

# Externe Qualitätssicherung der Krankenhäuser im Land Bremen

2011

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
Begriffe, Abkürzungen, Zeichen .....	11
Hinweise zu den Auswertungen.....	15
<b>Aus den Fachgruppen</b>	
<b>Chirurgie</b>	
Karotis-Rekonstruktion.....	17
Cholezystektomie.....	18
<b>Geburtshilfe und Neonatologie</b>	
Geburtshilfe .....	20
Neonatologie .....	23
<b>Herzschrittmacher</b>	
Herzschrittmachererstimplantation .....	26
Herzschrittmacheraggregatwechsel .....	27
Herzschrittmacherexplantation/-revision.....	28
<b>Kardiologie</b>	
Koronarangiographie und perkutane Koronarintervention (PCI) .....	30
Implantierbare Defibrillatoren: Erstimplantation .....	33
Implantierbare Defibrillatoren: Aggregatwechsel.....	34
Implantierbare Defibrillatoren: Explantation/Revision.....	35
<b>Operative Gynäkologie</b>	
Gynäkologische Operationen.....	36
Mammachirurgie .....	38
<b>Orthopädie/Unfallchirurgie</b>	
Hüftgelenknahe Femurfraktur .....	40
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation.....	42
Hüft-Endoprothesenwechsel und -Komponentenwechsel.....	44
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation.....	47
Knie-Endoprothesenwechsel und -Komponentenwechsel.....	49
<b>Pflege</b>	
Generalindikator Dekubitusprophylaxe.....	50
<b>Pneumonie</b>	
Ambulant erworbene Pneumonie.....	52
<b>Anhang</b>	
Anhang I : Bewertung von Dokumentationsmängeln (LQB-Beschluss) .....	57
Anhang II: Krankenhäuser mit Dokumentationsauffälligkeiten .....	59
Anhang III: Datensatzvollständigkeit in Bremen.....	61
Anhang IV: Grundlagen der verpflichtenden externen stationäre Qualitätssicherung.....	63



## Einführung

Seit mittlerweile zehn Jahren informieren wir mit dem jährlich erscheinenden Bericht über das Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung – hier für das Land Bremen. Er richtet sich, wie auch in den vergangenen Jahren im Wesentlichen an die Fachöffentlichkeit, der wir hierüber Ergebnisse und wichtige Inhalte aus den Auswertungsberatungen übermitteln.

Zugleich soll der Bericht auch der interessierten Öffentlichkeit Gelegenheit bieten, sich über Verfahren, Ergebnisse und Erkenntnisse zu informieren.

Für die Ergebnisse auch aus dem Jahr 2011 waren in der Längsschnittbetrachtung in den Leistungsbereichen mehrheitlich positive Entwicklungen zu verzeichnen. Die Anzahl der an die Krankenhäuser gerichteten Anfragen variiert etwas zwischen den einzelnen Leistungsbereichen, sie befindet sich aber nach wie vor auf einem insgesamt stabilen Niveau.

Zur präziseren Einschätzung der Versorgungssituation wurden wichtige Erkenntnisse aus den Häusern und den Fachgruppenberatungen zu einigen neu eingeführten Qualitätsindikatoren vorab an die Bundesebene übermittelt. Die Kliniken hatten auch ohne offizielle Auslösung des strukturierten Dialoges das Anliegen, die Instrumente des Qualitätssicherungsverfahrens zu schärfen, durch ihr Engagement sehr unterstützt.

Weiterhin sehr erfreulich hat sich die Dokumentationsqualität in den Krankenhäusern entwickelt: Die Anwendung des Beschlusses vom Bremer Lenkungsausschuss Qualitätssicherung gemäß Bewertungskatalog vom Januar 2008 (s. a. Anhang I zu diesem Bericht) konnte für die Ergebnisbeurteilung 2011 erheblich reduziert werden.

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. 2011 wurden bundesweit erstmals die gegebenen Exportwege der Datenübermittlung im Echtbetrieb getestet. Die Erkenntnisse aus dieser Testphase fielen ernüchternd aus: Schnittstellen insbesondere in Datenannahme, Datensatzzusammenführung und Software haben bundesweit teils erhebliche Schwierigkeiten bereitet. Für 2012 wird derzeit mit Hochdruck an Optimierung von Strukturen und Prozessen gearbeitet.

Nach heutiger Einschätzung wird die sektorenübergreifende Qualitätssicherung ggf. ab 2014 mit den ersten Leistungsbereichen starten.

Auch die diesjährigen Fachgruppenberatungen zeichneten sich durch ein hohes Engagement ihrer Mitglieder aus, was sich u. a. in intensiven Beratungen und lebendigen Diskussionen als auch diversen Vorschlägen zur Weiterentwicklung des Verfahrens widerspiegelt.

Das Angebot an Vertreter des vertragsärztlichen Sektors, an den Fachgruppenberatungen der kardiologischen Leistungsbereiche teilzunehmen, wurde wie im vergangenen Jahr gut angenommen.

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

Unter [www.Gesundheit-HB.de](http://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 2012



## **Lenkungsausschuss Qualitätssicherung Bremen**

**Vorsitz:** Herr Olaf Woggan  
Stellvertr. Vorsitz: Herr Ralf-Peter Bahlo

### **Mitglieder:**

#### **AOK Bremen/Bremerhaven**

**Herr Olaf Woggan**  
Vertretung: Herr Uwe Schneider

#### **BKK-Landesverband Mitte, Landesvertretung Bremen**

**Herr Stephan Hartmann**  
Vertretung: n.n.

#### **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. Guido W. Kirchgesser**  
Vertretung: Herr Uwe Zimmer; Herr PD Dr. Uwe Neubauer

#### **Ärztammer Bremen**

**Frau Dr. Heidrun Gitter**  
**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

### Kardiologie

**Vorsitz: Herr Dr. Fiehn**, Klinikum Links der Weser  
Stellvertreter: Herr Dr. Wolthoff, Klinikum Bremerhaven Reinkenheide

### Operative Gynäkologie

**Vorsitz: Herr Dr. Kemnitz**, Klinikum Bremen-Mitte  
Stellvertreter: Frau Schickhaus, Klinikum Links der Weser

### Orthopädie/Unfallchirurgie

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

### Pflege

**Vorsitz: Frau Plötz**, Rotes-Kreuz-Krankenhaus  
Stellvertreterin: Frau Sentker, St.-Joseph-Stift

### Pneumonie

**Vorsitz: Herr Dr. Bösch**, Klinikum Bremerhaven Reinkenheide  
Stellvertreter: Herr Dr. Neumann, St.-Joseph-Stift

### 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



## Begriffe, Abkürzungen, Zeichen

### **APGAR (A**tmung, **P**uls, **G**rundtonus, **A**ussehen, **R**eflexe)

Bewertungsindex der Vitalzeichen für die Zustandsdiagnostik von Neugeborenen der in der 1., 5. und 10. Minute nach der Geburt gemessen wird. Pro Kriterium werden 0-2 Punkte vergeben, somit sind maximal 10 Punkte pro Erhebung möglich, optimal ist ein Ergebnis von 9-10 Punkten.

### **ASA (A**merican **S**ociety of **A**nesthesiologists)

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.

### **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 **C**onfusion)
- spontane Atemfrequenz  $\geq 30$  pro Minute (**R**espiratory rate)
- Blutdruck (systolisch  $< 90$  mmHg oder diastolisch  $\leq 60$  mmHg) (**B**lood pressure)
- Alter  $\geq 65$  Jahre

### **CRP (C**-reaktives **P**rotein 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 (C**ardiac **R**esynchronization **T**herapy; 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.

### **CTG (C**ardiotocography)

Verfahren zur gleichzeitigen Messung der Herztöne des Kindes und der Wehentätigkeit der Mutter während der Schwangerschaft

**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.

**DHC (Ductus hepatocholedochus)**

Hauptgallengang.

**EE-Zeit**

Zeit zwischen dem Entschluss zum Kaiserschnitt und der Entbindung.

**Episiotomie**

Dammschnitt (Geburtshilfe).

**ERCP (endoskopisch retrograde Cholangiopankratikographie)**

Methode zur Darstellung der Gallenwege, Gallenblase und des Pankreasganges bei der auch therapeutische Eingriffe (z.B. Entfernung eines Gallensteines) durchgeführt werden können.

**Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie**

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

**Ikterus**

Beschreibt eine Gelbfärbung von Haut, Schleimhäuten sowie Bindehaut des Auges in Folge einer erhöhten Konzentration von Bilirubin (Abbauprodukt des Blutfarbstoffes Hämoglobin) im Blut. Ikterus ist eine Symptom, das bei vielen Erkrankungen auftreten kann, z.B. bei Erkrankungen der Gallenwege.

**Ischämie**

Minderdurchblutung oder ein vollständiger Durchblutungsausfall eines Gewebes, z.B. durch Verschluss oder Verengung eines Gefäßes

**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 mit der Fachgruppe oder mit Vertretern aus der Fachgruppe ausführlich erläutert.

**Kontralateral**

Fachausdruck für: auf der gegenüberliegenden Seite befindlich

**MACCE (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Event)**

Schwere Komplikationen am Herzen oder im Gehirn, wie Herzinfarkt oder Schlaganfall nach Koronarintervention.

**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 def.“ (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.

**o/e**

Methode zur Risikoadjustierung von Ergebnissen. Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (observed/expectiv).

**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 (Neonatologie).

**PVL (Periventriculäre Leukomalazie)**

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

**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.

**Referenzbereich**

Richtwertbereich: Werte ober- bzw. unterhalb dieses Bereiches gelten als rechnerisch 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 rechnerische Auffälligkeit dar und bedarf automatisch der Abklärung. (Beispiel: Todesfälle während des stationären Aufenthaltes zum 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.

## **Hinweise zu den Auswertungen**

Im Folgenden sind die einzelnen Leistungsbereiche mit ausgewählten Qualitätsindikatoren und den jeweiligen Ergebnissen für 2011 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.





## Karotis-Rekonstruktion (Modul 10/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 311

Qualitätsindikator	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
<b>Indikationsstellung bei</b>				
• asymptomatischer Stenose (Anteil an Patienten mit Stenose $\geq 60\%$ )	97,6%	99,2%	98,3-100%*)	$\geq 85\%$
• symptomatischer Stenose (Anteil an Patienten mit Stenose $\geq 50\%$ )	98,7%	99,3%	83,3-100%*)	$\geq 90\%$
<b>Perioperative Schlaganfälle oder Todesfälle bei</b>				
• asymptomatischer Stenose (Stenose $\geq 60\%$ ) ohne kontralateralen Verschluss oder kontralaterale Stenose $\geq 75\%$ (NASCET)	1,1%	2,8 %	0-5,6%*)	nicht def.
• asymptomatischer Stenose (Stenose $\geq 60\%$ ) mit kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose $\geq 75\%$ (NASCET)	2,1%	0%		nicht def.
• symptomatischer Stenose mit Stenosegrad $\geq 70\%$ (NASCET)	2,7%	2,9%	0-5,7%*)	nicht def.
• symptomatischer Stenose (Stenosegrad von 50-69% (NASCET))	2,3%	0%		nicht def.
<b>Perioperative Schlaganfälle oder Tod</b>				
• alle Patienten	2,3%	2,9%	0-6,1%*)	nicht def.
• alle Patienten (o/e)	1,02	1,38	0-2,85*)	$\leq 3$
<b>Schwere Schlaganfälle oder Tod</b>				
• alle Patienten	4,4%	2,9%	0-6,1%*)	nicht def.
• alle Patienten (o/e)	1,1	2,9	0-6,4*)	$\leq 4,49$

\*) Bitte beachten: Die Spannweite bezieht auch Häuser  $\leq 20$  Datensätzen ein.

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- schwere Schlaganfälle oder Todesfälle an allen Patienten

### Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Chirurgie für 2011:

In zwei Häusern erlitten insgesamt vier Patienten postoperativ einen schweren Schlaganfall oder verstarben im Krankenhaus (Qualitätsindikator „Schwere Schlaganfälle oder Tod“). In einem Fall konnte ein Hirninfarkt zwar ausgeschlossen, aber dennoch keine eindeutige Todesursache gefunden werden. Ein weiterer Patient, der einen schweren Schlaganfall erlitt, konnte nach entsprechender Therapie in eine Frührehabilitationsmaßnahme verlegt werden.

In allen Fällen verweist die Fachgruppe auf die tragischen und schicksalhaften Verläufe. Eine Indikation für die Eingriffe war jeweils gegeben. Qualitative Mängel in der medizinischen Versorgung kann sie nicht feststellen.

Weitere rechnerische Auffälligkeiten liegen im Leistungsbereich Karotis-Rekonstruktion nicht vor.

