1,6%	sentinel event

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

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase
- Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus (DHC) oder Okklusion
- Reintervention wegen Komplikationen
- allgemeine postoperative Komplikationen
- Letalität

Im Rahmen der Datenvalidierung:

- keine allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen bei mehr als 150 laparoskopisch begonnen Operationen

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Chirurgie für 2010:

Die Zahl der Anfragen ist auch in diesem Leistungsbereich rückläufig. Bei den festgestellten numerischen Auffälligkeiten handelte es sich zumeist um Einzelfallabweichungen.

Qualitätsindikator: Eingriffsspezifische Komplikationen – Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC (Ductus hepatocholedochus)

In einem Fall mit Durchtrennung des DHC waren die operativen Bedingungen durch besondere anatomische Verhältnisse und entzündliche Veränderungen im OP-Gebiet erschwert. Trotz sorgfältigen Vorgehens konnte unter diesen ungünstigen Bedingungen die beschriebene Komplikation nicht verhindert werden.

Nach Einschätzung der Fachgruppe handelt es sich um einen schicksalhaften Verlauf, zu dem die Hintergründe inhaltlich nachvollziehbar dargelegt wurden.

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

Die Fachgruppe stellt fest, dass das Ergebnis eines Hauses zum Indikator „Letalität“, gemäß Beschluss des Lenkungsausschusses Bremen (LQB) vom 15. Januar 2008, auf Grund von Mängeln in der Qualitätssicherungsdokumentation nicht bewertet werden kann. Der Patient verstarb postoperativ in Folge einer schweren Begleiterkrankung. Auf weiterführende medizinische Maßnahmen wurde nach Absprache mit den Angehörigen bei infauster Prognose verzichtet.

Zur Sicherstellung einer korrekten Qualitätssicherungsdokumentation wurde klinikintern begonnen, Strukturen und Prozesse zu verändern.

Drei weitere Patienten sind postoperativ an den Folgen schwerer Begleiterkrankungen verstorben. In einem Fall mit besonders schwerem Krankheitsbild wurde gemeinsam mit den Angehörigen beschlossen, die intensivmedizinischen Maßnahmen, trotz derer sich der Zustand des Patienten rapide verschlechtert hatte, nicht fortzusetzen.

Eine eindeutige Indikation zur Operation lag in allen drei Fällen vor. Nach Einschätzung der Fachgruppe handelt es sich jeweils um schicksalhafte verlaufene und plausibel dargelegte Einzelfälle.

Zu den **Qualitätsindikatoren** „präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase“, „Reinterventionsrate“ sowie „allgemeine postoperative Komplikationen“ konnte die Fachgruppe nach eingehender Beratung der Stellungnahmen keine Hinweise auf Auffälligkeiten feststellen.

Im Rahmen der **Datenvalidierung** hat ein Haus die Korrektheit der Daten bestätigt. Weitere rechnerische Auffälligkeiten sind für Bremen nicht aufgetreten.

Geburtshilfe (Modul 16/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 7734 (7915 Kinder)

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich	
Antenatale Kortikosteroidtherapie (bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34 +0 Wochen), unter Ausschluss von Totgeburten	• alle	83,8%	87,8%	0-100%*)	nicht def.
	• mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens einem Kalendertag	92,6%	96,9%	83,3-100%*)	nicht def.
	• mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	95,0%	99%	96-100%*)	≥95%
Antibiotika-Gabe bei vorzeitigem Blasensprung (in den ersten 24 h bei vorzeitigem Blasensprung innerhalb der 24+0 und 33+6 SSW)	51,3%	78,7%	0- 100%*)	nicht def.	
Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung	88,5%	97,5%	82,8- 100%	nicht def.	
EE-Zeit bei Notfallkaiserschnitt > 20 Minuten	1,4%	0%		sentinel event	
Bestimmung des Nabelarterien pH-Wertes	99,1%	99,3%	99,1-100%	≥95%	
Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	0,2%	0,2%	0-0,5%	≤0,3%	
Anwesenheit des Pädiaters bei Frühgeburt (Anteil lebend geborener Frühgeborener (unter 35+0 SSW), bei denen ein Pädiater vor der Geburt eingetroffen ist)	94,5%	95,4%	50-100%*)	≥90%	
Kritisches Outcome bei Reifgeborenen	0,03%	0%		sentinel event	
Dammriss III./IV. Grades bei spontanen Einlingsgeburten (alle)	• ohne Episiotomie	1,4%	1,6%	0,2-2,9%	≤3%
	• mit Episiotomie	1%	1,4%	0,4-2,4%	nicht def.
		2,6%	2,3%	0-5,5%	nicht def.
Mütterliche Todesfälle	0,03‰	0,1‰ (1 Fall)	0-0,9‰	sentinel event	

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

Sectio caesarea (Entbindungen per Kaiserschnitt im Land Bremen)		
Bezogen auf alle Kinder= 7915		
Per Kaiserschnitt entbunden (insgesamt)	2569	32,5%
Der Kaiserschnitt war geplant (= primäre Sectio caesarea)	1089	13,8%
Die Entscheidung zum Kaiserschnitt fiel im Geburtsverlauf (= sekundäre Sectio caesarea)	1379	17,4%
Sectio caesarea ohne nähere Angaben	101	1,3%

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Azidose bei reifen Einlingen
- Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen (Einzelfallabweichungen)
- Mütterlicher Todesfall

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Geburtshilfe/ Neonatologie für 2010:

Qualitätsindikator: Azidose bei reifen Einlingen

Ursächlich für die Azidose waren vor allem Verzögerungen im Geburtsverlauf (Geburtsstillstand, Ablehnung einer Vakuumextraktion) sowie Notsectiones bei Verschlechterung der Situation des Kindes.

Einen Hinweis auf qualitative Mängel in der Versorgung kann die Fachgruppe für dieses Haus nicht feststellen, empfiehlt der Klinik allerdings, hausinterne Abläufe und Strukturen kritisch zu reflektieren und ggf. anzupassen.

Die Ergebnisse des Hauses werden im kommenden Jahr mit besonderer Sorgfalt beobachtet werden.

Qualitätsindikator: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen

Hier handelte es sich um zum Teil extrem unreife Kinder – unterhalb der 23. Schwangerschaftswoche geboren – zu deren Geburt in der Regel kein Pädiater hinzugezogen wird.

Nach Einschätzung der Fachgruppe sollte diese Gruppe nicht in die Berechnung des Indikators einfließen. Sie spricht sich für eine Untergrenze 24+0 Schwangerschaftswoche aus. Dieser Vorschlag zur Weiterentwicklung der Indikatoren wurde der Bundesfachgruppe übermittelt.

Qualitätsindikator: Mütterlicher Todesfall

Aufgrund schweren Krankheitsgeschehens wurde eine Patientin nach notfallmäßiger stationärer Aufnahme wegen des Verdachts auf weitere Schwangerschaftskomplikationen per Notsectio entbunden. Das Kind wurde lebend geboren und anschließend pädiatrisch versorgt. Nach Rücksprache mit den Angehörigen wurde bei der Mutter auf Grund der infausten Prognose auf weitere medizinische Maßnahmen verzichtet.

Nach Einschätzung der Fachgruppe handelt es sich um einen schicksalhaft verlaufenen und schlüssig dargelegten Einzelfall.

Qualitätsindikator: Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung

Der Indikator wurde für das Verfahrensjahr 2010 erstmals berechnet. Die Ergebnisse, die bundesweit ebenso wie in Bremen auffallend hohe Spannweiten aufweisen, wurden von der Bundesfachgruppe Perinatologie als unplausibel eingeschätzt. Der Landesdurchschnitt für Bremen liegt deutlich über dem bundesweiten Durchschnittswert. Ein Referenzbereich ist für dieses Jahr nicht festgelegt.

In den Kliniken des Landes Bremen werden bei vorzeitigem Blasensprung Antibiotika regelhaft verabreicht, daher werden auch die Bremer Ergebnisse zu diesem Indikator von der Fachgruppe als wenig nachvollziehbar eingeschätzt. Als mögliche Ursache werden Dokumentationsprobleme vermutet. Die Ergebnisse des Indikators werden weiter kritisch verfolgt.

Neonatologie (Neo)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1555

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
Sterblichkeit bei Risikolebendgeburten				
• alle	0,7%	1,2%	0- 1,6%	≤1,7%
• in den ersten 28 Lebenstagen	0,6%	1,1%	0- 1,3%	≤1,6%
Hirnblutungen (intraventrikulär (IVH) Grad 3 und periventrikulär (PVH))	4,8%	5,5%	0-10,1% *)	≤12,9%
Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)	2,1%	1,6%	0-6,4%	≤8%
Höhergradige Frühgeborenen-Retinopathie (>Grad 2)	2,5%	0%		≤9,8%
Bronchopulmonale Dysplasie (Lebendgeborene ohne letale Fehlbildungen)				
• alle	8,6%	2,9%	0- 3,2%*)	≤19,5%
• „Inborn“-Frühgeborene	8,5%	3,1%	0- 3,4%*)	≤19,8%
Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie(HIE) (Kinder ohne letale Fehlbildung, mit Asphyxie)				
• alle	22%	0%		≤44,1%
• mit Kühlung	12,1%	0%		nicht def.
• ohne Kühlung	4,9%	0%		≤43,9%
Sepsis/SIRS innerhalb 72 Stunden nach der Geburt (Lebendgeborene, ohne letale Fehlbildung ≥= 24+0 SSW)	5,5%	4,1%	2,1- 6,9%	≤ 15,8%
Nosokomiale Infektionen (Lebendgeborene ohne letale Fehlbildung ≥= 24+0 SSW)				
• Fälle pro 1000 Behandlungstage	140,4%	214%	0-318,9%	≤ 424,5%
• Infektionen pro 1000 Behandlungstage	174,8%	284%	0-440,5%	≤ 497,2%
Pneumothorax (Lebendgeborene, ohne letale Fehlbildungen ≥= 24+0 SSW mit Beatmung)	5,7%	3,8%	1,9- 12%	≤ 12,5%
Hörtest durchgeführt (Lebendgeborene ohne letale Fehlbildung ≥= 24+0 SSW)	95,3%	97,4%	96,7- 100%	≥= 95%
Körpertemperatur bei Aufnahme (Lebendgeborene ohne letale Fehlbildung ≥= 24+0 SSW, ohne HIE)				
• Temperatur < 36 °C	4,5%	5,7%	1,1- 8%	≤ 10,5%
• Temperatur > 37,5°C	8,4%	7%	5,5- 12,2%	≤16,8%

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

Aus den Beratungen der Fachgruppe Geburtshilfe/Neonatologie für 2010:

Für das Land Bremen liegen im 2010 neu eingeführten Leistungsbereich Neonatologie für kein Krankenhaus rechnerische Auffälligkeiten vor. Unter Bezugnahme auf die bundesweit geltenden Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses wurde entsprechend kein strukturierter Dialog ausgelöst.

Unabhängig vom strukturierten Dialog werden Verläufe von verstorbenen Kindern in einer Todesfallkonferenz vorgestellt (s. u.).

Todesfallkonferenz:

In diesem Rahmen werden seit mehreren Jahren alle Todesfälle von Kindern, die im ersten Lebensjahr in Bremer Kinderkliniken verstorben sind, einer Einzelfallanalyse unterzogen und in dem Fachgremium beraten. Die Teilnahme ist freiwillig.

Die Verlaufsanalysen der Fälle des 1. Halbjahr 2010 haben folgende Beratungsschwerpunkte ergeben:

Indikationsstellung zur vorzeitigen Entbindung

Schwere Erkrankungen des ungeborenen Kindes oder der Mutter können unter Umständen eine vorzeitige Entbindung auslösen. Diese sollte bei Kindern mit Wachstumsverzögerungen, aber Anzeichen weiterer Entwicklungen so spät wie möglich erfolgen.

Es wird darauf hingewiesen, dass für die Indikationsstellung zur vorzeitigen Entbindung das bestehende Risiko für die Mutter und für das ungeborene Kind sehr sorgfältig abzuwägen ist.

Obduktion:

Wie im vergangenen Jahr wird das Thema Obduktion bei unklarer Todesursache sehr ernsthaft diskutiert. Die gesetzliche Regelung im Land Bremen zur Obduktion von verstorbenen Kindern (unterhalb des 6. Lebensjahres) bei unklarer Todesursache wird von den Teilnehmern der Todesfallkonferenz begrüßt.

Mögliche Beweggründe von Eltern gegen eine Obduktion zu kennen – insbesondere religiöse – seien zur Einschätzung und Vorbereitung auf Gespräche sehr hilfreich, unterstreichen die Mitglieder der Konferenz.

Herzschrittmacher Erstimplantation (Modul 9/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 629

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	96,1%	98,4%	92,9- 100*)	≥90%
Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	96,6%	97,4%	83,3- 100%*)	≥90%
Eingriffsdauer: Anteil Pat. mit Eingriffszeit bis				
• 60 Minuten bei VVI	87,9%	78,1%	60- 90,1%*)	≥60%
• 90 Minuten bei DDD	91,4%	88,2%	70,6- 100%*)	≥55%
Anteil von Patienten mit Durchleuchtungszeit bis				
• 9 Minuten bei Patienten mit VVI	93,6%	92,5%	77,8- 100%*)	≥75%
• 18 Minuten bei Patienten mit DDD	97,5%	98,3%	89,5- 100%*)	≥80%
Perioperative Komplikationen				
• chirurgische Komplikation	1%	1%	0- 7,1% *)	≤2%
• Vorhofsondendislokation	1,1%	1,5%	0-11,8%*)	≤3%
• Ventrikelsondendislokation	0,8%	0,8%	0- 7,1% *)	≤3%
Intrakardiale Signalamplitude				
• Vorhofsonden mit Amplitude ≥= 1,5 mV	92,2%	96%	82,4- 100%*)	≥ 80%
• Ventrikelsonden mit Amplitude ≥= 4mV	98,8%	99,5%	99- 100%*)	≥90%
Letalität	1,3%	1,8% (11 Fälle)	0- 21,4% *)	sentinel event

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

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Leitlinienkonforme Systemwahl
- Sondendislokationen im Ventrikel
- Sondendislokationen im Vorhof
- Chirurgische Komplikationen
- Letalität
- Dokumentationsvollständigkeit ≤=95%

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: 71

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
Laufzeit des Herzschrittmacher-aggregates				
• AAI oder VVI < 4 Jahre	1%	5,3% (1 Fall)	**)	sentinel event
• AAI oder VVI > 6 Jahre	91,9%	94,7%	**)	>=75%
• VDD oder DDD <4 Jahre	1,2%	2% (1 Fall)	**)	sentinel event
• VDD oder DDD > 6 Jahre	84,3%	85,7%	**)	>=50%
• dokumentierte gültiger Laufzeit	94,8%	97,2%	**)	>=90%
Eingriffsdauer <=60 Min.	97,6%	98,6%	**)	>=80%
Chirurgische Komplikationen	0,2%	0%		<=1%
Reizschwellenbestimmung				
• Vorhofsonden	91,1%	97,6%	**)	>=65,5
• Ventrikelsonden	94,7%	97,1%	**)	>=76,4%
Amplitudenbestimmung				
• Vorhofsonden	91,2%	94,2%	**)	>=75,8%
• Ventrikelsonden	94,1%	96,6%	**)	>=67,6%

***) 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
- Reizschwellenbestimmung
- Amplitudenbestimmung

Herzschrittmacherexplantation/-revision (Modul 9/3)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 109

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
Indikation zur Revision				
• Taschenprobleme	0,8%	0,6%	0-3,8%*)	≤3%
• Sondenprobleme	6,5%	5,4%	3,2- 11,1%*)	≤6%
• Infektion	0,5%	0,6%	0-3,8%*)	≤1%
Perioperative Komplikationen				
• chirurgischen Komplikationen	0,9%	1,8%	0-2,9%*)	≤2%
• Vorhofsondendislokationen	1,4%	0%		≤3%
• Ventrikelsondendislokationen	0,6%	0%		≤3%

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

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Indikation zur Revision: Taschenprobleme
- Indikation zur Revision: Sondenprobleme
- Indikation zur Revision: Infektionen
- Intrakardiale Signalamplitude
- Dokumentationsvollständigkeit ≤95%

Aus den Beratungen der Fachgruppe Schrittmacher für 2010:

Das von einer Klinik beschriebene therapeutische Vorgehen zur Behandlung der Komplikation Pericardtamponade wird von der Fachgruppe als präzise und gut nachvollziehbar ausdrücklich gewürdigt.

In der Behandlung von Taschenhämatomen, so zeigt ein Fachdiskurs, streben die Bremer Kliniken eher den tendenziell etwas längerwährenden Prozess einer Resorption der Blutung an, als durch eine interventionelle Maßnahme einen Keimeintrag zu riskieren, sofern die Stärke der Blutung dieses Vorgehen zulässt.

In einem Fall war eine Sondendislokation erst sehr spät aufgetreten und im Rahmen der Nachuntersuchung, nämlich ein Jahr postinterventionell, festgestellt worden. 6 Monate zuvor indes war der Sitz der Sonde noch korrekt.