## Cholezystektomie (Modul 12/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1898

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
<b>Cholezystektomie bei nicht erfüllten Indikationskriterien</b>	1,8%	0,7%	0-2,8%	≤5%
<b>Eingriffsspezifische Komplikationen</b>				
• Anteil von Patienten mit Verschluss oder Durchtrennung des DHC	0,1% (180 Fälle)	0,1% (2 Fälle)	0-0,6%	sentinel event
• Pat. mit mind. einer Komplikation bei laparoskop. begonnener OP	2,4%	2,3%	0-4,3%	≤6,0%
<b>Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen</b>				
• alle Patienten	3%	3%	0-4,9%	≤7,8%
• Pat. mit laparoskopisch begonnener Operation	2,1%	1,8%	0-3,2%	≤5,7%
• Pat. mit offen-chirurgischer Operation	15,8%	17,4%	0-44,4%*)	≤32%
<b>Reinterventionsrate</b>				
• alle Patienten	2%	2,1%	0-3,2%	nicht def.
• alle Patienten (o/e)	1,01	1	0-1,42	≤2,65
• Pat. mit laparoskopisch begonnener Operation	0,9%	1%	0-2,7%	nicht def.
<b>Sterblichkeit bei Patienten</b>				
• der Risikoklasse ASA 1- ASA 3	0,4%	0,4%	0-1,9%	nicht def.
• mit geringem Sterblichkeitsrisiko (risikoadjustiert)	0,1% (213 Fälle)	0,1% (2 Fälle)	0-0,6%	sentinel event

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

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus (DHC)
- Sterblichkeit bei geringem Sterblichkeitsrisiko
- allgemeine postoperative Komplikationen bei Patienten mit offen chirurgischer Operation

### Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Chirurgie für 2011:

Bei einem Patienten, der postoperativ durch einen posthepatischen Ikterus aufgefallen ist, zeigte sich in einer anschließend durchgeführten ERCP, dass der DHC nicht mehr durchgängig war. Der Abbruch des Ganges lag auf einer Höhe mit einem Clip, der während der Operation zur Blutstillung gesetzt wurde. Nach der operativen Entfernung des Clips normalisierte sich der Galleabfluss. Der weitere postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos.

Nach Einschätzung der Fachgruppe handelt es sich um einen nachvollziehbaren Einzelfall. Hinweise auf qualitative Mängel in der medizinischen Versorgung kann sie nicht erkennen.

Aufgrund technischer Probleme wurde in einem Fall ein fehlerhafter Datensatz übermittelt. Das Haus zeichnet sich ansonsten durch eine sehr sorgfältige QS-Dokumentation aus.

Zum neueingeführten Indikator „Letalität bei geringem Sterblichkeitsrisiko“ wurde von zwei Häusern je ein Fall vorgestellt. Die beiden multimorbiden Patienten sind trotz intensivmedizinischer Maßnahmen an den Folgen ihrer schweren Begleiterkrankungen verstorben.

Nach Ansicht der Fachgruppe lag in beiden Fällen eine Indikation für den Eingriff vor, die Einstufung beider Patienten in die ASA-Klassifikation 2 wird allerdings als zu gering eingeschätzt, so dass diese nicht den tatsächlichen Schweregrad der Beeinträchtigungen widerspiegelte. Es handelt sich nach Meinung der Fachgruppe jeweils um schicksalhaft verlaufene und plausibel dargelegte Einzelfälle. Hinweise auf qualitative Mängel in der Versorgung kann sie nicht feststellen.

Zum Indikator „allgemeine postoperative Komplikationen bei Patienten mit offen-chirurgischer Operation“ legen die zwei betroffenen Häuser umfassend und plausibel die schweren Verläufe der Patienten dar. Bei den bereits schwer erkrankten und zum Teil voroperierten Patienten musste bei akuter Symptomatik chirurgisch interveniert werden. In der Folge dieser Eingriffe und im Zusammenhang mit den Vorerkrankungen konnten die postoperativen Komplikationen wie Herz-Kreislaufprobleme, Lungenentzündung und Multiorganversagen nicht verhindert werden.

Die Fachgruppe stellt abschließend fest, dass für jeden Fall eine Indikation zur Operation vorlag. Einen Hinweis auf qualitative Auffälligkeiten in der Versorgung kann sie nach eingehender Erörterung für beide Häuser nicht erkennen.

Die Fachgruppe greift die Ergebnisse der Beratungen auf und verdeutlicht, dass das Risiko allgemeiner Komplikationen nach Cholezystektomie nach großer vorangegangener, zum Beispiel septischer Operation, steigt. Für die Bundesebene wird angeregt, diesen Sachverhalt auch differenziert im Auswertungskonzept zu berücksichtigen.

## Geburtshilfe (Modul 16/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 7705 (7879 Kinder)

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
<b>Antenatale Kortikosteroidtherapie</b> (bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen) unter Ausschluss von Totgeburten <ul style="list-style-type: none"> <li>• alle</li> <li>• mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens <u>einem</u> Kalendertag</li> <li>• mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens <u>zwei</u> Kalendertagen</li> </ul>	81,9% 91,7% 93,8%	85,6% 94,2% 98,3%	0-100%*) 80-100%*) 87,5-100%*)	nicht def. nicht def. ≥95%
<b>Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung</b> (in den ersten 24 h bei vorzeitigem Blasensprung innerhalb der 24+0 und 33+6 SSW)	72,7%	86,8%	0-100%*)	nicht def.
<b>Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung</b>	92,2%	97,3%	73,4-100%	≥90%
<b>EE-Zeit bei Notfallkaiserschnitt &gt; 20 Minuten</b>	1,2% (89 Fälle)	0%		sentinel event
<b>Bestimmung des Nabelarterien pH-Wertes</b>	99,1%	99%	98-99,6%	≥95%
<b>Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung</b>	0,2%	0,3%	0-0,5%	≤0,3%
<b>Anwesenheit des Pädiaters bei Frühgeburt</b> (Anteil lebend geborener Frühgeborener von 24+0 bis <35+0 SSW, bei denen ein Pädiater vor der Geburt eingetroffen ist)	95,3%	98,5%	50-100%*)	≥90%
<b>Kritisches Outcome bei Reifgeborenen</b>	<0,05% (178 Fälle)	0,04% (3Fälle)	0-0,2%	sentinel event
<b>Dammriss III./IV. Grades bei spontanen Einlingsgeburten (alle)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alle (o/e)</li> <li>• ohne Episiotomie</li> <li>• mit Episiotomie</li> </ul>	1,3% 0,94 1% 2,5%	1,5% 1,06 1,1% 2,7%	0,3-2,4% 0,25-1,9 0,3-2,1% 0,4-5,3%	nicht def. ≤2,25 nicht def. nicht def.
<b>Mütterliche Todesfälle</b>	<0,1‰ (27 Fälle)	0,1‰ (1 Fall)		sentinel event

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

<b>Sectio caesarea (Entbindungen per Kaiserschnitt im Land Bremen)</b>		
Bezogen auf alle Kinder =7879		
	<b>absolut</b>	<b>in%</b>
<b>Per Kaiserschnitt entbunden</b> (insgesamt)	<b>2606</b>	<b>33,1%</b>
<b>Kaiserschnitt war geplant</b> (= primäre <b>Sectio caesarea</b> )	<b>1091</b>	<b>13,8%</b>
<b>Entscheidung zum Kaiserschnitt fiel im Geburtsverlauf</b> (= sekundäre <b>Sectio caesarea</b> )	<b>1402</b>	<b>17,8%</b>
<b>Sectio caesarea</b> ohne nähere Angaben	<b>113</b>	<b>1,4%</b>

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- antenatale Kortikosteroidtherapie
- perioperative Antibiotikaphylaxe
- Azidose bei reifen Einlingen
- kritisches Outcome bei Reifgeborenen
- mütterlicher Todesfall

#### **Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Geburtshilfe/ Neonatologie für 2011:**

Die im Landesvergleich deutlich niedrigere Rate eines Hauses zu dem Indikator „perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindungen“ ist auf Dokumentationsmängel zurückzuführen. In der Regel haben die Mütter eine Antibiotikaphylaxe erhalten. Um eine gute Dokumentationsqualität sicherzustellen, hat das Haus bereits unterjährig Maßnahmen zur Verbesserung eingeleitet.

Gemäß Beschluss des Lenkungsausschusses Bremen (LQB) vom 15. Januar 2008 stellt die Fachgruppe aufgrund der Dokumentationsmängel fest, dass das Ergebnis des Hauses zu diesem Indikator nicht bewertbar ist.

Das Ergebnis eines Hauses zu dem Indikator „Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung“ wird vor dem Hintergrund der wiederholten rechnerischen Auffälligkeit von der Fachgruppe für dieses Jahr als qualitativ auffällig bewertet. Auch dieses Haus hatte unterjährig Verbesserungsmaßnahmen ergriffen, die sich allerdings zum Zeitpunkt der Auswertungserstellung noch nicht vollständig in den Ergebnissen niederschlagen konnten.

Weiterer Beratungsbedarf wurde zu dem Ergebnis eines anderen Hauses im selben Indikator gesehen und eine ergänzende Stellungnahme angefordert. Abschließend schätzt die Fachgruppe die Ausführungen des Hauses als schlüssig und plausibel ein und stellt nach eingehender Beratung fest, die Ergebnisse im Folgejahr sorgfältig zu prüfen.

Die ausführlich skizzierten Geburtsverläufe der Kinder eines weiteren Hauses, das ebenfalls zu diesem Indikator rechnerische Abweichung aufwies, werden nach kritischer Beratung als nachvollziehbar gewertet. Qualitative Mängel in der Versorgung dieses Hauses kann sie nicht feststellen.

In zwei Häusern wurden insgesamt drei Fälle mit „kritischem Outcome bei Reifgeborenen“ festgestellt. In einem Fall, bei dem die Geburt aufgrund einer Präeklampsie in der 38+3 SSW eingeleitet wurde, konnten angesichts mangelnder Kooperation der Mutter Kontrolluntersuchungen des Kindes nicht erfolgreich durchgeführt werden.

Bei einer Blutuntersuchung eines weiteren Kindes (bei pathologischem CTG) wurde unter der Geburt ein regelrechter pH-Wert gemessen. Für den späteren pH-Abfall ließ sich nachträglich eine eindeutige Ursache nicht mehr ermitteln.

Als ursächlich für das kritische Outcome eines anderen Kindes (Entbindung in 37+5 SSW per sekundärer Sectio bei pathologischem CTG) wird die verhältnismäßig kleine Plazenta, die zudem Zirkulationsstörungen aufwies, angenommen. Eine eindeutige Erklärung konnte auch nachträglich nicht gefunden werden.

Nach sorgfältiger Aussprache werden die Erläuterungen aller drei Fälle als schlüssig und nachvollziehbar von der Fachgruppe erachtet, sie wertet die Ergebnisse der Häuser abschließend als qualitativ unauffällig.

In einem Fall ist eine Mutter nach der Geburt an den Folgen einer Sepsis verstorben. Bei Verdacht auf ein Amnioninfektionssyndrom wurde das Kind per sekundärer Sectio entbunden, in dessen Folge die Mutter eine Sepsis entwickelte. Die antibiotische Therapie gestaltete sich aufgrund diverser Allergien auf Antibiotika und der Infektion mit einem therapieresistenten Keim frustan. Nach Auffassung der Fachgruppe ist der tragische Verlauf auch im Zusammenhang mit der schweren Grunderkrankung der Patientin zu betrachten, sie schätzt den Fall als einen schicksalhaften Einzelfall ein und hält nach kritischer Diskussion als Beratungsergebnis die Bewertung qualitativ unauffällig fest.

In einem Einzelfall wurde die gegebene Kortikosteroidtherapie nicht in der QS-Dokumentation dokumentiert.

## Neonatologie (Neo)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1674

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
<b>Sterblichkeit bei Risikolebendgeburten (<math>\geq 24+0</math> SSW)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>an allen Kindern</li> <li>an allen Kindern (o/e)</li> <li>an allen Kindern (ohne zuverlegte Kinder)</li> <li>an allen Kindern (ohne zuverlegte Kinder)(o/e)</li> <li>in den ersten 28 Lebenstagen (ohne zuverlegte Kinder)</li> <li>in den ersten 28 Lebenstagen (ohne zuverlegte Kinder) (o/e)</li> </ul>	0,8% 1 0,8% 0,99 0,6 0,99	1,9% 2,34 1,8% 2,32 1,6% 2,43	0-5,4% 0-2,88 0-5,3% 0-2,61 0-4,5% 0-2,96	nicht def. $\leq 2,07$ nicht def. $\leq 2,3$ nicht def. $\leq 2,61$
<b>Intra- und periventriculäre Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) (<math>\geq 24+0</math> SSW-<math>&lt;32+0</math> SSW)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>an allen Kindern</li> <li>an allen Kindern (o/e)</li> </ul>	4,6% 0,96	7,2% 1,51	0-14,3%*) 0-3,95*)	nicht def. $\leq 2,97$
<b>Zystische periventriculäre Leukomalazie (PVL) (<math>\geq 24+0</math> SSW-<math>&lt;32+0</math> SSW)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>an allen Kindern</li> <li>an allen Kindern (o/e)</li> </ul>	1,9% 0,87	0,8% 0,42	0-1,4%*) 0-0,62*)	nicht def. $\leq 3,42$
<b>Höhergradige Frühgeborenen-Retinopathie (<math>&gt;</math> Grad 2) (<math>\geq 24+0</math> SSW-<math>&lt;37+0</math> SSW)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>an allen Kindern</li> <li>an allen Kindern (o/e)</li> </ul>	3% 1,18	0% 0		nicht def. $\leq 4,29$
<b>Bronchopulmonale Dysplasie (<math>\geq 24+0</math> SSW-<math>&lt;32+0</math> SSW)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>an allen Kindern</li> <li>an allen Kindern (o/e)</li> </ul>	8,3% 0,97	5,5% 0,65	0-7,8%*) 0-0,92*)	nicht def. $\leq 2,36$
<b>Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie(HIE) (mit Asphyxie, <math>\geq 37+0</math> SSW)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>an allen Kindern</li> <li>inborn</li> <li>ohne Kühlung</li> </ul>	20,7% 15,7% 5,6% (106 Fälle)	21,4% 11,1% 3,6% (1Fall)	0-40%*) 0-25%*) 0-20%*)	$\leq 38,1%$ nicht def. sentinel event
<b>Sepsis/SIRS innerhalb 72 Stunden nach der Geburt (<math>\geq 24+0</math> SSW)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>an allen Kindern</li> <li>an allen Kindern (o/e)</li> </ul>	4,7% 0,9	3,6% 0,73	0,8-5,5% 0,17-1,15	nicht def. $\leq 3,07$

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
<b>Nosokomiale Infektionen (&gt;=24+0 SSW)</b>				
• Fälle pro 1000 Behandlungstage (BT)	1,3	1,6	0-3,7	nicht def.
• Fälle pro 1000 BT (o/e)	0,93	1,22	0-1,98	<=2,2
• Infektionen pro 1000 BT	1,6	2	0-4,6	nicht def.
• Infektionen pro 1000 BT (o/e)	0,91	1,25	0-1,98	<=2,38
<b>Pneumothorax (&gt;=24+0 SSW)</b>				
• an allen Kindern mit Beatmung	5,4%	3,6%	0-5,6%	nicht def.
• an allen Kindern mit Beatmung(o/e)	0,95	0,63	0-0,96	<=2,11
<b>Hörtest durchgeführt</b>	97,2%	96,2%	92,3-97,6%	>=95%
<b>Körpertemperatur bei Aufnahme (Kinder ohne HIE, &gt;=24+0 SSW)</b>				
• Temperatur <36 °C	4,2%	5,7%	2,4-7,4%	<=9%
• Temperatur >37,5°C	7,9%	6,4%	3-11,2%	<=16,5%

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

Die Grundgesamtheiten zu den Indikatoren enthalten nur Lebendgeborene ohne letale Fehlbildungen und beziehen zuverlegte Kinder nicht mit ein.

Um den Lesefluss nicht zu stören, sind nicht alle Einschlusskriterien zu den Grundgesamtheiten aufgeführt.

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten
- intra- und periventriculäre Hirnblutungen (Grad 3 oder PVH)
- hypoxisch-ischämische Enzephalopathie
- Dokumentationsvollständigkeit >=110%

Im Rahmen der Datenvalidierung:

- keine Angaben von intra- und periventriculären Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei Kindern mit einem hohen Risiko für dieses Ereignis

#### **Aus den Beratungen der Fachgruppe Geburtshilfe/Neonatologie für 2011:**

Rechnerische Abweichungen vom Referenzbereich zum Indikator „Sterblichkeit bei Risikolebendgeburten“ wiesen zwei Kliniken auf: Frühgeburtlichkeit (z.T. unterhalb der 26. SSW) zumeist in Verbindung mit schweren Fehlbildungen sowie sehr ernste Grunderkrankungen begründeten die schweren Verläufe, so dass intensiv-medizinische Maßnahmen leider frustriert verliefen.

Nach eingehender und sehr kritischer Auseinandersetzung stellt die Fachgruppe fest, dass es sich bei den geschilderten Fällen um Einzelfälle handelte, deren Verlauf schicksalhaft war. Die Hintergründe zu dem Krankheitsgeschehen wurden nachvollziehbar und plausibel dargelegt.

Eine schwere chromosomale Fehlbildung eines Kindes war im Datensatz nicht als letale Fehlbildung dokumentiert worden, so dass durch diesen Fall im Indikator „hypoxisch-ischämische Enzephalopathie“ ein strukturierter Dialog ausgelöst wurde. Bei korrekter Dokumentation wäre die-



ser Datensatz nicht in den Indikator eingeflossen. Nach eingehender Beratung bewertet die Fachgruppe das Ergebnis des Hauses als qualitativ unauffällig.

Als Ursache für die Hirnblutungen (Indikator „intra- und periventriculäre Hirnblutung (Grad 3 oder PVH)“) wurden vor allem Frühgeburtlichkeit und die korrespondierende maschinelle Beatmung – diese stellt ein grundsätzliches Risiko dar – ermittelt. Ein Fortschreiten der Hirnblutungen konnte trotz intensiver medizinischer Maßnahmen nicht verhindert werden.

Nach umsichtiger Befassung mit dem skizzierten Sachverhalt kann die Fachgruppe keine qualitativen Mängel in der Versorgung des Hauses erkennen.

Längere Transportwege bei Verlegungen stellen nach Erfahrungen von Fachgruppenmitgliedern insbesondere für Frühgeborene erhöhte Risiken, wie zum Beispiel Hirnblutungen, dar.

Im Rahmen der Datenvalidierung hat sich in einem von zwei Fällen der Verdacht auf Dokumentationsmängel bestätigt. In diesem Fall wurden die Angaben zur Schwangerschaftswoche falsch dokumentiert.

### **Todesfallkonferenz**

Auf Initiative der Bremer Neonatologen wurde vor sechs Jahren eine Todesfallkonferenz eingerichtet. Hier werden die Todesfälle von allen Kindern, die im ersten Lebensjahr in Bremer Kinderkliniken versterben, einer Einzelfallanalyse unterzogen und in einem Fachgremium unabhängig vom strukturierten Dialog beraten. Die Gruppe tagt etwa zweimal im Jahr, die Teilnahme ist freiwillig.

Neben der Verlaufsanalyse der Fälle des 2. Halbjahres 2010 und des Jahres 2011 lag aufgrund aktueller Ereignisse im Land Bremen ein Schwerpunkt der Beratungen im engagierten und intensiven fachlichen Austausch zu Abläufen des Hygieneregimes in den Häusern.

## Herzschrittmacher-Erstimplantation (Modul 9/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 609

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	96,1%	97,7%	87,8-100%*)	≥90%
Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	97%	97,3%	90-100%*)	≥90%
<b>Eingriffsdauer: Anteil Patienten mit Eingriffzeit bis</b>				
• 60 Minuten bei VVI	88,2%	79,9%	50-100%*)	≥60%
• 90 Minuten bei DDD	91,6%	87%	50-100%*)	≥55%
<b>Anteil Patienten mit Durchleuchtungszeit bis</b>				
• 9 Minuten bei Patienten mit VVI	94,1%	95,5%	85,7-100%*)	≥75%
• 18 Minuten bei Patienten mit DDD	97,6%	99,1%	95-100%*)	≥80%
<b>Perioperative Komplikationen</b>				
• chirurgische Komplikation	1%	0,7%	0-1,5%*)	≤2%
• Vorhofsendendislokation	1%	1,1%	0-7,1%*)	≤3%
• Ventrikelsendendislokation	0,7%	0,3%	0-1,6%*)	≤3%
<b>Intrakardiale Signalamplitude</b>				
• Vorhofsonden mit Amplitude ≥= 1,5 mV	92,2%	96,7%	90,9-100%*)	≥ 80%
• Ventrikelsonden mit Amplitude ≥= 4mV	98,8%	99,3%	87,9-100%*)	≥90%
<b>Sterblichkeit</b>	1,3%	1,8%	0-33,3%*)	nicht def.
<b>Sterblichkeit (o/e)</b>	1,03	1,26	0-7,36*)	≤3,99

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

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Leitlinienkonforme Indikationsstellung
- Sondendislokationen im Ventrikel
- Sondendislokationen im Vorhof
- Intrakardiale Signalamplitude (Ventrikelsonde)
- Sterblichkeit
- 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: 82

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
<b>Laufzeit Herzschrittmacheraggregat</b>				
• AAI oder VVI <4 Jahre	1,3% (53 Fälle)	0%		sentinel event
• AAI oder VVI >6 Jahre	91,8%	75%	**)	>=75%
• VDD oder DDD <4 Jahre	1% (111 Fälle)	0%		sentinel event
• VDD oder DDD >6 Jahre	84,6%	92,6%	**)	>=50%
• dokumentierte gültige Laufzeit	95,1%	80,5%	**)	>=90%
<b>Eingriffsdauer &lt;=60 Minuten</b>	97,6%	95,1%	**)	>=80%
<b>Chirurgische Komplikationen</b>	0,3%	1,2%	**)	<=1%
<b>Reizschwellenbestimmung</b>				
• Vorhofsonden	92,8%	96,4%	**)	>=80,7%
• Ventrikelsonden	95,9%	96,2%	**)	>=85%
<b>Amplitudenbestimmung</b>				
• Vorhofsonden	92,2%	96,9%	**)	>=77,8%
• Ventrikelsonden	95,7%	97,1%	**)	>=83,5%

\*\*\*) 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: 120

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
<b>Indikation zur Revision</b>				
• Taschenprobleme	0,8%	0,4%	0-2,2%	≤3%
• Sondenprobleme	3,3%	4,9%	2,2-13,6%	≤6%
• Infektion oder Aggregatperforation	0,5%	0,4%	0-2,2%	≤1%
<b>Perioperative Komplikationen</b>				
• chirurgische Komplikationen	0,9%	1,7%	0-16,7%*)	≤2%
• Vorhofsondendislokationen	1,2%	2,6%	0-100%*)	≤3%
• Ventrikelsondendislokationen	0,7%	0%		≤3%

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

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Indikation zur Revision: Chirurgische Probleme
- Indikation zur Revision: Sondenprobleme
- Indikation zur Revision: Infektionen
- Dokumentationsvollständigkeit ≤95%

### Aus den Beratungen der Fachgruppe Schrittmacher für 2011:

Drei Kliniken mit sehr geringen Mengen durchgeführter Herzschrittmacheroperationen weisen rechnerische Abweichungen in den Indikatoren „Sondendislokationen“ und „Sterblichkeit“ auf. Hinweise auf Mängel in der Versorgungsqualität kann die Fachgruppe nach eingehender Beratung der vorgestellten Fälle nicht erkennen.

Ein Haus hatte bereits unterjährig einen systematischen Dokumentationsfehler entdeckt und die Daten zur Leitlinienkonformität zwar entsprechend korrigiert, die überarbeiteten Datensätze anschließend allerdings nicht exportiert. Um die korrekte Datenübermittlung zukünftig sicherzustellen, wurden entsprechende Maßnahmen eingeleitet. In diesem Zusammenhang wird, wie auch schon in den Vorjahren, auf die Möglichkeit unterjähriger Cross-Checks der Daten anhand einer speziellen Software (z. B. QS-Monitor<sup>®</sup>) verwiesen.

Der vergleichsweisen hohen Raten an Sondendislokationen in einem Haus liegt der Fachgruppe zufolge kein qualitativer Mangel zu Grunde. Alle Sonden konnten rasch und problemlos revidiert werden.

Nach Einschätzung der Fachgruppe sollte grundsätzlich auch die Möglichkeit einer herstellerbezogenen Häufung in Betracht gezogen werden. Sonderauswertungen werden hierzu allerdings keine weitere Erkenntnisse liefern können, da die erhobenen QS-Daten nur allgemeine Informationen enthalten (bspw. aktive/passive Fixierung) und die Produktvielfalt wie z. B. unterschiedliche Sondentypen je Hersteller nicht abbilden.

Bei Verdacht auf Produktprobleme empfiehlt die Fachgruppe einen Hinweis an den Hersteller oder eine Meldung an das BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte).

Abgesehen von einem Haus erreichen alle Bremer Kliniken ein Ergebnis von 100% im Indikator „intrakardiale Signalamplituden (Ventrikelsonden)“. Die Fachgruppe hält den geforderten Wert für in der Regel gut erreichbar, da er mit 4 mV recht niedrig angesetzt ist.

In den vergangenen zwei Jahren hatte die Klinik hier unauffällige Werte aufgewiesen. Die Ergebnisse werden im kommenden Jahr sehr sorgfältig geprüft werden.

Zur zukünftigen Erhöhung der Datenvollständigkeit hat ein Haus mit Abweichungen im Indikator „nicht dokumentierte Laufzeit von implantierten Herzschrittmachern“ verschiedene Maßnahmen eingeleitet.

Die Analyse zu Abweichungen im Indikator „Sondenprobleme“ eines Hauses ergab, dass die meisten Eingriffe unter erschwerten Umständen stattfanden (schwierige anatomische Verhältnisse). Die Fachgruppe würdigt die ausführliche und kritische Stellungnahme und wertet die beschriebenen Eingriffe sowie die Korrekturen als angemessen und plausibel.

In der Konsequenz einmalig vertauschter Drähte wurden umgehend Maßnahmen zur zukünftigen Verhinderung dieser Komplikation eingeleitet: Nach Aggregatanschluss muss nun stets die korrekte Verdrahtung über eine Bewertung des Schrittmacher-EKGs bestätigt werden. Im Rahmen des Risikomanagements rät die Fachgruppe darüber hinaus dazu, Seriennummern stets genau zu prüfen und die Sondenmarkierungen möglichst lange liegen zu lassen. Die Fachgruppe plädiert in diesem Zusammenhang für eine eindeutige, einheitliche Handhabung durch herstellerunabhängige, einheitliche Markierungen der Sonden.

Auf einen technischen Defekt, der erst postoperativ erkannt werden konnte, lässt sich die Dislokation einer Sonde in einer weiteren Abteilung zurückführen. Zu einem zweiten Fall ließen sich die Hintergründe nicht eindeutig ermitteln. Die Revisionen erfolgten ohne Komplikationen. Die Fachgruppe wertet Ergebnisse und Ausführungen des Hauses als nachvollziehbar und plausibel, Hinweise auf Versorgungsmängel sind nicht erkennbar.

Die Verabreichung perioperativer Antibiotikaphylaxe in Form eines Single-Shots in den Bremer Kliniken hat sich nach den Erfahrungen der Fachgruppe sehr bewährt, eine Evidenz für diese präventive Maßnahme ist allerdings nicht bekannt.