Erfahrungen zur Wirksamkeit von Heparinen zeigen geringeres Blutungsrisiko von Vollheparinen im Vergleich zu den fraktionierten Heparinen. Verschiedentlich werden daher insbesondere bei gefährdeten Patienten bevorzugt Vollheparine verabreicht. Vor allem bei betagten Patienten, so unterstreicht die Fachgruppe, muss bei Therapie und Prophylaxe stets genau das Risiko für mögliche Blutungen (Taschenhämatome) und Apoplexie abgewogen werden.

Erneut verweist die Fachgruppe darauf, dass zum Indikator „Letalität“, wie in den vergangenen Jahren auch, kein kausaler Zusammenhang zwischen Schrittmachertherapie und dem Tode von Patienten hergestellt werden konnte, sondern dass die Patienten an ihren schweren Grunderkrankungen verstorben sind. Im Hinblick auf die Veröffentlichung der Ergebnisse in Internetpor-

talen hält die Fachgruppe insbesondere zu diesem Indikator eine angemessen differenzierte Darstellung für notwendig, um Fehlschlüsse in der Rezeption der Zahlen zu vermeiden.

Die Erläuterungen zur Indikation von Schrittmacheraggregatwechseln erklären die Sachverhalte nachvollziehbar und plausibel. Ein Fall stellte einen Grenzfall dar, statt des Wechsels des Aggregates wäre hier auch die Implantation einer neuen Sonde therapeutisch zu rechtfertigen gewesen.

Zur Datensatzvollständigkeit wurde festgestellt, dass trotz Stornierung (z. B. bei Wechsel auf den Datensatz eines anderen Moduls) Datensätze z. T. im Soll weitergezählt werden, so dass hierdurch eine Abweichung von Ist und Soll begründet wird.

Mit einer Klinik war in der Vergangenheit eine Zielvereinbarung zu definierten Aspekten in der Herzschrittmacherversorgung geschlossen worden u. a. wurden eine Hospitation in anderer Klinik sowie Weiterbildungsmaßnahmen vereinbart.

Im Nachgang zu der Hospitation, die als sehr konstruktiv und hilfreich beschrieben wurde, hatte die Abteilung entschieden, zukünftig ein anderes Herzschrittmachersystem und statt der bisherigen Ankersonden nunmehr vermehrt Schraubsonden zu verwenden. Für letztere hatte die Fachgruppe wiederholt einen besseren Sitz beobachtet.

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

Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (Modul 21/3)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: Koronarangiografien (5263), PCI (2410)

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate men	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
Indikation zur Koronarangiographie • Ischämiezeichen • Therapieempfehlung	93,0% 39,8%	90,6% 41,6%	0-100%*) 0-42,3%*)	≥80% ≥22,6%
Indikation zur PCI	3,7%	5,5%	0-14,3%*)	≤10%
Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI • mit Indikation akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24h • alle PCI	94,3% 94,1%	95,5% 92,7%	92-100%*) 88,9%-100%*)	≥85% ≥85%
MACCE bei Patienten mit • Koronarangiographie (ohne PCI) • Patienten mit PCI • Erst-PCI (bei ST-Hebungsinfarkt)	1,1% 2,7% 7,6%	2,7% 3,7% 6,6%	0-100%*) 0-44,4%*) 0-33,3%*)	≤3,0% ≤6,5% ≤15%
In-Hospital-Letalität bei • Patienten mit Koronarangiographie • Patienten mit PCI • Patienten mit Angabe „Diabetes mell. unbekannt“ oder „Niereninsuffizienz unbekannt“	1% 2,5% 2,4%	2,6% 3,6% 0,5%	0-38,5%*) 0-33,3%*) 0-0,7%*)	≤2,9% nicht def. nicht def.
Durchleuchtungsdauer (Median) bei • Koronarangiografien • bei PCI	3Min. 9Min.	2,1Min. 7,9Min.	1,7Min-5Min.*) 7,1Min.-14,9Min*)	≤5Min. ≤12Min.
Flächendosisprodukt (Median) bei • allen Koronarangiographien • allen PCI (ohne Einzeitig-PCI) • allen Einzeitig-PCI • nicht bekannt	in cGy*cm ² 2430 4100 5205 1%	in cGy*cm ² 2280 3860 4340 0,5%	in cGy*cm ² 46-3211 *) 1250-8600*) 484-6496*) 0-28,6%*)	nicht def. nicht def. ≤9095cGy*cm ² ≤4,1%
Kontrastmittelmenge (Median) • Koronarangiographien • alle PCI (ohne Einzeitig PCI) • Einzeitig-PCI	90ml 130ml 170ml	80ml 100ml 130ml	60-120ml*) 45-160ml *) 80-170ml *)	≤150ml ≤200ml ≤250ml

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

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- MACCE
- In-Hospital-Letalität
- Flächendosisprodukt
- Indikation zur Koronarangiographie: Therapieempfehlung

Aus den Beratungen der Expertengruppe Kardiologie für 2010:

Rechnerische Auffälligkeiten wurden ausschließlich für Krankenhäuser verzeichnet, die diese Leistung nicht selber erbringen, sondern im Rahmen von so genannten Verbringungsleistungen von Kliniken oder niedergelassenen Ärzten durchführen lassen (z. B. bei Verdacht auf akuten Herzinfarkt). Es handelt sich also um sehr geringe Fallzahlen, die mit gewissen statistischen Unsicherheiten assoziiert sind.

Für alle betroffenen Häuser mit Abweichungen zu den Indikatoren MACCE und In-Hospital-Letalität trifft gleichermaßen zu, dass es sich hier um spezielle Risikoselektionen (therapeutische Schwerpunkte der Kliniken) und insgesamt um eine Negativauswahl schwerstkranker Patienten handelt. Danach weist eine Vielzahl dieser Patienten aufgrund der speziellen Komorbiditäten ein erhöhtes Risiko für kardiale Probleme auf. Statistische Signifikanz ist aufgrund der geringen Fallzahlen nicht gegeben.

Anhand der geschilderten Epikrisen von verstorbenen Patienten konnte glaubhaft belegt werden, dass die Patienten nicht an den Koronarinterventionen, sondern in Folge der sehr schweren Grunderkrankungen, z. T. an akuten schweren Myokardinfarkten, verstorben sind.

Nach Ansicht der Expertengruppe sollten zukünftig einerseits die Letalitätsraten bei Koronarangiographie risikoadjustiert ausgewiesen werden, um verschiedene Unterschiede in Indikation und Krankheitsschwere angemessen berücksichtigen zu können. Andererseits sollte das bestehende Risikoadjustierungsmodell bei PCI überarbeitet und die Risikofaktoren differenzierter gewichtet werden. Beide Aspekte wurden an die Bundesfachgruppe als Vorschläge zur Weiterentwicklung des Verfahrens herangetragen.

Nach Einschätzung der Expertengruppe wurden die beschriebenen Verläufe zu numerischen Referenzwertabweichungen auch in den übrigen Indikatoren gut begründet und nachvollziehbar dargelegt, so dass kein Hinweis auf qualitative Auffälligkeiten festgestellt werden konnte.

Implantierbare Defibrillatoren: Erstimplantation (Modul 9/4)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 203

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
Leitlinienkonforme Indikationsstellung	77,6%	84,2%	***)	≥ 90%
Leitlinienkonforme Systemwahl	84,9%	84,2%	***)	≥ 90%
Defibrillator-Testung	72,6%	90,2%	***)	nicht def.
Anteil von Pat. mit Eingriffsdauer				
• bis 75 Min. bei VVI	87,4%	70%	***)	≥ 60%
• bis 105 Min. bei VVV und DDD	85,4%	59,4%	***)	≥ 55%
• bis 240 Min bei CRT-System	97,4%	91,7%	***)	≥ 87,7%
Anteil Patienten mit Durchleuchtungszeit				
• bis 9 Min. bei VVI	91,8%	87,9%	***)	≥ 75%
• bis 18 Min. bei VDD und DDD	91,7%	84,4%	***)	≥ 80%
• bis 54 Min. bei CRT-System	94,3%	88,9%	***)	≥ 80%
Reizschwellenbestimmung bei				
• Vorhofsonden	98,9%	100%		≥ 95%
• Ventrikelsonden	99%	99,3%	***)	≥ 95%
Signalamplitudenbestimmung bei				
• Vorhofsonden	99%	99%	***)	≥ 95%
• Ventrikelsonden	97,9%	92,3%	***)	≥ 95%
Perioperative Komplikationen				
• chirurgische Komplikationen	1,1%	1%	***)	≤ 4,5%
• Vorhofsondendislokation/-dysfunktion	0,7%	1%	***)	≤ 3,7%
• Ventrikelsondendislokation/-dysfunktion	0,8%	1%	***)	≤ 4,2%
Letalität	0,6%	0,5% (1 Fall)	***)	Sentinel event