Schwerpunktmäßig hatte die Fachgruppe grundsätzliche Probleme von Antikoagulantientherapien sowie Vor- und Nachteile verschiedener Therapieoptionen erörtert.

Da unter Gabe fraktionierter Heparine gelegentlich Taschenhämatome beobachtet wurden, gehen Abteilungen auch dazu über, unter strenger Indikationsstellung und engmaschiger PTT-Kontrolle postoperativ stattdessen Vollheparine über einen Perfusor (sofort oder am nächsten Tag) zu verabreichen.

Erstmals werden in den Auswertungen 2011 einige Indikatoren sowohl ratenbasiert als auch risikoadjustiert ausgewiesen. Die Fachgruppe begrüßt grundsätzlich die Darstellung der Ergebnisse anhand eines Risikoadjustierungsmodells (hier: beobachtete zu erwarteter Rate). Voraussetzung für eine seriöse Aussagekraft risikoadjustierter Ergebnisse sind ihrer Einschätzung zufolge sowohl sorgfältige und stichhaltige Auswahl der zugrunde gelegten Parameter als auch gute Dokumentationsqualität.

Besonders niedergeschlagen hat sich diese Änderung im Indikator „Letalität“: Entgegen der Vorjahre sind in diesem Jahr deutlich weniger Anfragen ergangen – die Ergebnisse wurden risikoadjustiert ausgewertet und der Referenzbereich angepasst.

Es ist davon auszugehen, dass die Module Herzschrittmacher mittelfristig über ein mehrstufiges Konzept auch sektorenübergreifend (also unter Einbeziehung auch niedergelassener Kardiologen) ausgerichtet sein werden.

## Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (Modul 21/3)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: Koronarangiografien (5708), PCI (2677)

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
<b>Indikation zur Koronarangiographie</b>				
• Ischämiezeichen	93%	91,5%	50-100%*)	≥80%
• Therapieempfehlung selten	40,3%	42,2%	31,7-100%*)	≥22,3%
• Therapieempfehlung häufig	40,3%	42,2%	31,7-100%*)	≤55,9%
<b>Indikation zur PCI</b>	3,6%	4,4%	0-100%*)	≤10%
<b>Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI</b>				
• mit Indikation akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24h	94,5%	94,7%	92,7-100%*)	≥85%
• alle PCI	94,1%	91%	75-100%*)	≥85%
<b>MACCE bei Patienten mit</b>				
• Koronarangiographie (ohne PCI)	1,2%	2,6%	1,2-45,5%*)	≤3,3%
• PCI	2,8%	4,2%	0-45,5%*)	≤6,1%
• Erst-PCI (bei ST-Hebungsinfarkt)	8,1%	6,8%	0-100%*)	≤15,6%
<b>In-Hospital-Letalität bei Patienten</b>				
• mit Koronarangiografie	1,1%	2,6%	2-45,5%*)	nicht def.
• mit Koronarangiografie (o/e)	1,09	1,02	0-3,14*)	≤2,59
• mit PCI	2,5%	4,1%	0-45,5%*)	nicht def.
• mit PCI (o/e)	1,03	1,36	0-6,19*)	≤2,21
• mit unvollständigen Angaben zu Diabetes mellitus oder Niereninsuffizienz	1,8%	0,1%	0-0,5%*)	nicht def.
<b>Durchleuchtungsdauer (Median) bei</b>				
• Koronarangiografie	2,9 Min.	2,5 Min.	1,5-7 Min.*)	≤5 Min.
• PCI	9 Min.	7,8 Min.	4,3-11,2 Min.*)	≤12 Min.
<b>Flächendosisprodukt (Fdp)</b>				
• Koronarangiographien mit Fdp >3500 cGy*cm <sup>2</sup>	29,9%	27,1%	8,3-40,2%*)	≤57,1%
• Isolierte PCI mit Fdp >6000 cGy*cm <sup>2</sup> (ohne Einzeitig-PCI)	32,5%	28,7%	28,2-100%*)	≤67,3%
• Einzeitige-PCI mit Fdp >8000 cGy*cm <sup>2</sup>	27,5%	18,3%	0-30%*)	≤56,8%
• FdP nicht bekannt	0,5%	0,9%	0-44,2%*)	≤2,1%
<b>Kontrastmittelmenge (Median)</b>				
• Koronarangiographie	90 ml	80 ml	67,5-95 ml*)	≤150 ml
• alle PCI (ohne Einzeitig-PCI)	130 ml	112 ml	100-155 ml *)	≤200 ml
• Einzeitig-PCI	170 ml	130 ml	60-157,5 ml *)	≤250 ml

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

#### Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- MACCE
- In-Hospital-Letalität
- Flächendosisprodukt nicht bekannt
- Indikation zur Koronarangiographie: Therapieempfehlung
- Durchleuchtungszeit bei PCI

Im Rahmen der Datenvalidierung:

- Datenvalidierung: Indikation zur Koronarangiographie

#### **Aus den Beratungen der Fachgruppe Kardiologie für 2011:**

Die Ausführungen eines Hauses zum Indikator „Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie“ liefern nach Einschätzung der Fachgruppe keinen Hinweis auf Auffälligkeiten, zumal es sich nur um eine diskrete Referenzbereichsabweichung handelte.

Ein Haus, das PCI/Koronarangiographien andernorts als Verbringungsleistung durchführen lässt, weicht in seinen Ergebnissen zum Indikator "Flächendosisprodukt nicht bekannt" deutlich vom bundesweiten Referenzbereich ab. Den Erfahrungen der Fachgruppenmitglieder zufolge werden bei Verbringungsleistungen die nötigen Informationen von den Leistungserbringern stets übermittelt. Sofern dies nicht geschehe, ist es Aufgabe der Klinik, diese Informationen in jedem Falle nachzufordern. Das Haus wird von der Fachgruppe aufgefordert, zukünftig die Daten aus den Patientenakten in die QS-Software zu übertragen.

Hausintern wurden bereits Maßnahmen zur Verbesserung der Strukturqualität in diesem Zusammenhang eingeleitet. Die Ergebnisse der übrigen Häuser weisen im Indikator eine Rate von 0% auf.

Abschließend stellt die Fachgruppe fest, die Ergebnisse des Hauses im kommenden Jahr mit besonderer Sorgfalt zu beobachten.

Laut einem Auffälligkeitskriterium im Datenvalidierungsverfahren ist die Validität von jenen Ergebnissen zu prüfen, bei denen alle Patienten mit Indikation zur Koronarangiographie Ischämiezeichen aufweisen. Zu diesem Validierungsinstrument wird seitens der Fachgruppe gewisses Unverständnis geäußert, da diese Prozedur einer strengen Indikationsstellung unterliegt und nur bei klarer Indikationsstellung veranlasst werden sollte (hier: Vorliegen von Ischämiezeichen, also verminderter Durchblutung der Herzkranzgefäße).

Die Prüfung der Daten einer Bremer Klinikabteilung hat den Verdacht auf Dokumentationsfehler nicht bestätigt. Nach Einschätzung auch der Fachgruppe hatte die Symptomatik die Indikationsstellung klar begründet.

Zu Ergebnissen und Stellungnahmen dreier Häuser bei den Indikatoren MACCE und Sterblichkeit kann die Fachgruppe keinen Hinweis auf Versorgungsmängel identifizieren. Wie auch in den vergangenen Jahren wird auf die besonderen Zusammenhänge von Ergebnissen im Rahmen von Verbringungsleistungen zu den beiden Indikatorengruppen und mangelnder statistischer Signifikanz bei geringen Fallzahlen hingewiesen. Die Grundgesamtheiten der Kliniken mit rechnerischen Abweichungen weisen durchschnittlich weniger als 12 Fälle auf.

Abhängig von den Kapazitäten der Kliniken mit kardialen Schwerpunkt werden in Bremen Patienten mit akuter und lebensbedrohlicher Symptomatik oftmals zunächst auch von Krankenhäusern ohne kardiologischen Schwerpunkt zur Stabilisierung und Primärversorgung aufgenommen und daraufhin zur weiteren Diagnostik verbracht. Diese schwerstkranken Patienten mit Indikation zu sofortiger Akutintervention (bei kardiogenem Schock etc.) werden nach Versorgung in externen Herzkatheterlaboren in der Regel in die verbringenden Kliniken zurückverbracht.

Als ebenfalls nachvollziehbar und plausibel wertet die Fachgruppe die Ausführungen eines weiteren Hauses zu verlängerten Durchleuchtungszeiten bei PCI und Koronarangiographie.

An den Beratungen nahm ein Leistungserbringer aus dem vertragsärztlichen Sektor als Gast teil.



## Implantierbare Defibrillatoren: Erstimplantation (Modul 9/4)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 202

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
Leitlinienkonforme Indikationsstellung	90,6%	95,5%	***)	≥90%
Leitlinienkonforme Systemwahl	87,3%	91,5%	***)	≥90%
Defibrillator-Testung	61,8%	84,9%	***)	nicht def.
<b>Eingriffsdauer</b>				
• bis 75 Min. bei VVI	90,5%	87,1%	***)	≥60%
• bis 105 Min. bei VDD und DDD	88,7%	70%	***)	≥55%
• bis 240 Min. bei CRT-System	98,1%	92,4%	***)	≥90%
<b>Durchleuchtungszeit</b>				
• bis 9 Min. bei VVI	92,9%	91,4%	***)	≥75%
• bis 18 Min. bei VDD und DDD	93,3%	92,5%	***)	≥80%
• bis 60 Min. bei CRT-System	96,5%	84,8%	***)	≥90%
<b>Intraoperative Amplitudenbestimmung bei</b>				
• Vorhofsonden	99,3%	97,1%	***)	≥95%
• Ventrikelsonden	99,5%	99,5%	***)	≥95%
<b>Perioperative Komplikationen</b>				
• chirurgische Komplikationen	1,1%	0%		≤4,5%
• Vorhofsondendislokation/ -dysfunktion	0,5%	0%		≤3,1%
• Ventrikelsondendislokation/ -dysfunktion	0,7%	0%		≤3,9%
<b>Sterblichkeit</b>	0,6%	0,5%	***)	nicht def.
<b>Sterblichkeit (o/e)</b>	1,02	0,87	***)	≤5,52

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

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Durchleuchtungszeit bis 60 Minuten
- Signalamplitudenbestimmung
- Sterblichkeit

## Implantierbare Defibrillatoren: Aggregatwechsel (Modul 9/5)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 45

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
<b>Laufzeit &lt; 3 Jahre von</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• VVI</li> <li>• VDD und DDD</li> <li>• CRT-System</li> </ul>	1,8%	0%		nicht def.
	2%	0%		nicht def.
	2,6%	0%		nicht def.
<b>Defibrillator-Testung</b>	41,1%	54,5%	***)	nicht def.
<b>Eingriffsdauer ≤75 Min.</b>	94,4%	97,8%	***)	≥80%
<b>Reizschwellenbestimmung bei</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorhofsonden</li> <li>• Ventrikelsonden</li> </ul>	97,2%	80%	***)	≥95%
	98,3%	94%	***)	≥95%
<b>Signalamplitudenbestimmung bei</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorhofsonden</li> <li>• Ventrikelsonden</li> </ul>	97,3%	86,7%	***)	≥95%
	93,4%	89,4%	***)	≥95%
<b>Chirurgische Komplikation</b>	0,4% (28 Fälle)	0%		sentinel event
<b>Sterblichkeit</b>	0,2% (15 Fälle)	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, Ventrikel
- Signalamplitudenbestimmung Vorhof, Ventrikel

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

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 61

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
<b>Indikation</b>				
• Taschenprobleme	1,6%	0%	***)	≤6,6%
• Aggregatprobleme	2,9%	3,6%	***)	≤7,9%
• Sondenprobleme	11,8%	16,6%	***)	≤24,6%
• Infektion	1,8%	1,6%	***)	≤6,9%
<b>Defibrillator-Testung</b>	41,8%	56,4%	***)	nicht def.
<b>Reizschwellenbestimmung</b>				
• Vorhofsonden	98,7%	94,1%	***)	≥95%
• Ventrikelsonden	98,9%	100%		≥95%
<b>Signalamplitudenbestimmung bei</b>				
• Vorhofsonden	98,7%	94,1%	***)	≥95%
• Ventrikelsonden	99,1%	100%		≥95%
<b>Perioperative Komplikation</b>				
• chirurgische Komplikation	1,5%	1,6%	***)	≤7,6%
• Vorhofsondendislokation, -dysfunktion	0,7%	0%		≤11,1%
• Ventrikelsondendislokation, -dysfunktion	0,7%	2,1%	***)	≤4,8%
<b>Sterblichkeit</b>	1,3%	0%		nicht def.
<b>Sterblichkeit (o/e)</b>	0,72	0		≤4,07

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

### Aus den Beratungen der Fachgruppe Kardiologie für 2011:

Bei den Stellungnähmeanfragen handelte es sich zumeist um diskrete Referenzbereichsabweichungen. Im Vergleich zu den Ergebnissen des Vorjahres ist die Zahl der rechnerischen Abweichungen rückläufig.

Erhöhte Durchleuchtungszeiten bei CRT-Systemen in einer Abteilung waren insbesondere auf schwierige anatomische Verhältnisse und intraoperative Komplikationen, die in der Folge längere Durchleuchtungszeiten wie auch verlängerte Operationszeiten erforderten, zurückzuführen. Ergebnisse und Stellungnahme hierzu sowie zu drei weiteren Indikatoren mit diskreten Abweichungen (Einzelfälle) schätzt die Fachgruppe als nachvollziehbar und plausibel ein, Hinweise auf qualitative Auffälligkeiten sind nicht erkennbar.

Für ein anderes Haus wurde nach Auffassung der Fachgruppe plausibel und nachvollziehbar dargelegt, dass sowohl Reizschwellen als auch Amplituden gemessen wurden. Die abweichenden Ergebnisse sind insbesondere auf einen Systemfehler zurückzuführen: In der Annahme einer späteren Exportfrist der Daten wurden Korrekturen nicht mehr rechtzeitig übermittelt. Dies betrifft auch Ergebnisse zum Indikator Durchleuchtungszeit.

Zu den übrigen Ergebnissen kann die Fachgruppe keinen Hinweis auf Versorgungsmängel erkennen.

Wie auch im vergangenen Jahr nahm ein Vertreter aus dem vertragsärztlichen Sektor als Gast an den Beratungen teil.

## Gynäkologische Operationen (Modul 15/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 2879

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
<b>Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>alle Patientinnen</li> <li>Pat. ohne Karzinom, ohne Endometriose und ohne Voroperation im gleichen OP-Gebiet</li> </ul>	0,2% 0,1% (45 Fälle)	0% 0%		≤1,4% sentinel event
<b>Organverletzungen bei Hysterektomie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>alle Patientinnen</li> <li>Pat. ohne Karzinom, ohne Endometriose und ohne Voroperation im gleichen OP-Gebiet</li> </ul>	1,5% 1%	1,9% 1%	1,1-2,8% 0-2,7%	≤3,9% ≤3,6%
<b>Fehlende postoperative Histologie bei Ovarieingriffen</b>	1,6%	1,3%	0-2,9%*)	≤5%
<b>Indikation bei Ovarieingriffen</b> (Pat. mit Follikel- bzw. Corpus-Luteum-Zyste oder Normalbefund)	15,8%	10,9%	0-40%*)	≤20%
<b>Organerhaltung bei Ovarieingriffen</b>	90,1%	92,9%	87,5-96,7%	≥75%
<b>Konisation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>fehlende Malignitätskriterien</li> <li>fehlende Histologie</li> </ul>	4,1% 0,6%	4,3% 0%	0-50%*)	≤15,5% ≤5%
<b>Antibiotikaphylaxe bei Hysterektomie</b>	96,7%	98,9%	97,4-100%	≥90%
<b>Indikation bei Hysterektomie (Pat. o. malignen Befund und Alter ≤35 Jahre)</b>	2,2%	1,1%	0-3%	≤2,5%

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

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Indikation bei Ovarieingriffen
- Indikation bei Hysterektomie

Im Rahmen der Datenvalidierung:

- keine Organverletzungen bei Patientinnen mit laparoskopischem oder laparoskopischem-/abdominellen Zugang und einer postoperativer Verweildauer über 5 Tage

### Aus den Beratungen der Fachgruppe operative Gynäkologie für 2011:

Die Ergebnisse zu diesem Leistungsbereich bewegen sich nach Einschätzung der Fachgruppe auf stabil hohem Niveau. Lediglich zu den Indikatoren „Indikation zu Ovarieingriffen“ und „Hysterektomie bei Patientinnen unter 35 Jahren und ohne malignen Befund“ sind leichte Abweichungen zu verzeichnen.

Die Erläuterungen von zwei Häusern zur Indikation von Hysterektomien sind nach Ansicht der Fachgruppe plausibel und nachvollziehbar dargelegt. Hinweise auf qualitative Auffälligkeiten kann sie nicht erkennen.

Die Fachgruppe betont, dass dieser Eingriff nicht zwangsläufig bestehende Symptomatiken lindert und folglich nicht immer die optimale Therapie darstellt, dennoch halten einige Patientinnen in der Erwartung auf eine Reduzierung ihrer Beschwerden auch entgegen ärztlicher Beratung an diesem Eingriff fest.

Drei Häuser hatten nach Auffassung der Fachgruppe in ihren Stellungnahmen die Hintergründe zu den Ergebnissen im Indikator „Indikation bei Ovar eingriffen“ plausibel und nachvollziehbar darlegen können.

Im Rahmen der Datenvalidierung wurde die Dokumentationsgenauigkeit der Datensätze von „Patientinnen ohne Organverletzungen und postoperativem Aufenthalt über 5 Tage“ geprüft.

Für alle drei angeschriebenen Kliniken im Land Bremen hatte die Recherche ergeben, dass die Fälle korrekt dokumentiert worden waren. Bei komplikationslosem Verlauf erfolgt die Entlassung in den Bremer Kliniken nach den beschriebenen Eingriffen in der Regel am 6. postoperativen Tag. Somit ist der im Auffälligkeitskriterium (AK) angegebene Entlasszeitpunkt oberhalb von 5 Tagen der Einschätzung der Fachgruppe zufolge nach zu knapp gefasst.

Um die Sensitivität für dieses Kriterium zu erhöhen, erging ein Vorschlag an die Bundesfachgruppe, den Entlasszeitpunkt anzuheben.

Die Ergebnisse zu den übrigen Indikatoren werden als qualitativ unauffällig gewertet.

## Mammachirurgie (Modul 18/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1452

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
<b>Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung:</b> Patientinnen mit				
• tastbarer maligner Neoplasie	95,9%	97,5%	50-100%*)	≥90%
• nicht tastbarer maligner Neoplasie	93%	95,5%	91,9-100%*)	≥70%
<b>Intraoperatives Präparateröntgen</b>	96,6%	100%		≥95%
<b>Patientinnen mit HER-2/neu-Analyse</b>	99%	99,4%	98,1-100%*)	≥95%
<b>Patientinnen mit immunhistochemischer Hormonrezeptoranalyse</b>	99,5%	99,9%	99,6-100%*)	≥95%
<b>Angabe Sicherheitsabstand bei</b>				
• BeT	97,8%	97,8%	95,5-100%	≥95%
• Mastektomie	96%	98,2%	94,3-100%*)	≥95%
<b>Axilladisektion bei DCIS</b>	2%	0%		≤5%
<b>Lymphknotenentnahme bei DCIS und BeT</b>	21,5%	11,8%	0-18,2%*)	nicht def.
<b>Mehr als 10 entfernte Lymphknoten bei Lymphknotenbefall</b>	89,8%	93,9%	77,4-100%*)	nicht def.
<b>Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie</b>	88,6%	94,2%	80,3-100%*)	≥76,9%
<b>Indikation zur BeT</b>	83,4%	79,5%	68,9-87,4%*)	≥70,1- ≤94,7%
<b>Meldung an Krebsregister</b>	96,1%	99,3%	98,4-100%*)	≥95%
<b>Zeitlicher Abstand Diagnose/OP</b>	64,1%	67%	0-70,8%	≥42%

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

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

### Aus den Beratungen der Fachgruppe operative Gynäkologie für 2011:

Die Fachgruppe stellt fest, dass den Ergebnissen zufolge auf ein hohes Versorgungsniveau geschlossen werden kann. Erfreulich sei zudem der deutliche Rückgang festgestellter Dokumentationsfehler. Auch haben sich die Ergebnisse zu den Sicherheitsabständen bei BeT und Mastektomie sehr positiv entwickelt, was auch dem intensiven Austausch mit den Pathologen über die Jahre zu danken ist. Für 2011 wurde lediglich für ein Haus eine diskrete Abweichung des Referenzbereiches zum Sicherheitsabstand bei BeT festgestellt. Weitere rechnerische Auffälligkeiten wurden für diesen Leistungsbereich nicht ermittelt.

Neu eingeführt wurde der Indikator „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“. Nach Auffassung der Bundesfachgruppe sollte die Indikation für ein axilläres Staging in dieser Patientinnengruppe sehr streng gestellt werden, da bei einem DCIS eine axilläre Metastasierung nicht zu vermuten ist. Um die Hintergründe für die bundesweit vergleichsweise hohen

Raten einer genauen Analyse unterziehen zu können, wurde mit Kliniken oberhalb einer Rate von 5% ein strukturierter Dialog geführt, obwohl derzeit kein Referenzbereich definiert ist.

Die zwei ermittelten Häuser konnten in ihrer Stellungnahme sehr stichhaltig und plausibel Hintergründe und Indikationsstellung für die Sentinel-Node-Biopsien erläutern. In allen Fällen konnte präoperativ aufgrund der Größe, unklarer histologischer oder Befunde aus bildgebenden Verfahren mögliche invasive Anteile nicht ausgeschlossen werden. In zwei Fällen wurde der Eingriff durchgeführt, um Patientinnen mit erhöhtem Narkoserisiko und suspekten Befunden eine möglicherweise anstehende zweite Operation zu ersparen.

Die Fachgruppe kann für beide Häuser keinen Hinweis auf Versorgungsmängel erkennen und unterstreicht, dass beide Kliniken sich in ihrem Handeln nach den aktuellen AGO-Empfehlungen (Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie) gerichtet haben.

Auch gibt die Fachgruppe zu bedenken, dass mit zunehmender Größe eines DCIS die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens invasiver Anteile steigt und weist daraufhin, dass eine zu streng gestellte Indikation für eine Lymphknotenentnahme die Gefahr birgt, eine mögliche Invasivität zu übersehen. Sie plädiert im Patientinneninteresse tendenziell für eine großzügigere Indikationsstellung.

Insgesamt erscheint der Fachgruppe der geplante Referenzbereich von  $\leq 5\%$  als zu knapp gefasst. Die Bremer Fachgruppe regt an, den bundesweiten Referenzbereich anzuheben.

Darüber hinaus ist nach Einschätzung der Fachgruppe die statistische Signifikanz der Ergebnisse aufgrund der sehr kleinen Grundgesamtheiten kritisch zu betrachten. Obwohl beide Kliniken zertifizierte Brustzentren sind und ein entsprechend hohes Fallvolumen aufweisen, haben sie in dem Indikator mit 2 bzw. 4 Fällen bereits eine Rate oberhalb 14% erreicht.

Perspektivisch geht die Fachgruppe davon aus, dass in absehbarer Zukunft die Durchführung von Lymphadnektomien nicht mehr empfohlen wird und nötige Befunde über andere Verfahren gewonnen werden.

Die übrigen Ergebnisse im Leistungsbereich werden als qualitativ unauffällig gewertet.

## Hüftgelenknahe Femurfraktur (Modul 17/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1221

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
Präoperative Verweildauer >48 h	9,6%	8,6%	0-20,5%	≤15%
Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Patienten mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• endoprothetischer Versorgung</li> <li>• osteosynthetischer Versorgung</li> </ul>	99,6% 98,9%	100% 99,7%	98,8-100%	≥95% ≥95,2%
Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung (o/e)	3,9% 0,97	3,3% 0,83	0-10% 0-2,28	nicht def. ≤3,14
Gefäßläsion oder Nervenschaden Gefäßläsion oder Nervenschaden (o/e)	0,1% 1,13	0,2% 2,59	0-0,8% 0-8,45	nicht def. ≤20,16
Implantatfehlage, Dislokation oder Fraktur Implantatfehlage, Dislokation oder Fraktur (o/e)	1,1% 1,06	0,5% 0,46	0-1,8% 0-1,62	nicht def. ≤1,88
Endoprothesenluxation Endoprothesenluxation (o/e)	0,8% 0,98	0,7% 0,82	0-2,1% 0-3,08	nicht def. ≤6
Postoperative Wundinfektion Postoperative Wundinfektion (o/e)	1,2% 0,95	0,6% 0,47	0-1,7% 0-1,4	nicht def. ≤4,13
Wundhämatome/Nachblutungen Wundhämatome/Nachblutungen (o/e)	1,7% 0,93	1,1% 0,6	0-5,8% 0-3,13	nicht def. ≤6,8
Allgemeine postoperative Komplikation Allgemeine postoperative Komplikation (o/e)	2,9% 1,01	2,9% 1,05	0-6,7% 0-2,49	nicht def. ≤2,9
Reoperationen wegen Komplikation Reoperationen wegen Komplikation (o/e)	3% 0,99	1,6% 0,51	0-3,1% 0-1,02	nicht def. ≤3,98
Sterblichkeit bei Patienten mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• ASA 1-2</li> <li>• ASA 3</li> <li>• osteosynthetischer Versorgung</li> <li>• endoprothetischer Versorgung</li> <li>• osteosynthetischer oder endoprothetischer Versorgung (ASA 1-3) (o/e)</li> </ul>	1% (277 Fälle) 4,9% 4,7% 5,9% 1,03	0,6% (2 Fälle) 4,8% 5% 5% 0,99	0-4% 0-8,5% 0-12,8% 0-12,5% 0-2,26	sentinel event nicht def. ≤11,1% ≤13,8% nicht def.



#### Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- präoperative Verweildauer
- Sterblichkeit bei ASA 1 und 2
- Sterblichkeit bei Patienten mit osteosynthetischer Versorgung
- Dokumentationsvollständigkeit  $\geq 110\%$

#### **Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie für 2011:**

Die sehr ausführlich dargelegten Hintergründe zu Abweichungen im Indikator „präoperative Verweildauer über 48 Stunden“ werden von der Fachgruppe nach eingehender Beratung als plausibel eingestuft: Zumeist verzögerte sich der Operationszeitpunkt aufgrund zunächst konservativ eingeleiteter Behandlungsversuche, mitunter lag das Sturzereignis vor Krankenseinweisung bereits Tage zurück.