***) Es wird auf die Angabe der Spannweite verzichtet (2 Häuser erbringen die Leistungen)

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Leitlinienkonforme Indikationsstellung
- Leitlinienkonforme Systemwahl
- Signalamplitudenbestimmung
- Letalität
- Dokumentationsvollständigkeit ≤ 95%

Implantierbare Defibrillatoren: Aggregatwechsel (Modul 9/5)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 46

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
Laufzeit < 3Jahre von				
• VVI	12,7%	8,9%	***)	nicht def.
• VDD und DDD	14,4%	4,8%	***)	nicht def.
• CRT-System	12,7%	0%		nicht def.
Defibrillator-Testung	51,8%	55,8%	***)	nicht def.
Eingriffsdauer ≤ 75 Min.	93,6%	89,1%	***)	≥80%
Reizschwellenbestimmung bei				
• Vorhofsonden	96,1%	92,9%	***)	≥ 95%
• Ventrikelsonden	97,1%	100%		≥ 95%
Signalamplitudenbestimmung bei				
• Vorhofsonden	95,6%	100%		≥ 95%
• Ventrikelsonden	92,7%	96,2%	***)	≥ 95%
Perioperative Komplikation				
• chirurgische Komplikation	0,6%	0%		sentinel event
Letalität	0,2%	0%		sentinel event

***) Es wird auf die Angabe der Spannweite verzichtet (i. d. R. erbringen 2 Häuser die Leistungen)

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Reizschwellenbestimmung (Vorhof)
- Signalamplitudenbestimmung Vorhof/Ventrikel
- Dokumentationsvollständigkeit ≤95%

Implantierbare Defibrillatoren: Revision/Explantation (Modul 9/6)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 54

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
Indikation				
• Taschenprobleme	1,3%	1,7%	***)	≤ 4,9%
• Aggregatprobleme	3%	5,3%	***)	nicht def
• Sondenprobleme	9,8%	9,9%	***)	≤ 17,7%
• Infektion	1,6%	2,3%	***)	≤ 5,5%
Defibrillator-Testung	48,2%	59,6%	***)	nicht def.
Reizschwellenbestimmung				
• Vorhofsonden	97,5%	100%		≥ 95%
• Ventrikelsonden	97,7%	100%		≥ 95%
Signalamplitudenbestimmung bei				
• Vorhofsonden	97,5%	91,7%	***)	≥ 95%
• Ventrikelsonden	95,6%	93,6%	***)	≥ 95%
Perioperative Komplikation				
• chirurgische Komplikation	1,5%	1,9%	***)	≤ 7,6%
• Vorhofsondendislokation	0,9%	0%		≤ 10%
• Ventrikelsondendislokation	0,8%	0%		≤ 5,4%
Letalität	1,6%	0%		sentinel event

***) Es wird auf die Angabe der Spannweite verzichtet (2 Häuser erbringen die Leistungen)

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Signalamplitudenbestimmung Vorhof/Ventrikel
- Dokumentationsvollständigkeit ≤95%

Aus den Beratungen der Expertengruppe Kardiologie für 2010:

Die neuen Leistungsbereiche ICD sind so angelegt, dass sie möglichst umfassend die aktuellen Leitlinien abbilden. Allerdings, so zeigten die Auswertungen 2010, geschieht dies hinsichtlich der Indikatoren „Indikation“ und „Systemwahl“ noch nicht im hinreichenden Maße. Die Bundesfachgruppe hatte daher empfohlen, den strukturierten Dialog (sD) aufgrund der zu erwartenden inplausiblen Daten für die beiden Indikatoren auszusetzen. In Bremen wurde er fortgeführt.

Die Recherche zu beiden Indikatoren hatte gezeigt, dass Indikationsstellung bzw. Systemwahl stets leitliniengerecht getroffen wurden. Referenzwertabweichungen waren z. T. auf Dokumentationsfehler zurückzuführen. Als besonders fehlerträchtig wurden die Angaben zur antikongestiven Therapie sowie zu Synkopen identifiziert, da verschiedene medizinische Sachverhalte über die betroffenen Datenfelder vielfach nicht präzise abgebildet werden konnten.

Das Auswertungskonzept zu dem Datenfeld „Indikationsstellung bei Primär- bzw. Sekundärprävention“ wird von der Bremer Expertengruppe kritisch gesehen, da Schnittmengen zwischen beiden Kategorien nicht berücksichtigt werden (in der klinischen Praxis keine zu vernachlässigende Größe), was auch durch die Analyse der rechnerisch auffälligen Fälle bestätigt wird.

Zur Erhöhung der Pumpleistung des Herzens erachtet die Expertengruppe bei Patienten mit persistierendem Vorhofflimmern, eine zusätzliche (3.) Vorhofsonde zu legen als medizinisch sinnvoll, um ansonsten notwendige Nachrüstungen einer Vorhofelektrode zu vermeiden. Dieses Vorgehen wird in den Leitlinien nicht explizit erwähnt, aber auch nicht ausgeschlossen.

Ein Patient war im Zusammenhang seines Aufenthaltes zur ICD-Implantation an seinen schweren Begleiterkrankungen verstorben. Der dargelegte schicksalhafte Verlauf lässt keinen Hinweis auf Versorgungsmängel erkennen.

Eine Darstellung eingriffsassoziierter Letalität oder der 30-Tage-Letalität – beides wird über den Indikator nicht abgebildet – ließe nach Einschätzung der Expertengruppe präzisere Rückschlüsse auf die Versorgungsqualität zu.

Für linksventrikuläre Sonden ist den Erfahrungen der Expertengruppe zufolge vielfach keine Signalamplitudenbestimmung nötig und bei einigen der auf dem Markt befindlichen Systeme fast nicht möglich. Bedeutsamer sind nach Auffassung des Gremiums vielmehr korrekter Sitz oder Reizschwellenbestimmung. Die geforderten Angaben zur Signalamplitude hält das Gremium daher für verzichtbar.

Mit ICD-Implantationen unter Fortführung der oralen Antikoagulation (oAK) konnten gute Erfahrungen gemacht werden. Im Vergleich zum Absetzen der oAK und Bridging mit (niedermolekularen) Heparinen wurden weniger Blutungen beobachtet.

Zur unterjährigen Überprüfung der Dokumentationsgenauigkeit und -vollständigkeit werden spezielle Softwareprodukte empfohlen.

Auf Grundlage der Erkenntnisse aus dem strukturierten Dialog in Bremen wendet sich die Expertengruppe an die Bundesebene mit Vorschlägen zur Weiterentwicklung des Verfahrens.

Insgesamt kann die Fachgruppe zu den Ergebnissen der drei ICD-Leistungsbereiche keine Hinweise auf qualitative Auffälligkeiten feststellen.

Erstmals nahm an Fachgruppenberatungen ein Vertreter aus dem vertragsärztlichen Sektor als Gast teil.

Gynäkologische Operationen (Modul 15/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 2920

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen <ul style="list-style-type: none"> alle Patientinnen Pat. ohne Karzinom, ohne Endometriose und ohne Voroperation im gleichen OP-Gebiet 	0,2% 0,2%	0,4% 0,3%	0-2,7% 0-2,6%	≤1,6% ≤1,2%
Organverletzungen bei Hysterektomie <ul style="list-style-type: none"> alle Patientinnen Pat. ohne Karzinom, ohne Endometriose und ohne Voroperation im gleichen OP-Gebiet 	1,4% 0,9%	1,2% 1%	0-3,6% 0-2%	≤4% ≤3,7%
Fehlende postoperative Histologie bei Ovaryingriffen	1,8%	0,8%	0-6,1%	≤5%
Indikation bei Ovaryingriffen (Pat. mit Follikel- bzw. Corpus-Luteum-Zyste oder Normalbefund)	16,5%	11,6%	2,4-36,4%*)	≤20%
Organerhaltung bei Ovaryingriffen	89%	86,9%	73,7-94,1%*)	≥74%
Konisation <ul style="list-style-type: none"> fehlende Malignitätskriterien fehlende Histologie 	4,1% 0,8%	5,5% 1,8%	0-14,3%*) 0-50%*)	≤13,8% ≤5%
Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie	96,4%	99,2%	97-100%	≥90%
Indikation bei Hysterektomie (Pat. mit benigner Histologie und Alter ≤ 35 Jahre)	2%	2,3%	1,3-4,1%	≤2,5%
Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie	99,5%	99,4%	94,1-100%	≥95%

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

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Organerhalt bei benigner Histologie
- Indikation bei Ovaryingriffen
- Organverletzungen bei Ovaryingriffen
- Indikation bei Hysterektomie
- Konisation

Im Rahmen der Datenvalidierung:

- Patientinnen über 54 Jahre mit isoliertem Ovaryingriff mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe und führendem histologischen Befund „Follikel- oder Corpus-Luteum-Zyste“

Aus den Beratungen der Fachgruppe operative Gynäkologie für 2010:

Anhand eines Auffälligkeitskriteriums hatte eine Klinik Fehler in der QS-Dokumentation festgestellt. Gemäß Beschluss des Lenkungsausschusses konnten die Ergebnisse aufgrund der beschriebenen Dokumentationsmängel nicht bewertet werden.

Kritisch wertet die Fachgruppe an diesem Auffälligkeitskriterium das Einschlusskriterium Alter, da Frauen über 54 Jahre den beschriebenen Zystentyp aufgrund der hormonellen Aktivität noch ausbilden können.

In den vergangenen Jahren wie auch 2010 war zum Indikator „Organerhalt bei Patientinnen mit benigner Histologie und Alter ≤ 40 Jahre“ in den Stellungnahmen immer wieder auch über die Fälle von Adnektomien/Ovarektomien bei Mamma-CA berichtet worden. Die Patientinnen weisen eine benigne Histologie auf und entsprechend werden die Fälle in den strukturierten Dialog einbezogen, obwohl hier eine spezielle Operationsindikation vorliegt, die mit der eigentlichen Intention des Indikators kaum vergleichbar ist (viele Patientinnen unterziehen sich wegen des erhöhten Risikos eines Ovarialkarzinoms präventiv dem Eingriff). Einige Abteilungen hätten ohne diese Fälle den Referenzbereich nicht unterschritten.

Der Bundesfachgruppe wurde daher vorgeschlagen, Patientinnen mit Brustkrebs aus dem Indikator aufgrund der sehr besonderen Indikationsstellung auszuschließen.

Für eine Abteilung stellt die Fachgruppe zu dem Indikator Dokumentationsmängel fest. Gemäß LQB-Beschluss können die Ergebnisse nicht bewertet werden. Die Ergebnisse der übrigen Häuser sind unauffällig.

Aufgrund von Dokumentationsfehlern ebenfalls nicht bewertet werden können die Ergebnisse eines anderen Hauses zu den Indikatoren „Organverletzungen bei Ovaryeingriffen“, „postoperative Histologie“ sowie „Konisation“. Es handelte sich überwiegend um leichte Referenzbereichabweichungen (Einzelfälle). Die Abteilung war in den vergangenen Jahren nicht durch Dokumentationsfehler aufgefallen.

Für den Leistungsbereich stellt die Fachgruppe insgesamt fest, dass den Ergebnissen zufolge insgesamt auf ein hohes Versorgungsniveau geschlossen werden kann. Erfreulich sei zudem der deutliche Rückgang quantitativer Referenzbereichabweichungen und festgestellter Dokumentationsfehler.

Sonderanfrage vom GBA:

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) erbat eine spezielle strukturierte Abfrage und Analyse von Kliniken mit Referenzbereichabweichungen bei Indikatoren zur Infektionsprophylaxe, so auch zum Indikator „Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie“. Für die Kliniken des Landes Bremen konnten keine numerischen Auffälligkeiten festgestellt werden, alle haben in allen oder nahezu allen Fällen eine Antibiotikaprophylaxe verabreicht und den Referenzbereich von mindestens 90% deutlich überschritten.

Sonderauswertung:

Auf Anregung aus der Fachgruppe wurde eine Sonderauswertung zu Lymphadenektomien bei Hysterektomien bzw. radikalen Hysterektomien und Patientinnen mit Endometriumkarzinom erstellt. In einer ersten Analyse konnte der Verdacht auf mögliche Unter- bzw. Überversorgung in dieser Patientinnengruppe nicht bestätigt werden. Da die Ergebnisse allerdings für eine stichhaltige Analyse nicht ausreichten und insbesondere Informationen zur Histologie fehlten, wurden die betroffenen Abteilungen auf freiwilliger Basis um Prüfung der Kongruenz zwischen prä- und postoperativer Histologie und stadiengerechter Operation gebeten. Die Beratungen sind noch nicht abgeschlossen.

Mammachirurgie (Modul 18/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1503

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung Patientinnen mit				
• tastbarer maligner Neoplasie	95,3%	97,3%	66,7-100%*)	≥ 90%
• nicht tastbarer maligner Neoplasie	91,7%	93,9%	0-100%*)	≥ 70%
Intraoperatives Präparateröntgen	96,3%	98,7%	90-100%	≥ 95%
Patientinnen mit HER-2/neu-Analyse	98,8%	99,6%	98,8-100%	≥ 95%
Patientinnen mit immunhistochemischer Hormonrezeptoranalyse	99,4%	99,7%	99,2-100%*)	≥ 95%
Angabe Sicherheitsabstand bei				
• BeT	97,7%	99,4%	97,6-100%	≥ 95%
• Mastektomie	96,3%	98,3%	66,7-100%*)	≥ 95%
Axilladisektion bei DCIS	2,4%	0%		≤ 5%
Anzahl Lymphknoten	92,4%	97%	92,3-100%*)	≥ 95%
Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	86,4%	92,2%	80,6-98,8%*)	≥ 76%
Indikation zur BeT	82,9%	78,7%	72,2-82,1%	≥ 71-≤ 93,7%
Meldung an Krebsregister	93,9%	99,2%	66,7-100%*)	≥ 95%
Zeitlicher Abstand Diagnose/OP	62,8%	61,3%	57-100%	≥ 40,1%

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

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- prätherapeutische histologische Diagnosesicherung
- intraoperatives Präparateröntgen
- Anzahl Lymphknoten
- Sicherheitsabstand bei Mastektomie
- Meldung an Krebsregister

Aus den Beratungen der Fachgruppe operative Gynäkologie für 2010:

Technische Probleme und eine Verkettung unglücklicher Umstände führten dazu, dass in einem Fall ein intraoperatives Präparateröntgen nicht wie geplant durchgeführt werden konnte. Negative Folgen ergaben sich für die Patientin hieraus nicht. Die Fachgruppe wertet die Ausführungen als nachvollziehbar und plausibel.

In zwei Häusern wurden in Einzelfällen weniger als die geforderten 10 Lymphknoten entnommen. Die Stellungnahmen haben belegt, dass es sich jeweils um therapeutische Dissektionen vergrößerter Lymphknoten und nicht um diagnostische gehandelt hat, so dass das Vorgehen als plausibel und nachvollziehbar eingestuft werden konnte.

Allgemein hat die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) die klassische Axilladisektion als Standardverfahren zur Ermittlung des Nodalstatus abgelöst.

Für das Land Bremen besteht bei bösartigen Erkrankungen eine Meldepflicht der Pathologen an das hiesige Krebsregister. Zusätzlich übermitteln Kliniken häufig auch weiterführende anamnestische und/oder Daten zu Therapie und Verlauf. Schwierigkeiten in der Datenzusammenführung ergeben sich mitunter bei länderübergreifenden Behandlungen (Wohnort: Niedersachsen, stationärer Aufenthalt: Bremen).

Ergebnisse zum Indikator „zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation“ können auch durch Umstände beeinflusst werden, die nicht von den Klinikabteilungen zu verantworten sind. So kann bspw. das Einholen von Zweitmeinungen zu einer verlängerten Zeitspanne zwischen Diagnosestellung und Operationsdatum führen.

Insgesamt wertet die Fachgruppe die Entwicklung der Ergebnisse des Leistungsbereiches als erfreulich.

Hüftgelenknahe Femurfraktur (Modul 17/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1243

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
Präoperative Verweildauer >48 h	9,9%	7,4%	2,8-100%	≤ 15%
Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Patienten mit				
• endoprothetischer Versorgung	99,6%	99,1%	97,1-100%	≥ 95%
• osteosynthetischer Versorgung	98,4%	98,7%	95,2-100%	≥ 93,5%
Gehfähigkeit bei Entlassung	3,9%	3,5%	0-11,6%	≤ 13,7%
Gefäßläsion oder Nervenschaden	0,1%	0,2%	0-0,6%	≤ 2%
Implantatfehl- lage, Dislokation oder Fraktur	1,1%	0,7%	0-2,2%	≤ 2%
Endoprothesenluxation	0,9%	0,4%	0-2,5%	≤ 5%
Postoperative Wundinfektion	1,2%%	0,9%	0-3,4%	≤ 5%
Allgemeine postoperative Komplikation	2,8%	2,9%	0-7,6%	≤ 7,7%
Reoperationen wegen Komplikation	3,1%	2,3%	0-5,9%	≤ 12%
Letalität bei				
• ASA 1-2	0,9%	1,3%	0-5,4%	nicht def.
• ASA 3	4,8%	4,2%	0-6,7%	nicht def.
• bei Pat. mit osteosynthetischer Versorgung	4,4%	2,9%	0-7%	≤ 10,5%
• bei Pat. mit endoprothetischer Versorgung	5,8%	5,9%	0-13,3%	≤ 13,5%

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- präoperative Verweildauer bei Schenkelhalsfraktur (Einzelfallabweichung)
- Implantatfehl- lage, Dislokation oder Fraktur (Einzelfallabweichung)

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie für 2010

Die auch im Gespräch vertieften Erläuterungen zu den Verläufen der zwei Patienten wurden von der Fachgruppe als plausibel und nachvollziehbar gewertet.