Die Fachgruppe begrüßt die geplante Datensatzanpassung, derzufolge zukünftig der Zeitpunkt des Sturzereignisses im Datensatz dokumentiert werden kann und erwartet, dass dieser Aspekt differenziert im Indikator abgebildet wird.

Zwei Häuser weisen Abweichungen im Indikator „Letalität bei geringem Sterberisiko (ASA 1 oder 2)“ auf. Beide Patienten wurden in die Risikoklasse ASA 2 eingestuft. Sie waren sehr betagt und litten unter erheblichen Begleiterkrankungen. In beiden Fällen ist nach Ansicht der Operateure und der Fachgruppe die Riskoklassifizierung nach ASA aufgrund der schweren Begleiterkrankungen beider Patienten deutlich zu niedrig angesetzt worden.

Hinweise auf qualitative Auffälligkeiten in der medizinischen Versorgung kann die Fachgruppe nicht feststellen.

Ein weiteres Haus beschreibt die Krankheitsverläufe von zumeist sehr alten und multimorbiden Patienten, die während des Aufenthaltes zur Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (Osteosynthese) verstorben waren, sehr detailliert. Die tragischen Verläufe werden nach Einschätzung der Fachgruppe schlüssig dargelegt, von dem Expertengremium kritisch beraten und abschließend als nicht qualitativ auffällig eingestuft.

Als nachvollziehbar werden die Erläuterungen zur Überdokumentation von Datensätzen eines Hauses gewertet. Zwar hatte man unterjährig in der Klinik auf die hohe Zahl der Datensätze reagiert und die nicht dokumentationspflichtigen auch storniert, allerdings erst nach Ablauf der Exportfrist an die Daten annehmende Stelle.

Aus der Fachgruppe wird angeregt, bei hoher Auslastung des eigenen Hauses, Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur an Kliniken mit verfügbaren Kapazitäten zu übermitteln, um das wichtige Ziel einer frühzeitigen Behandlung dieser Patienten sicherzustellen.

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

## Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (Modul 17/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1594

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
Indikation	93,6%	96,7%	0-100%*)	≥90%
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	99,7%	100%		≥95%
Postoperative Beweglichkeit				
• nach Neutral-Null-Methode dokumentiert	96,6%	98,4%	0-100%*)	≥95%
• von mind. 0/0/70 Grad	98,3%	99,2	70-100%*)	≥95%
Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung	0,2%	0,1%	0-1,3%*)	nicht def.
Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung (o/e)	0,93	0,23	0-4,25%*)	≤5,43
Gefäßläsion oder Nervenschaden	0,3%	0,4%	0-0,7%*)	nicht def.
Gefäßläsion oder Nervenschaden (o/e)	0,96	1,15	0-2,01%*)	≤6,62
Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur	0,9%	1,3%	0-2%*)	nicht def.
Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur (o/e)	1,01	1,31	0-2,1%*)	≤2,21
Endoprothesenluxation	0,3%	0,2%	0-2,4%*)	nicht def.
Endoprothesenluxation (o/e)	0,85	0,5	0-6,82%*)	≤12,44
Postoperative Wundinfektion	0,5%	0,3%	0-2,4%*)	nicht def.
Postoperative Wundinfektion (o/e)	0,98	0,56	0-3,94%*)	≤5,41
Wundhämatome/Nachblutungen	1,1%	0,5%	0-3,5%*)	nicht def.
Wundhämatome/Nachblutungen (o/e)	1,01	0,47	0-3,63%*)	≤6,8
Allgemeine postoperative Komplikationen	1%	1,4%	0-100%*)	nicht def.
Allgemeine postoperative Komplikationen (o/e)	0,99	1,28	0-36,15%*)	≤3,51
Reoperation wegen Komplikation	1,6%	1,4%	0-4,7%*)	nicht def.
Reoperation wegen Komplikation (o/e)	0,98	0,82	0-2,87%*)	≤5,01
Sterblichkeit	0,2%	0,3%	0-100%*)	sentinel event
(293 Fälle)		(4 Fälle)		nicht def.
Sterblichkeit (o/e)	1,08	1,22	0-68,54%*)	

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

#### Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Indikation
- postoperative Beweglichkeit
- Sterblichkeit

Im Rahmen der Datenvalidierung

- ASA 5 bei elektiven Eingriffen

#### **Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie für 2011:**

Ein Haus hatte im QS-Datensatz einen Patienten fälschlicherweise der höchsten der ASA-Einstufung zugeordnet: Statt der Kategorie ASA 2 wurde im Datensatz ASA 5 dokumentiert. Dieses war im Rahmen der Datenvalidierung aufgefallen. Nach kritischer Beratung und vor dem Hintergrund des hohen Leistungsvolumens des Hauses stellt die Fachgruppe fest, dass es sich um einen Einzelfall handelte und kein Hinweis auf qualitative Auffälligkeit vorliegt.

Ein Haus verweist zum Indikator „Indikation“ darauf, dass spezielle Indikationsstellungen wie massive Schmerzsymptomaten einhergehend mit Osteolysen bei malignen Grunderkrankungen über den Datensatz nicht abbildbar sind. Für Fälle wie diese, die der Dokumentationspflicht unterliegen, die aber inhaltlich nicht über den Datensatz darstellbar sind, wird die Dokumentation über einen so genannten Minimaldatensatz (MDS) empfohlen.

Die Fachgruppe kann keine Hinweise auf Versorgungsmängel feststellen und wertet die Ergebnisse als qualitativ nicht auffällig.

Ein weiteres Haus mit Abweichungen zu diesem Indikator hatte nach Prüfung festgestellt, dass die erforderlichen Kriterien zumeist erfüllt waren.

Ein Haus mit Abweichungen im Indikator „Messung der postoperativen Beweglichkeit nach der Neutral-Null-Methode bei Hüft-TEP-Implantation“ war in einer zweiten Stellungnahme um genaue Darlegung und Analyse krankhausinterner Prozessabläufe sowie Einleitung geeigneter Maßnahmen zur Sicherstellung der erforderlichen Behandlungsqualität gebeten worden. Das Krankenhaus hat seine Organisationsprozesse kritisch analysiert und reflektiert und umgehend mit der Einleitung von Maßnahmen zur Verbesserung begonnen. Die Ergebnisse werden im Folgejahr sehr sorgfältig beobachtet werden.

Bei einer vergleichsweise geringen Zahl durchgeführter Hüft-TEP-Erstimplantationen in einem weiteren Haus war für verschiedene Fälle das postoperative Bewegungsmaß nicht in die QS-Dokumentation übertragen worden. Wie bereits in den vergangenen Jahren vielfach angesprochen, wird auf die Möglichkeit unterjähriger Prüfungen durch spezielle QS-Software hingewiesen, durch die Flüchtigkeitsfehler wie die oben skizzierten vermieden werden können.

Eine Patientin war während des stationären Aufenthaltes an den Folgen eines akuten Myokardinfarktes verstorben. Die Hintergründe zu Indikationsstellung und tragischem Verlauf wurden der Fachgruppe ausführlich dargelegt. Die Fachgruppe kann keinen Hinweis auf Mängel in der Versorgungsqualität feststellen.

Erstmals wurden in Bremen Klinikabteilungen um Prüfung der Datenvalidität gebeten bei Patienten ohne postoperative Komplikationen und mit einem postoperativen stationären Aufenthalt über 35 Tagen. In beiden angeschriebenen Einrichtungen wurden Komplikationen festgestellt, die nicht im Datensatz abgebildet waren.

Die Vertreter beider Häuser reflektieren diese Ergebnisse kritisch. Zum Teil wurden unterjährig Maßnahmen zur Verbesserung der Datenvalidität eingeleitet.

## Hüft-Endoprothesenwechsel und -Komponentenwechsel (Modul 17/3)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 245

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
Indikation	95,6%	95,5%	0-100%*)	≥87,4%
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	99,6%	99,6%	98,7-100%	≥95%
Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung	1,5%	2,3%	0-50%*)	nicht def.
Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung (o/e)	1,05	1,56	0-16,47*)	≤4,65
Gefäßläsionen oder Nervenschaden	0,7%	0,4%	0-5%*)	nicht def.
Gefäßläsionen oder Nervenschaden (o/e)	1,15	0,68	0-10,18*)	≤3,12
Implantatfehl- lage, -dislokation oder Fraktur	1,9%	2%	0-10%*)	nicht def.
Implantatfehl- lage, -dislokation oder Fraktur (o/e)	0,99	0,96	0-3,8*)	≤1,08
Endoprothesenluxation	1,9%	1,2%	0-100%*)	nicht def.
Endoprothesenluxation (o/e)	1,1	0,75	0-166,8*)	≤6,14
Postoperative Wundinfektion	3,4%	2,4%	0-100%*)	nicht def.
Postoperative Wundinfektion (o/e)	1,13	0,86	0-10,7*)	nicht def.
Wundhämatome/Nachblutungen	2,8%	2,4%	0-18,8%*)	nicht def.
Wundhämatome/Nachblutungen (o/e)	1,05	0,96	0-4,64*)	≤4,4
Allgemeine postoperative Komplikation	3%	3,3%	0-8%*)	nicht def.
Allgemeine postoperative Komplikation (o/e)	0,97	1,08	0-3*)	≤2,99
Reoperation wegen Komplikation	6,4%	7,3%	0-100%*)	nicht def.
Reoperation wegen Komplikation (o/e)	1,11	1,33	0-43,35*)	≤2,63
Sterblichkeit	1,4% (367 Fälle)	0,8% (2 Fälle)	0-6,3*)	sentinel event
Sterblichkeit (o/e)	0,93	0,55	0-1,68*)	nicht def.

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

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Indikation
- Gehfähigkeit bei Entlassung
- Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Fraktur
- Reoperation wegen Komplikation
- Nachblutungen/Wundhämatome
- allgemeine postoperative Komplikationen
- Sterblichkeit

Im Rahmen der Datenvalidierung:

- Entlassungsdiagnose Infektion, ohne präoperative Entzündungszeichen oder postoperative Wundinfektion

### **Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie für 2011:**

Kritisch diskutiert wird der Verlauf eines 67jährigen Patienten mit rezidivierenden Luxationen bei Duokopfprothese. Trotz der erheblichen Begleiterkrankungen hatte man sich zum Austausch der Duokopfprothese durch eine Hüft-TEP entschlossen. Postoperativ traten schwere internistische und chirurgische Komplikationen auf, die u. a. mehrmalige Revisionen erforderten. Der Patient verstarb während des Krankenhausaufenthaltes an den Folgen seiner schweren Grunderkrankungen. Dieser Todesfall wurde nicht im QS-System dokumentiert.

Eine Indikation für den Eingriff war nach Einschätzung der Fachgruppe klar gegeben.

Aufgrund der schweren Erkrankungen wurden während des Krankenhausaufenthaltes mehrere Abteilungswechsel notwendig. Nach Einschätzung des Krankenhausvertreters ist das schwere Dokumentationsversäumnis auf die aus den zahlreichen Verlegungen resultierenden Zuständigkeitswechsel innerhalb der Klinik zurückzuführen. Obwohl dieser Aspekt nachvollzogen werden kann, mahnt die Fachgruppe eine sorgfältige Kontrolle der QS-Daten vor dem endgültigen Export an.

Die Abteilung hatte die Inhalte ansonsten sehr sorgfältig über die QS-Dokumentation abgebildet, daher wertet die Fachgruppe die Ergebnisse hier abweichend vom Beschluss zur Bewertung der Dokumentationsqualität als qualitativ nicht auffällig. Im Folgejahr werden die Ergebnisse sehr sorgfältig geprüft werden. Zugleich wird die Abteilung aufgefordert, die entsprechenden Abläufe zu prüfen und anzupassen, um eine Prozessoptimierung zu erwirken.

Die Fachgruppe wertet Ausführungen und Ergebnisse des Hauses mit leichten Abweichungen im Indikator „Nachblutungen/Wundhämatome“ als nachvollziehbar und plausibel, Hinweise auf Versorgungsmängel sind nicht erkennbar. Auch hat sich der Verdacht auf Dokumentationsfehler erfreulicherweise nicht bestätigt.

Intensiv erörtert werden in diesem Zusammenhang Auswirkungen von gerinnungshemmender Medikation bei Patienten mit kardialen Grunderkrankungen in der Gruppe der zahlenmäßig ansteigenden Gruppe betagter Patienten und dem naturgemäß erhöhten Risiko für intra- und postoperative Blutungen dieser Patienten.

Voraussichtlich ab dem Verfahrensjahr 2013 soll dieses Risiko besser über die Datensätze abgebildet werden können, wünschenswert wäre laut Fachgruppe auch dessen Berücksichtigung in den Auswertungskonzepten.

Bei einem Patienten entwickelte sich auf dem Boden eines vermutlich bereits einige Jahre bestehenden MRSA-Empyems im künstlichen Hüftgelenk nach Ausbau der Prothese ein SIRS. Es kam zu einer Streuung multiresistenter Bakterien. Der kardial erheblich vorerkrankte Patient verstarb an einer septischen kardiopulmonale Dekompensation.

Auch bei dem in einem anderen Haus verstorbenen Patienten handelte es sich nach Einschätzung der Fachgruppe um einen tragisch verlaufenen Einzelfall. In beiden Fällen waren die Hintergründe schlüssig und plausibel dargelegt, die Fachgruppe konnte keinen Hinweis auf Versorgungsmängel feststellen.