Die Bremer Ergebnisse zur präoperativen Verweildauer haben sich im Längsschnittvergleich kontinuierlich verbessert.

Insgesamt liefern die bremenweiten Ergebnisse nach Einschätzung der Fachgruppe keinen Hinweis auf qualitative Mängel.

Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (Modul 17/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1487

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
Indikation	92,8%	95,4%	0-98,5%*)	≥ 90%
Perioperative Antibiotikaphylaxe	99,6%	99,8%	90,9-100%*)	≥ 95%
Postoperative Beweglichkeit				
• nach Neutral-Null-Methode dokumentiert	95,8%	99%	0-100%*)	≥ 95%
• von mind. 0/0/70 Grad	98,3%	99%	88,9-100%*)	≥ 95%
Gehfähigkeit bei Entlassung	0,3%	0,3%	0-4,8%*)	≤ 1,7%
Gefäßläsion oder Nervenschaden	0,3%	0,4%	0-0,9%*)	≤ 2%
Implantatfehl- lage, -dislokation oder Fraktur	0,9%	0,8%	0-1,3%*)	≤ 2%
Endoprothesenluxation	0,3%	0%		≤ 5%
Postoperative Wundinfektion	0,5%	0,7%	0-2,7%*)	≤ 3%
Wundhämatome/Nachblutungen	1,1%	0,9%	0-4,3%*)	≤ 8 %
Allgemeine postoperative Komplikationen	1,1%	1,7%	0-50%*)	≤ 4,0%
Reoperation wegen Komplikation	1,6%	1,5%	0-4,9%*)	≤ 9%
Letalität	0,2%	0,4% (6 Fälle)	0-50%*)	sentinel event

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

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Indikation
- postoperative Beweglichkeit
- perioperative Antibiotikaphylaxe
- Gehfähigkeit bei Entlassung
- allgemeine postoperative Komplikationen
- Letalität
- Dokumentationsvollständigkeit ≤95%

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie für 2010:

Aufgrund von Dokumentationsmängeln können die Ergebnisse von einer Klinik zum Indikator „postoperative Beweglichkeit“ gemäß LQB-Beschluss nicht bewertet werden. Der Klinik wird zur unterjährigen Überprüfung der Dokumentationsqualität und Inplausibilitäten der Einsatz entsprechender Softwareprodukte empfohlen.

Die Ausführungen der anderen Kliniken zum Indikator werden als nachvollziehbar und plausibel gewertet.

Schwerpunktmäßig diskutiert wurden die Ergebnisse zum Indikator „Letalität“ in einer Klinik. Hier waren vier Patienten verstorben. Bei den durchgeführten Operationen handelt es sich um elektive Eingriffe. Die Fachgruppe unterstreicht, dass die Abwägung für oder gegen einen operati-

ven Eingriff stets zu treffen und bei Risikopatienten oftmals sehr schwierig ist. Einem erhöhten Operations- und Narkoserisiko steht eine Verbesserung von Lebensqualität, die durch Schmerzen und Bewegungseinschränkungen erheblich vermindert sein kann, gegenüber. Gleichwohl wird eine strenge Indikationsstellung für elektive Eingriffe betont.

Anhand der ausführlichen Informationen (zwei Stellungnahmen und ergänzender Obduktionsberichte) wurden die Krankheitsverläufe in der Fachgruppe umfassend und intensiv und unter Berücksichtigung verschiedener Aspekte wie Morbidität, Vorjahresergebnissen, Vergleich mit landesweiten Ergebnissen sowie Versorgungsschwerpunkten des Krankenhauses beraten. Abschließend stellt die Fachgruppe fest, die Ergebnisse im Folgejahr sehr sorgfältig zu beobachten. Zugleich wurde die Klinik aufgefordert, die Indikationsstellung für elektive Hüft-TEP-Eingriffe bei schwerkranken Patienten (ASA 3 und 4) kritisch zu reflektieren.

In zwei weiteren Krankenhäusern war je ein Patient verstorben. In den übermittelten Stellungnahmen wurden die Hintergründe zur Indikationsstellung und dem tragischen Verlauf der Patienten plausibel dargelegt, so dass die Ausführungen abschließend als nicht auffällig gewertet werden.

Wie auch in den vergangenen Jahren wird in den Beratungen auf Korrelationen zwischen langer Verweildauer aufgrund Rehabilitation in klinikeigener Geriatrie und dem Patientenoutcome hingewiesen.

Zu den übrigen Indikatoren kann die Fachgruppe keine Auffälligkeiten feststellen. In den meisten Fällen handelt es sich um Einzelfallabweichungen oder diskrete Überschreitungen der Referenzbereiche.

Dokumentationsvollständigkeit unter 95% war zumeist auf inkomplette Storni zurückzuführen, die insbesondere im Zusammenhang mit dem Wechsel auf einen anderen Datensatz auftreten können.

Der GBA erbat von allen Ländern spezielle strukturierte Abfragen und Analysen zu Referenzbereichabweichungen bei Indikatoren zur Infektionsprophylaxe und postoperativer Wundinfektion. Für die landbremischen Ergebnisse konnten keine Auffälligkeiten festgestellt werden. In zwei Fällen (Antibiotikaprophylaxe) wurde der Referenzwert um einen Einzelfall unterschritten, alle übrigen Ergebnisse der orthopädischen Module lagen innerhalb des Referenzbereiches.

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

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 200

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
Indikation	92,2%	94,5%	50-100%*)	≥ 79,3%
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	99,6%	100%		≥ 95%
Gefähigkeit bei Entlassung	1,4%	1,6%	0-50%*)	≤ 5,3%
Gefäßläsionen oder Nervenschaden	0,6%	0%		≤ 2%
Implantatfehl- lage, -dislokation oder Fraktur	2,0%	2,5%	0-11,1%*)	≤ 2%
Endoprothesenluxation	1,7%	3,5%	0-33,3%*)	≤ 10%
Postoperative Wundinfektion	2,9%	1%	0-3,8%*)	nicht def.
Wundhämatome/ Nachblutungen	2,7%	4%	0-22,2%*)	≤ 13%
Allgemeine postoperative Komplikationen	3%	4%	0-16,7%*)	≤ 10,9%
Reoperation wegen Komplikation	5,6%	6,5%	0-33,3%*)	≤ 16%
Letalität	1,5%	2,5% (5 Falle)	0-11,1%*)	sentinel event

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

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Indikation
- Gefähigkeit bei Entlassung
- Implantatfehl-
lage, Implantatdislokation oder Fraktur
- Endoprothesenluxation
- Reoperation wegen Komplikation
- allgemeine postoperative Komplikationen
- Wundhämatom/
Nachblutungen
- Letalität
- Dokumentationsvollständigkeit ≤95%

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie für 2010:

In einer Klinik werden Hüft-TEP-Wechsel-Eingriffe von zwei Abteilungen durchgeführt. Die Fallzahlen sind in diesem Leistungsbereich ohnehin schon sehr klein und werden durch eine Verteilung auf zwei Abteilungen nochmals reduziert. Nach Einschätzung der Fachgruppe wäre hier eine kritische Prüfung der Strukturen sinnvoll, ob im Sinne der Patientenversorgung die Expertise in einer Abteilung gebündelt werden könnte.

In den deutlich überwiegenden Fällen handelte es sich bei den Referenzbereichabweichungen um Einzelfallunter- bzw. -überschreitungen.

Die Fachgruppe stellt nach kritischer Beratung der Stellungnahmen fest, dass zu den Indikatoren kein Anhalt für qualitative Auffälligkeiten vorliegt. Die Landesergebnisse für Bremen werden insgesamt als erfreulich gewertet.

Von einem Haus waren drei Patienten als verstorben dokumentiert. Diskussionsergebnisse und Bewertung der Fachgruppe sind zum Leistungsbereich Hüft-TEP-Erstimplantation zusammengefasst. In dem Haus waren insgesamt sechs Patienten im Rahmen von Hüftgelenkserst- und -wechseloperationen verstorben (ein Patient wurde in beiden Leistungsbereichen erfasst).

In zwei weiteren Häusern war eine erhebliche akute Zustandsverschlechterung je eines Patienten eingetreten, beide waren an den Folgen ihrer Grunderkrankung verstorben. Die Hintergründe zu diesen tragischen Verläufen werden von der Fachgruppe als fachlich nachvollziehbar und plausibel gewertet.

Als Ursache für zu geringe Dokumentationsraten wurden inkomplette Storni ermittelt.

Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (Modul 17/5)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1322

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
Indikation	95,3%	97,3%	93,8-100% *)	≥90%
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	99,6%	99,9%	99,4-100% *)	≥95%
Postoperative Beweglichkeit				
• nach der Neutral-Null-Methode dokumentiert	97,5%	98,6%	75-100% *)	≥80%
• von mind. 0/0/90 Grad	88,1%	92,9%	66,7-96,4%*)	≥80%
Gehfähigkeit bei Entlassung	0,2%	0,2%	0-0,7% *)	≤1,4%
Gefäßläsion oder Nervenschaden	0,2%	0%		≤2%
Fraktur als intra- oder postoperative Komplikation	0,1%	0%		≤2%
Postoperative Wundinfektion	0,3%	0,3%	0-0,7% *)	≤2%
Wundhämatome/Nachblutungen	0,9%	1,3%	0-2,5% *)	≤8%
Allgemeine postoperative Komplikationen	1,4%	2,6%	0-3,3% *)	≤4,4%
Reoperation wegen Komplikation	1,3%	1,5%	0-2,9% *)	≤6%
Letalität	0,1%	0,1% (1 Fall)	0-0,4%*)	sentinel event

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

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- postoperative Beweglichkeit
- allgemeine postoperative Komplikationen
- Letalität

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie für 2010:

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

Leichte Abweichungen zum Indikator „postoperative Beweglichkeit“ waren für ein Haus zu verzeichnen. Hinweise auf qualitative Auffälligkeiten waren der Stellungnahme nicht zu entnehmen.

Von einer weiteren Klinik wird zum selben Indikator auf den Zusammenhang von postoperativem Bewegungsausmaß zur Entlassung bei verkürzten Verweildauern verwiesen. Die Fachgruppe, die diese Einschätzung teilt, kann keinen Anhalt für qualitative Mängel erkennen.

Die von einem Haus dargelegten Hintergründe zu dem Tod eines Patienten mit Verdacht auf Lungenembolie wurden von der Fachgruppe als nachvollziehbar und plausibel gewertet.

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

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 88

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
Indikation	98,7%	95,5%	62,5-100%*)	>=84,5%
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	99,6%	98,9%	93,8-100%*)	>=95%
Gehfähigkeit bei Entlassung	0,6%	0%		<=4,1%
Gefäßläsion oder Nervenschaden	0,3%	0%		<=2%
Fraktur als intra- oder postoperative Komplikation	0,5%	0%		<=4%
Postoperative Wundinfektion	1,1%	0%		nicht. def.
Wundhämatome/Nachblutungen	2,4%	4,5%	0-12,5%*)	<=15%
Allg. postoperative Komplikationen	1,9%	1,1%	0-6,3%*)	<=7,7%
Reoperation wegen Komplikation	3,1%	4,5%	0-12,5%*)	<=12%
Letalität	0,2%	0%		sentinel event

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

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- perioperative Antibiotikaprophylaxe
- Indikation
- Reoperation wegen Komplikation

Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie /Unfallchirurgie für 2010

Die Ergebnisse zu den Indikatoren „perioperative Antibiotikagabe“, „Indikation“ und „Reoperation wegen Komplikation“ werden von der Fachgruppe nach Beratung als qualitativ nicht auffällig gewertet.

Ein Haus hatte Unsicherheiten in der Modulzuordnung bei Spacher-Im- und -Explantationen berichtet. Ab 2012 wird auch der Spachereinbau der Dokumentationspflicht unterliegen.

Zu den Ergebnissen der übrigen Indikatoren konnte die Fachgruppe bremenweit keinen Hinweis auf Auffälligkeiten feststellen.

Pflege: Generalindikator Dekubitusprophylaxe

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 11246

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich	
Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die ohne Dek. aufgenommen wurden	• Pat. mit Dek. \geq Grad 2 bei Entlassung	0,7%	0,7%	0-1,5%	nicht def.
	• Pat. mit Dek. Grad 1-4 bei Entlassung	1,0%	0,9%	0-1,8%	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)	1,0	0,97	0-2,2	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)	1,0	0,89	0-1,7	nicht def.
	• Risikoadjustierte Rate nach log. Dekubitus-Score II	1,0%	0,9%	0-1,8%	$\leq 2,7\%$
Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 bei Pat. ohne Dekubitus bei Aufnahme	0,07‰	0‰	0‰	sentinel event	

Aus den Beratungen der Fachgruppe Pflege für 2010:

Nach den bundesweit geltenden Rechenregeln waren für die Kliniken im Land Bremen keine numerische Auffälligkeiten zu identifizieren. Wie auch in den vergangenen Jahren wurden allerdings bei dokumentierten Veränderungen des Dekubitusstatus bei Aufnahme und Entlassung um mindestens zwei Grad Stellungnahmen erbeten.

Darüber hinaus wurden – als „Pretest“ für die bundesweite Einführung ab 2011 – Anfragen zur Dokumentationsqualität versandt. Im Ergebnis wurden die Häuser erneut auf die Notwendigkeit einer sorgfältigen Erfassung aller erforderlichen Daten hingewiesen.

In der Stellungnahme eines Hauses vermisste die Fachgruppe kritische Reflexion und Darlegung resultierender Konsequenzen bei pflegerischen Problemen. In der Folge wurde mit der verantwortlichen Pflegekraft ein kollegiales Gespräch geführt, in dem das vom Haus neu eingeführte und sehr umfangreiche Konzept zur Verbesserung pflegerischer Versorgungsqualität ausführlich dargelegt und erörtert wurde (u. a. Konzept zur Dekubitusprophylaxe, regelmäßige Schulungen, Fallbesprechungen und Verbesserung der Patienteninformation sowie Maßnahmen zur Dekubi-

tusbehandlung). Das Konzept ist flankiert von einem straffen Zeitplan und Maßnahmen zur Evaluierung. Zwischen Haus und Fachgruppe wurde eine Zielvereinbarung getroffen, über deren Umsetzung regelmäßig berichtet wird. Erstmals wurden im November 2011 Ergebnisse vorgestellt.

Von zwei Kliniken forderte die Fachgruppe eine zweite Stellungnahme an, da die ursprünglich vorliegenden Ausführungen zur Bewertung der Versorgungsqualität nicht ausreichten. Die Ergebnisse werden für die kommenden Jahre sorgfältig beobachtet.

In einem kollegialen Gespräch wurden Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität dargelegt, die im vorangegangenen Jahr implementiert wurden, sich allerdings wegen zeitlicher Überschneidungen noch nicht vollständig in den Ergebnissen niedergeschlagen haben. Die Fachgruppe stellte abschließend fest, die Ergebnisse im Folgejahr sorgfältig zu begleiten.

In einem der nachgefragten Fälle hatte ein Patient ohne Dekubitus bei Aufnahme im Verlauf des Aufenthalts ein Dekubitalgeschwür Grad 3 entwickelt. Zu diesem Verlauf kam es vor allem, weil der Patient trotz umfangreicher Aufklärungsgespräche alle prophylaktischen Maßnahmen ablehnte. Ähnliche Situationen mangelnder Compliance sind auch in anderen Häusern bekannt. Es wird betont, dass in diesen Fällen alle Maßnahmen und Gespräche besonders sorgfältig zu dokumentieren sind.

Im vorvergangenen Jahr wurde mit einer Klinik eine Zielvereinbarung getroffen (Einführung eines Dekubitusmeldesystems). Der aktuelle Stand zu Umsetzung und Weiterentwicklung der vereinbarten Maßnahmen ist nach Einschätzung durch die Fachgruppe positiv zu werten.

Die Ergebnisse der übrigen Häuser zu den vorliegenden Auswertungen werden als gut eingeschätzt, die Stellungnahmen als nachvollziehbar und plausibel. Im Hinblick auf Dokumentationsfehler, die sich auch in der Risikoadjustierung niederschlagen, sollten die Ergebnisse zurückhaltend bewertet werden.