Schwere Vorschädigungen im Gelenk erforderten für zwei Patienten längere Zeiten postoperativer Entlastung. Die dargelegten Zusammenhänge begründeten die Abweichungen im Indikator „Gehfähigkeit zur Entlassung“ nach Einschätzung der Fachgruppe hinreichend und plausibel.

Die sehr heterogene Grundgesamtheit im Indikator „Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur“ wird kritisch diskutiert, da sie (nach wie vor) auch jene Patienten einschließt, die sich aufgrund postoperativer Stürze Frakturen im Implantat zuziehen können – Komplikationen also, die nicht durch ärztliches Handeln verursacht wurden.

Im Rahmen der Basisdatenvalidierung wurden Erläuterungen zu Patienten ohne präoperative Entzündungszeichen bzw. postoperative Wundinfektion und der Entlassungsdiagnose Infektion oder entzündliche Reaktion einer Gelenkprothese erbeten. Es zeigt sich, dass die Dokumentation zu diesen besonderen Konstellationen eines zweizeitigen Hüft-TEP-Wechsels mit Spacerversorgung über die Kombination von zwei Datensätzen hätte erfolgen sollen. Insofern ist dem Haus kein Dokumentationsmangel zu attestieren, auch wurden die Verläufe der Patienten nach Einschätzung der Fachgruppe plausibel dargelegt.

In der Klinik werden Patienten mit infizierten Hüft-Totalendoprothesen und zweizeitigem Wechsel-Eingriff nach TEP-Ausbau zunächst sechs Wochen antibiotisch behandelt. Nach erfolgreicher Sanierung (Voraussetzung: entsprechende klinische Symptomatik sowie eindeutige Befunde von Labor und Punktat) erfolgen Spaceraus- und TEP-Einbau. Bei diesem sind verschiedene Probenentnahmen obligatorisch. Perioperativ erhalten die Patienten Antibiotikaprophylaxe als Single-Shot-Gabe, postoperativ schließt sich die übliche mehrtägige antibiotische Prophylaxe an.

## Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (Modul 17/5)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1251

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
Indikation	95,9%	97,6%	91,1-100%	≥90%
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	99,6%	99,8%	99,2-100%	≥95%
Postoperative Beweglichkeit				
• nach der Neutral-Null-Methode dokumentiert	98%	99,4%	95,1-100%	≥90%
• von mind. 0/0/90 Grad	89,2%	94,9%	78,2-100%	≥80%
Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung	0,2%	0,2%	0-0,6%	nicht def.
Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung (o/e)	0,95	0,81	0-2,86	≤6,39
Gefäßläsion oder Nervenschaden	0,2%	0,1%	0-1,1%	nicht def.
Gefäßläsion oder Nervenschaden (o/e)	0,94	0,47	0-6,38	≤14,09
Fraktur (intra-/post-op Komplikation)	0,1%	0%		nicht def.
Fraktur (intra-/post-op Komplikation) (o/e)	0,93	0		≤14,33
Postoperative Wundinfektion	0,3%	0%		nicht def.
Postoperative Wundinfektion (o/e)	0,97	0		≤6,05
Wundhämatome/Nachblutungen	1%	1%	0-4,9%	nicht def.
Wundhämatome/Nachblutungen (o/e)	1,01	1,02	0-4,97	≤7,88
Allgemeine postoperative Komplikation	1,3%	1,4%	0-4,9%	nicht def.
Allgemeine postoperative Komplikation (o/e)	0,94	0,92	0-3,81	≤3,13
Reoperation wegen Komplikation	1,2%	1%	0,4-3,8%	nicht def.
Reoperation wegen Komplikation (o/e)	0,97	0,79	0,31-2,63	≤4,33
Sterblichkeit	0,1%	0,1%	0-0,6%	sentinel event
Sterblichkeit (o/e)	(137 Fälle) 0,88	(1 Fall) 0,68	0-5,94	nicht def.

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

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Allgemeine postoperative Komplikationen
- Sterblichkeit

### **Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie für 2011:**

Ähnlich wie in den vergangenen Jahren weist die Landesauswertung nach Einschätzung der Fachgruppe stabil gute Ergebnisse auf. Zu den leicht abweichenden Ergebnissen der postoperativen Beweglichkeit wurde aufgrund der Überschreitung um einen Einzelfall keine Stellungnahme angefordert.

In den drei Fällen allgemeiner postoperativer Komplikationen handelte es sich um Herzkreislaufprobleme bei bekannten kardialen Erkrankungen sowie um eine Thrombose. Die beschriebenen Ereignisse waren gut therapierbar und die Patienten konnten ohne Verzögerungen regelhaft entlassen werden.

Eine Patientin entwickelte nach intraoperativ unauffälligem Verlauf schwere nephrologische und kardio-pulmonale Komplikationen, in deren Folge sie nach langer Intensivpflichtigkeit verstarb. Die Fachgruppe stellt nach eingehender und kritischer Beratung fest, dass sowohl Indikation für den Eingriff vorlagen als auch erforderliche Sorgfalt in der medizinischen Versorgung gegeben waren.

Zu einem Fall einer betagten Patientin mit einzeitiger Knie-TEP-Implantation beidseits, in deren Verlauf sich ein Dekubitus Grad 4 mit anschließender langwieriger Behandlung entwickelte, fand ein fachgruppenübergreifender Austausch zwischen den Fachgruppen Pflege und Orthopädie/Unfallchirurgie zu den Beratungsschwerpunkten Dekubitusprophylaxe und Indikationsstellung statt.



## Knie-Endoprothesenwechsel und -Komponentenwechsel (Modul 17/7)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 100

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
Indikation	96,6%	97%	89,5-100%*)	≥85,7%
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	99,6%	100%		≥95%
Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung	0,5%	1,1%	0-4,8*)	nicht def.
Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung (o/e)	0,74	1,72	0-6,42*)	≤5,7
Gefäßläsion oder Nervenschaden	0,1%	0%		≤2%
Fraktur als intra- oder postoperative Komplikation	0,5%	0%		nicht def.
Fraktur als intra- oder postoperative Komplikation (o/e)	1,11	0		≤8,05
Postoperative Wundinfektion	1,2%	1%	0-4,3%*)	nicht def.
Wundhämatome/Nachblutungen	2,2%	4%	0-10%*)	nicht def.
Wundhämatome/Nachblutungen (o/e)	0,92	1,69	0-4,09*)	≤6,04
Allgemeine postoperative Komplikation	1,7%	2%	0-5,3%*)	nicht def.
Allgemeine postoperative Komplikation (o/e)	0,86	1,01	0-2,62*)	≤4,44
Reoperation wegen Komplikation	3,2%	4%	0-9,5%*)	nicht def.
Reoperation wegen Komplikation (o/e)	1,01	1,21	0-3,01*)	≤3,79
Sterblichkeit	0,3% (36 Fälle)	1% (1 Fall)	0-5,3%*)	sentinel event
Sterblichkeit (o/e)	1,13	2,27	0-22,39	nicht def.

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

Nähere Erläuterungen wurden eingeholt:

- Sterblichkeit

### Aus den Beratungen der Fachgruppe Orthopädie /Unfallchirurgie für 2011

Eine Patientin war postoperativ an den Folgen einer schweren Blutung verstorben. Die Blutungsursache konnte weder klinisch noch anhand der durchgeführten Obduktion ermittelt werden. Es wurde allerdings eine bis dato unbekannte Gerinnungsstörung festgestellt. In der präoperativen Vorbereitung mit Bestimmung der üblichen Gerinnungswerte war dieser Gerinnungsdefekt nicht aufgefallen.

Einen qualitativen Mangel in der medizinischen Versorgung konnte die Fachgruppe nicht erkennen, der tragische Verlauf war nicht absehbar.

Die übrigen landesweiten Ergebnisse weisen keine Hinweise auf qualitative Auffälligkeiten auf.

## Pflege: Generalindikator Dekubitusprophylaxe

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 11685

Qualitätsindikator	Gesamtrate bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
<b>Veränderung des Dekubitusstatus während stat. Aufenthalt bei Pat., die ohne Dek. aufgenommen wurden</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pat. mit Dek. <math>\geq</math> Grad 2 bei Entlassung</li> <li>• Pat. mit Dek. Grad 1-4 bei Entlassung</li> </ul>	0,6	0,6%	0-1,3%	nicht def.
	0,9%	0,9%	0-1,4%	nicht def.
<b>Pat. mit Dekubitus Grad 2-4 bei Entlassung bei Pat., die ohne Dekubitus aufgenommen wurden</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risikoadjustierte Rate nach log. Dekubitus-Score I (o/e)</li> <li>• Risikoadjustierte Rate nach log. Dekubitus-Score I</li> </ul>	1	1,08	0-1,9	nicht def.
	0,6%	0,65%	0-1,11%	$\leq 1,7\%$
<b>Pat. mit Dekubitus Grad 1-4 bei Entlassung bei Pat., die ohne Dekubitus aufgenommen wurden</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risikoadjustierte Rate nach log. Dekubitus-Score II (o/e)</li> <li>• Risikoadjustierte Rate nach log. Dekubitus-Score II</li> </ul>	1	0,95	0-1,48	nicht def.
	0,9%	0,87%	0-1,36%	$\leq 2,5\%$
<b>Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei Pat. ohne Dekubitus bei Aufnahme</li> <li>• bei Pat. ohne Dekubitus bei Aufnahme und ohne Risikofaktoren</li> </ul>	$<0,1\%$ (78 Fälle)	0,02% (2 Fälle)	0-0,1%	sentinel event nicht def.
	$<0,1\%$	0%		

### Aus den Beratungen der Fachgruppe Pflege für 2011:

Seit Einführung des Generalindikators Dekubitusprophylaxe hatten 2011 erstmals in zwei Kliniken je ein Patient einen Dekubitus Grad 4 während des stationären Aufenthaltes erworben. Die Stellungnahmen zu diesem Sentinel-Event-Indikator – Dekubitus Grad 4 bedeuten eine schwere Schädigung von Haut, Muskeln, Knochen oder anderem Gewebe – werden sehr intensiv und kritisch erörtert. Beide Häuser wurden zu einer zweiten Stellungnahme mit Präzisierung der Fallschilderung aufgefordert.

Vor dem Hintergrund widersprüchlicher Angaben in den Stellungnahmen, mangelnder kritischer Reflexion der dargelegten Prozesse sowie wenig nachvollziehbarer Therapieansätze wertet die Fachgruppe Pflege die Ergebnisse eines Hauses als qualitativ auffällig.

Zum zweiten Fall hält die Fachgruppe nach sehr kritischer Beratung abschließend fest, dass der schwere Hautdefekt nicht auf pflegerische Versäumnisse zurückzuführen war. Das Pflegepersonal hatte angemessen, umsichtig und den Empfehlungen des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe entsprechend agiert. Die Ergebnisse werden für das kommende Jahr mit besonderer Sorgfalt kontrolliert werden.

Im Zusammenhang mit der Diskussion dieses Falles fand ein fachgruppenübergreifender Austausch zwischen den Fachgruppen Pflege und Orthopädie/Unfallchirurgie zu den Beratungsschwerpunkten Indikationsstellung Knie-TEP beidseits und Dekubitusprophylaxe statt.

Bremenweit wurden Kliniken um Stellungnahme gebeten, sofern sich ein Dekubitus Grad 4 nicht geändert hat (in Abhängigkeit zur Verweildauer) und Inplausibilitäten zu den Angaben in den Feldern „Mikrobewegungen“ vermutet wurden.

Die Erläuterungen zum Dekubitus Grad 4 (bei Aufnahme und Entlassung) werden als plausibel und nachvollziehbar gewertet, die Ergebnisse eines Haus werden im Folgejahr besonders sorgfältig geprüft. Hier war nicht ersichtlich, wie bzw. ob die Prozessstandards Wund- und Fotodokumentation in die pflegerischen Abläufe eingebettet sind.

Der Verdacht auf Dokumentationsfehler hat sich in den meisten Fällen bestätigt. Als grundsätzliches Problem wird der Durchdringungsgrad von Schulungsmaßnahmen zur Dokumentationsqualität beim Personal erörtert, da keine kontinuierliche Erfassung besteht, sondern lediglich über den Zeitraum des 1. Quartal eines Jahres. Vor diesem Hintergrund werden Bemühungen nach Einschätzung der Fachgruppe stets nur eingeschränkt erfolgreich sein.

Ab dem Jahr 2013 wird das Konzept zum Generalindikator dahingehend geändert, dass die Daten ganzjährig erhoben werden und andere Patientengruppen als bisher eingeschlossen sind.

Mit einem Haus wurde im vergangenen Jahr aufgrund qualitativer Auffälligkeiten eine Zielvereinbarung zur Verbesserung pflegerischer Strukturen und Prozesse gefasst. Erstmals wurden der Fachgruppe 2011 in einem sehr ausführlichen Bericht veranlasste Maßnahmen dargelegt.

Die Zielvereinbarung wurde in weiten Teilen innerhalb des vergleichbar kurzen Zeitraumes von sechs Monaten umgesetzt. Erste Ergebnisse konnten bereits vorgelegt werden – hier sind positive Entwicklungen deutlich erkennbar. Als sehr umfangreich, gut konzipiert und aufeinander abgestimmt würdigt die Fachgruppe die von dem Haus eingeleiteten Maßnahmen zur Sicherstellung von Dokumentations- und pflegerischer Versorgungsqualität. Die Ergebnisse und Entwicklungen werden in den Folgejahren sehr sorgfältig beobachtet werden.

Ein weiteres Haus berichtet von den vor zwei Jahren eingeleiteten Maßnahmen zu Erkenntnissen und Ergebnissen eines Dekubitusmeldesystems.

Die Fachgruppe stellt fest, dass die vereinbarten Maßnahmen umgesetzt wurden. Die angestoßenen Veränderungen gilt es nun dauerhaft in den Alltag zu implementieren. Als insgesamt erfreulich wertet die Fachgruppe die Entwicklung der pflegerischen Versorgung in dieser Klinik.

## Ambulant erworbene Pneumonie (Modul Pneu)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 2330

Qualitätsindikator	Gesamtrate Bundesweit	Gesamtrate Bremen	Spannweite der Krankenhausergebnisse Bremen	Bundesweiter Referenzbereich
<b>Frühzeitige erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Patienten</li> <li>• Alle Patienten, die <u>nicht</u> aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden</li> <li>• Alle Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden</li> </ul>	96,4%	95,5%	91,6-98,9%	≥95%
	96,5%	96,1%	89,2-99,3%	nicht def.
	93,4%	70%	**)	nicht def.
<b>Antimikrobielle Therapie</b> innerhalb der ersten 8 Stunden bei Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	94,2%	90,4%	80,9-98,8%	≥86,9%
<b>Frühmobilisation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung der Risikoklasse 1 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind</li> <li>• Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung der Risikoklasse 2 nach CRB-65, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind</li> </ul>	95,4%	95,3%	87,2-100%	≥88,3%
	90,3%	87,3%	64,3-94,9%	≥79,1%
<b>Verlaufskontrolle CRP</b>	97,5%	97,8%	94,7-100%	≥94,1%
<b>Anpassung Diagnostik/Therapie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten der Risikoklasse 2</li> <li>• Patienten der Risikoklasse 3</li> </ul>	96,7%	92,9%	79,2-100%*)	≥95%
	98,2%	100%		≥95%
<b>Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien</b>	88,9%	85,4%	49,5-100%	≥95%
<b>Klinische Stabilitätskriterien</b>	99%	99,7%	98,2-100%	≥95%
<b>Sterblichkeit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Patienten</li> <li>• Pat. der Risikoklasse 1, CRB-65</li> <li>• Pat. der Risikoklasse 2, CRB-65</li> <li>• Pat. der Risikoklasse 3, CRB-65</li> </ul>	10,2%	9,6%	2,8-17,4%	≤15,8%
	2,1%	1,8%	0-5%	≤5,4%
	10,7%	10,4%	4,7-16,7%	≤16,7%
	29,8%	36,6%	0-86,7%*)	≤44,3%
<b>Nicht bestimmte Atemfrequenz bei Aufnahme</b>	12,3%	9,9%	3,6-25,5%	≤2%

\*) 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:

- Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
- Frühmobilisation
- Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien
- Überprüfung Diagnostik/Therapie
- Sterblichkeit
- Dokumentationsvollständigkeit  $\leq 95\%$

#### **Aus den Beratungen der Bremer Fachgruppe Pneumonie für 2011:**

Schwerpunktmäßig beraten wurden in diesem Jahr die Indikatoren „vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien“ sowie der neu eingeführte Indikator „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“.

Eine unzureichende Dokumentation dieser Parameter ist nach Ansicht der Fachgruppe insbesondere bei kurzfristigen, ungeplanten Entlassungen festzustellen.

Um die Erfassung der Stabilitätskriterien vor Entlassung sicher zu stellen, hat eine Klinik eine Erinnerungsstütze in Form eines Stempels auf der Patientenkurve eingeführt. Hierüber wird vor der Entlassung an das Erheben und Zusammenführen der Werte erinnert. Dieses Instrument hat sich als recht praktikabel erwiesen, da es ohne großen Aufwand einsetzbar ist.

Unzureichende Übertragung von Werten aus Patientenakten in die QS-Software sowie eine fehlende Verdachtsdiagnose Pneumonie werden als Hauptgründe für die fehlenden Werte „Atemfrequenz bei Aufnahme“ genannt.

Unabhängig von der klinischen Verdachtsdiagnose Pneumonie hält die Fachgruppe dagegen eine standardmäßige Erhebung der Atemfrequenz bei Krankenhausaufnahme stets für angezeigt. Die Messung der Atemfrequenz bzw. Übertragung der Monitorwerte durch den Pflegedienst hat sich nach Einschätzung der Fachgruppenmitglieder bewährt.

In einer Klinik ist dem Anamnesebogen für alle Patienten der Notaufnahme ein Formular beigelegt, u. a. zur Dokumentation verschiedener Vitalparameter (so auch  $O_2$ -Sättigung, Atemfrequenz). Zur Sicherstellung von Messung und Dokumentation ist dieses Konzept nach Ansicht der Fachgruppe sehr geeignet. Die Klinik stellte den übrigen Kliniken das Dokument freundlicherweise zur Verfügung.

Im Longitudinalvergleich haben sich die Ergebnisse eines Hauses deutlich verbessert. Aufgrund seiner Versorgungsschwerpunkte werden hier vermutlich auch zukünftig zu einigen Prozess- und Ergebnisindikatoren Abweichungen zu erwarten sein. Hiervon sind insbesondere Prozesse betroffen, die eng an eine endgültige Diagnose gekoppelt sind (zeitige antimikrobielle Therapie,  $O_2$ -Messung etc.), da erste Verdachtsdiagnosen wegen des speziellen Patientenlientels häufiger verworfen werden müssten.

Nach kritischer Beratung der auch mündlich vertieften Erläuterungen werden die Ergebnisse als nicht qualitativ auffällig gewertet.

Auch in einer weiteren Klinik zeigt die Längsschnittbetrachtung eine deutliche Verbesserung der Ergebnisse, klinikintern allerdings variieren die Ergebnisse.

Technische Probleme bei der korrekten Auslösung eines Erhebungsbogens, deren Ursachen noch nicht völlig geklärt werden konnten, haben zu einer Überdokumentation geführt.

Ein Haus wies zu verschiedenen Indikatoren teils erhebliche Abweichungen sowohl von Referenzbereichen als auch von statistischen Kennzahlen wie Median und Mittelwert landes- (und bundesweit) auf. Sehr deutlich würdigt die Fachgruppe die erheblichen Anstrengungen, die die Klinik unternommen hat, um Ergebnisse der Indikatoren, insbesondere „Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien“ sowie „Anpassung Diagnostik/Therapie“ im Jahresvergleich deutlich

zu verbessern. Vor dem Hintergrund der z. T. aber weiterhin erheblichen Referenzbereichsabweichungen stellt die Fachgruppe nach sehr eingehender und kritischer Auseinandersetzung fest, dass die Ergebnisse als qualitativ auffällig zu werten sind.

Im Vergleich zu den Vorjahren war die Zahl quantitativer Auffälligkeiten eines Hauses angestiegen. In einer ausführlichen und kritischen Stellungnahme, ergänzt durch mündliche Erläuterungen, wird dargelegt, dass die Abweichungen insbesondere auf Eingabefehler zurückführen waren. Für 2011 war die Organisation der Dateneingabe verändert worden. Punktuell wurden die Stabilitätskriterien zur Entlassung nicht vollständig gemessen und die antimikrobielle Therapie zeitverzögert begonnen.

Als Konsequenz aus den aktuellen Ergebnissen und Erkenntnissen wurden unterjährig bereits erste Maßnahmen zur Verbesserung eingeleitet.

Die Fachgruppe würdigt die präzise Aufbereitung der Zusammenhänge und die kritische Reflexion des Klinikvertreters im kollegialen Gespräch.

Die Verläufe zu den verstorbenen Patienten der Risikoklasse 3 – CRB-Score 65 von einer weiteren Klinik werden von der Fachgruppe als nachvollziehbar und plausibel gewertet.

Die Fachgruppe verweist auf die eingeschränkte statistische Aussagekraft der Ergebnisse, die sich aufgrund der geringen Fallzahlen (z. T. weniger als 10 Fälle) zu diesem Indikator ergibt.

In diesem Jahr neu eingeführt wurde eine risikoadjustierte Darstellung der Letalität. Danach ist bremenweit die Rate beobachteter zu erwarteter Sterblichkeit (ermittelt über die Risikoprofile der Patienten je Klinik) im Vergleich zu den Ergebnissen des Vorjahres deutlich gesunken.

Zu den übrigen Ergebnissen kann die Fachgruppe keinen Hinweis auf Mängel in der Versorgungsqualität erkennen.

# Anhang





## **Bewertung von Dokumentationsmängeln**

*(Beschlussen vom Lenkungsausschuss Qualitätssicherung Bremen am 15. Januar 2008)*

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

### **Bei erstmaliger Dokumentationsauffälligkeit**

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

### **Bei wiederholter Dokumentationsauffälligkeit**

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

### **Abweichende Bewertung**

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

### **Unzulässig**

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

### **Veröffentlichung**

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

### **„Interne Datenpflege?“**

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



## Krankenhäuser mit Dokumentationsauffälligkeiten

Aufgrund mangelhafter Qualitätssicherungsdokumentation konnte für 2011 gemäß Beschluss des Lenkungsausschusses Qualitätssicherung Bremen (LQB) vom 15. Januar 2008 das Ergebnis eines Qualitätsindikators für folgendes Bremer Krankenhaus nicht beurteilt werden:

Ev. Diakoniekrankenhaus



Datensatzvollzähligkeit in Bremen

Anhang III

Modul	Klinikum Bremen-Mitte Ist/Soll	Klinikum Bremen-Ost Ist/Soll	Klinikum Bremen-Nord Ist/Soll	Klinikum Links der Weser Ist/Soll	DIAKO Ist/Soll	St.-Joseph-Stift Ist/Soll	RKK Ist/Soll	Roland-klinik Ist/Soll	Ameos-klinik Ist/Soll	Paracel-susklinik Ist/Soll	Klinikum Reinkenheide Ist/Soll	KH Am Bürgerpark Ist/Soll	St.-Joseph-Hospital Ist/Soll	Gesamt Ist/Soll
9/1	27/27	20/21	63/63	278/281	11/11	68/66	21/21	0/0	0/0	0/0	85/83	33/32	3/3	609/608
9/2	3/3	2/2	4/4	45/50	0/0	20/20	2/2	0/0	0/0	0/0	4/4	2/2	0/0	82/87
9/3	6/6	3/3	6/6	69/75	0/0	13/12	1/2	0/0	0/0	0/0	20/19	2/2	0/0	120/125
9/4	0/0	0/0	0/0	135/139	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	65/62	2/2	0/0	202/203
9/5	0/0	0/0	0/0	31/31	0/1	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	17/16	0/0	0/0	48/48
9/6	0/0	0/0	0/0	51/51	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	10/10	0/0	0/0	61/61
10/2	83/83	0/0	53/53	19/19	0/0	0/0	97/96	0/0	0/0	0/0	33/31	0/0	26/24	311/306
12/1	158/159	179/179	208/209	179/179	249/251	309/298	139/134	0/0	0/0	3/3	171/167	198/188	110/108	1903/1875
15/1	341/335	0/0	324/320	511/512	511/507	612/610	0/6	0/0	0/0	0/0	409/402	3/3	168/158	2879/2853
16/1	1016/1047	0/0	1190/1203	1927/1938	535/532	153/1529	0/0	0/0	0/0	0/0	1028/1018	0/0	478/478	7705/7745
Neo	444/436	0/0	340/349	502/523	0/1	165/167	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	234/202	0/0	1685/1678
17/1	151/144	117/118	152/151	135/131	107/113	160/159	110/109	3/3	0/0	2/2	120/107	78/79	89/83	1224/1199
17/2	79/79	28/26	92/88	14/11	452/457	1/1	150/150	406/401	0/0	288/289	85/81	5/5	1/2	1601/1590
17/3	16/16	12/12	20/20	2/2	76/79	4/4	25/23	51/50	0/0	19/19	20/19	1/2	1/1	247/247
17/5	78/78	0/0	92/91	0/0	245/245	0/0	157/156	251/239	0/0	367/367	61/59	0/0	0/0	1251/1235
17/7	10/10	0/0	3/3	0/0	19/21	0/0	15/15	21/21	0/0	23/23	9/9	0/0	0/0	100/102
18/1	413/413	0/0	4/4	47/47	230/242	407/404	0/4	0/0	0/0	0/0	347/337	0/0	4/5	1452/1452
21/3	15/15	0/0	18/18	4820/4738	2/9	24/24	189/189	0/0	0/0	0/0	773/762	113/114	0/0	5954/5869
Gl Dek	1811/1800	1158/1153	1146/1105	1358/1306	840/846	1383/1373	824/823	215/214	4/4	146/146	1302/1283	692/688	806/798	11685/11539
Pneu	177/171	379/384	260/274	190/194	189/208	201/201	197/195	0/0	0/0	0/0	213/207	218/218	308/302	2332/2354
<b>Σ</b>	<b>5272/4818</b> <b>100%</b>	<b>1898/1898</b> <b>100%</b>	<b>3975/3961</b> <b>100%</b>	<b>10815/10750</b> <b>100%</b>	<b>3466/3523</b> <b>98,4%</b>	<b>4898/4868</b> <b>100%</b>	<b>1927/1925</b> <b>100%</b>	<b>947/928</b> <b>100%</b>	<b>4/4</b> <b>100%</b>	<b>848/849</b> <b>99,9%</b>	<b>4772/4676</b> <b>100%</b>	<b>1581/1537</b> <b>100%</b>	<b>1994/1962</b> <b>100%</b>	<b>43136/42854</b> <b>100%</b>



## Grundlagen der verpflichtenden externen stationären 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.

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