Ambulant erworbene Pneumonie (Modul Pneu)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 2248

Qualitätsindikator	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
Frühzeitige erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie				
• Alle Patienten	95,7%	95,6%	88,6-99,5%	≥95%
• Alle Patienten, die <u>nicht</u> aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	95,8%	95,9%	87,9-99,5%	nicht def.
• Alle Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	92,8%	82,4%	**)	nicht def.
Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden bei Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	94%	92,8%	87,7-97,7%	≥ 86,6%
Frühmobilisation				
• Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung der Risikoklasse 1 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind	94,3%	92,5%	74-100%	≥ 85,7%
• Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung der Risikoklasse 2 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind	88,7%	83,2%	74,2-95,7%	≥ 74,7%
Verlaufskontrolle CRP	97,1%	98,1%	93,7-100%	≥ 93,4%
Anpassung Diagnostik/Therapie				
• Patienten der Risikoklasse 2	96%	89,4%	64,5-100%*)	≥ 95%
• Patienten der Risikoklasse 3	96,8%	100%		≥ 95%
Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien	87,7%	85,5%	19,4-100%	≥ 95%
Klinische Stabilitätskriterien	98,9%	99,3%	97,1-100%	≥ 95%
Krankenhausletalität				
Alle Patienten	11,4%	14,4%	6,1-21,5%	≤ 17,6%
Davon Patienten der				
• Risikoklasse 1 nach CRB-65	2,3%	4,3%	0-8,6%	≤ 5,9%
• Risikoklasse 2 nach CRB-65	11,7%	14,2%	4,7-22,9%	≤ 18,1%
• Risikoklasse 3 nach CRB-65	31,6%	49,6%	33,3-75%*)	≤ 45,6%

*) 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)

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
- Frühmobilisation
- Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien
- Therapieeinstellung
- Überprüfung Diagnostik/Therapie
- Letalität
- Dokumentationsvollständigkeit $\leq 95\%$

Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Pneumonie für 2010:

Die Entwicklung der Ergebnisse zeigt eine positive Tendenz auf, z. T. erheblich. Diese Erkenntnisse sind z. T. auch den in den vergangenen Jahren getätigten Investitionen in Messgeräte und Schulungen der Mitarbeiter geschuldet. Mancherorts wird auch weiterhin Schulungsbedarf gesehen, um die korrekte und vollständige Dokumentation sicherzustellen.

Die stärksten Referenzbereichabweichungen sind immer noch zum Indikator „Bestimmung der Stabilitätskriterien bei Entlassung“ und „Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens“ zu verzeichnen.

Eine Klinik, deren Ergebnisse die Landesergebnisse zu diesen Indikatoren im Median und Mittelwert deutlich unterschreitet, wurde im Gespräch durch die Fachgruppe aufgefordert, Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten, die ein leitliniengerechtes Vorgehen und einen Anstieg der Ergebnisse sicherstellen. Die Fachgruppe unterstreicht die Notwendigkeit der diagnostischen Maßnahmen und verweist auf den Benefit für leitliniengerechtes Vorgehen, das in verschiedenen Studien belegt ist.

Für ein Haus fällt das rechnerische Ergebnis zum Indikator „Letalität“ im Vergleich zum Vorjahr signifikant höher aus. Dieser Anstieg ist insbesondere auf den zunehmenden Anteil hochbetagter und multimorbider Patienten zurückzuführen, der über dem landesweiten Durchschnitt liegt. In dieser Patientengruppe hat hier insbesondere die Rate der palliativ versorgten Patienten zugenommen. Die Erläuterungen wurden als nachvollziehbar und plausibel gewertet.

Dokumentationsfehler wurden zu den Indikatoren „Letalität“ (durch falsch dokumentierte Datenfelder zur Risikoadjustierung) sowie „Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien“ festgestellt und die Ergebnisse entsprechend dem Beschluss des Lenkungsausschusses Qualitätssicherung Bremen als nicht bewertbar eingestuft. Maßnahmen zur Sicherung der Dokumentationsvollständigkeit werden weiter intensiviert.

Die Ergebnisse von zwei Kliniken werden im Folgejahr besonders kritisch verfolgt, für die Ergebnisse der übrigen Indikatoren konnten keine Hinweise auf Auffälligkeiten festgestellt werden.

Als Ursache für eine Unterdokumentation wurden insbesondere inkomplette Storni von Datensätzen ermittelt.

Die Beratungen waren geprägt von sehr intensivem fachlichem Austausch und dem ernsthaften Bemühen um eine adäquate Versorgung der Patienten sowie dem Wunsch, das Instrument der externen stationären Qualitätssicherung sinnvoll zu nutzen und konstruktiv mit zu gestalten. So wurde zur Weiterentwicklung des Verfahrens der Bundesfachgruppe ein Vorschlag zur Differenzierung eines zentralen Datenfeldes nebst Auswertungskonzept übermittelt.

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 2010, gemäß Beschluss des Lenkungsausschusses Qualitätssicherung Bremen (LQB) vom 15. Januar 2008, die Ergebnisse einzelner Qualitätsindikatoren folgender Bremer Krankenhäuser nicht beurteilt werden:

- 1) Klinikum Bremen-Nord
- 2) Klinikum Links der Weser
- 3) St.-Joseph-Stift
- 4) Rotes-Kreuz-Krankenhaus
- 5) Klinikum Bremerhaven Reinkenheide
- 6) St.-Joseph-Hospital

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 Ist/Soll	Paracelsusklinik Ist/Soll	Klinikum Reinkenheide Ist/Soll	KH Am Bürgerpark Ist/Soll	St.-Joseph-Hospital Ist/Soll	Gesamt Ist/Soll
9/1	26/28	10/11	64/65	284/289	14/15	75/75	26/26	0/0	0/0	0/0	75/75	41/41	14/12	629/637
9/2	4/3	0/0	4/3	37/36	0/0	18/18	1/1	0/0	0/0	0/0	4/4	3/3	0/0	71/8
9/3	3/3	2/2	4/5	70/79	1/1	6/6	5/5	0/0	0/0	0/0	13/13	5/5	1/1	110/120
9/4	0/0	0/0	0/0	150/184	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	52/51	1/1	0/0	203/236
9/5	0/0	0/0	0/0	30/41	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	16/16	0/0	0/0	46/57
9/6	0/0	0/0	0/0	47/66	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	7/7	0/0	0/1	54/74
10/2	94/94	0/0	59/59	18/18	0/0	1/1	120/120	0/0	0/0	0/0	31/29	0/0	28/26	351/347
12/1	165/168	133/133	238/236	162/162	271/270	290/286	121/119	0/0	0/0	0/0	124/122	187/187	128/117	1819/1800
15/1	403/387	0/0	227/234	538/520	630/631	541/539	0/3	0/0	0/0	0/0	357/351	0/4	224/220	2920/2889
16/1	1093/1131	0/0	1195/1197	1905/1924	634/634	1416/1417	0/0	0/0	0/0	0/0	952/950	0/0	539/536	7734/7789
17/1	140/145	114/135	178/184	118/114	114/116	154/152	123/121	1/1	0/0	2/2	120/115	89/89	92/87	1245/1261
17/2	65/69	23/25	78/73	11/11	474/481	0/0	148/146	407/395	0/0	223/223	60/58	3/3	2/3	1494/1487
17/3	14/16	6/10	20/17	2/4	52/53	1/1	22/22	64/62	0/0	10/10	9/8	2/2	0/0	202/205
17/5	69/68	0/0	113/103	0/0	247/250	0/0	175/175	282/271	0/0	347/346	88/87	4/4	0/0	1325/1304
17/7	3/3	0/0	8/6	0/0	22/22	0/0	18/18	17/16	0/0	12/11	9/9	0/0	0/0	89/85
18/1	394/396	0/0	81/77	118/107	177/178	392/386	0/0	0/0	0/0	0/0	337/315	0/1	4/4	1503/1464
21/3	24/25	0/0	12/12	4397/4309	1/2	3/3	234/236	0/0	0/0	0/0	728/720	98/98	0/0	5497/5405
GI Dek	1761/1712	1095/1099	1249/1201	1239/1211	761/764	1380/1339	775/774	210/204	0/2	110/110	1202/1216	662/663	862/838	11306/11133
Neo	435/802	0/0	186/422	558/550	0/3	191/155	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	189/190	0/0	1559/2122
Pneu	197/211	249/283	300/291	140/147	204/216	207/202	188/190	0/0	0/0	0/0	211/205	185/190	367/361	2248/2296
Σ	4890/5261 99,9%*	1632/1698 96%	4016/4185 101,7%*	9824/9772 101,2%*	3602/3636 99,1%*	4675/4580 101,3%*	1956/1956 100%	981/949 103,4%	0/2 0%	704/702 100,3%	4395/4351 101%*	1469/1481 99,1%*	2261/2206 102,5%*	40405/40779 100,6%*

*: Die Leistungsbereiche Neonatologie und ICD (9/4-9/6) werden für das Verfahrensjahr 2010 In der Berechnung 2010 der Dokumentationsrate nicht berücksichtigt.

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