

Externe Qualitätssicherung der Krankenhäuser im Land Bremen 2018

Herausgegeben vom



im Auftrag des Lenkungsausschusses Qualitätssicherung Bremen



Anne-Conway-Straße 10
28359 Bremen
Telefon 0421. 24 10 251
Telefax 0421. 24 10 223
E-Mail qb@qbbremen.de
Internet www.qbbremen.de

In der Regel ist das Büro besetzt
montags bis freitags von 8.30-15.00

Mitarbeiterinnen:

Ulrike Lehr M.A., MPH

Gesundheits- und Sozialwissenschaftlerin, Krankenschwester
Leiterin

Sonja Kapp B.A.

Gesundheitswissenschaftlerin, Gesundheits- und Kinderkrankenschwester

Inhalt	Seite
Einführung	5
Lenkungsausschuss Qualitätssicherung Bremen.....	7
Fachgruppen in Bremen	9
Begriffe, Abkürzungen, Zeichen	11
Hinweise zu den Auswertungen	16
Aus den Fachgruppen	
Gefäßmedizin	
Karotis-Revaskularisation	17
Geburtshilfe und Neonatologie	
Geburtshilfe	19
Neonatologie	21
Operative Gynäkologie	
Gynäkologische Operationen	23
Mammachirurgie	26
Orthopädie/Unfallchirurgie	
Hüftgelenknahe Femurfraktur, osteosynthetische Versorgung.....	29
Hüftendoprothesenversorgung.....	30
Knieendoprothesenversorgung	33
Pflege	
Dekubitusprophylaxe	35
Pneumonie	
Ambulant erworbene Pneumonie	37
Kardiologie	
Herzschrittmacherimplantation	39
Herzschrittmacheraggregatwechsel.....	41
Herzschrittmacherexplantation/-revision/-systemwechsel	42
Implantierbare Defibrillatoren: Implantation.....	43
Implantierbare Defibrillatoren: Aggregatwechsel.....	44
Implantierbare Defibrillatoren: Explantation/Revision/Systemwechsel	45
Landesprojekte	
Todesfallkonferenz Neonatologie	47
MRE-Netzwerk Bremen.....	47
Anhang	
Anhang I: Datensatzvollständigkeit in Bremen.....	51
Anhang II: Grundlagen der externen stationären Qualitätssicherung.....	53
Anhang III: Bewertungsschema strukturierter Dialog.....	55

Einführung

Mit dem nunmehr 17. Bericht zu Ergebnissen und Erkenntnissen der externen stationären Qualitätssicherung und ihrer Umsetzung im Land Bremen möchten wir sowohl die Fachöffentlichkeit als auch die interessierte Öffentlichkeit erreichen und dem wachsenden Interesse an Information zu Fragen der Behandlungsqualität nachkommen. Die Berichterstattung beschränkt sich auf Behandlungen und Krankheiten, die über die externe stationäre Qualitätssicherung erfasst werden.

Auch für 2018 setzt sich der positive Trend der Auswertungsergebnisse in den meisten Leistungsbereichen fort: die Anzahl der an die Krankenhäuser gerichteten Anfragen (strukturierter Dialog) ist im Vergleich zu den Vorjahren erneut leicht gesunken. Damit bewegen sich die Auswertungsergebnisse auch für dieses Auswertungsjahr auf einem hohen Niveau. So haben sich z. B. in den Bremer Kliniken die Ergebnisse im bundesweit vieldiskutierten Indikator zur präoperativen Verweildauer bei hüftgelenknahen Femurfrakturen innerhalb der vergangenen Jahre kontinuierlich verbessert – im bundesweiten Vergleich unterschreitet der Bremer Landeswert bereits das zweite Jahr in Folge sowohl den bundesweit geltenden Richtwert als auch das Bundesergebnis. Dass für ganz Deutschland Handlungsbedarf gesehen wird, schlägt sich auch in der kürzlich beschlossenen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Versorgung von Oberschenkelhalsbrüchen nieder.

Im vorliegenden Bericht werden Entwicklungen einzelner Indikatorergebnisse im zeitlichen Verlauf zur Veranschaulichung durch graphische Darstellungen ergänzt. Da die Grundlage zur Berechnung der Indikatoren im Laufe der Jahre immer wieder verfeinert und verbessert wird, sind einige Ergebnisse aufgrund geänderter Rechenregeln nur eingeschränkt vergleichbar. Dieses bitten wir bei der Lektüre zu berücksichtigen.

Die statistischen Daten im Bericht wurden den Bremer Landesauswertungen sowie der Bundesauswertung des IQTiGs für 2018 entnommen.

Dargestellt sind auch Ergebnisse und Erkenntnisse zu definierten Qualitätsindikatoren aus der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die den so genannten planungsrelevanten Indikatoren zugeordnet sind.

Die diesjährigen Fachgruppenberatungen zeichneten sich wie in den Vorjahren durch ein hohes Engagement ihrer Mitglieder und lebendige Diskussionen aus.

Wichtige Erkenntnisse aus den Beratungen wurden als Vorschläge zur Weiterentwicklung des Verfahrens an die zuständigen Bundesfachgruppen weitergeleitet.

Das Qualitätsbüro Bremen freut sich über Rückmeldungen zu dem Bericht und steht Ihnen für ergänzende Informationen zu den Verfahren der externen Qualitätssicherung gern zur Verfügung.

Ab etwa Mitte Dezember 2019 wird dieser Bericht auch unter www.qbbremen.de abrufbar sein.

Allen Beteiligten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kliniken und der beteiligten Institutionen im Lande Bremen sei an dieser Stelle sehr herzlich für ihren Einsatz und die gute, vertrauensvolle Zusammenarbeit gedankt.

Bremen, im Dezember 2019

Lenkungsausschuss Qualitätssicherung Bremen

Vorsitz: Herr Jürgen Scholz bis 24.10.2019; Herr Stephan Hartmann ab 25.10.2019

Stellvertr. Vorsitz: Herr Prof. Dr. Tido Junghans bis 24.10.2019; Herr Ralf-Peter Bahlo ab 25.10.2019

Mitglieder:

AOK Bremen/Bremerhaven

Frau Daniela Rywak.

Vertretung: Frau Janina Ebberfeld

BKK-Landesverband Mitte, Büro Mitte

Herr Stephan Hartmann

Vertretung: Frau Julia Wolke

IKK Landesverband Bremen

Herr Jörg Seifert

Vertretung: N.N.

vdek-Landesvertretung Bremen

Herr Ralf-Peter Bahlo

Vertretung: Herr Torsten Barenborg

Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e. V.

Herr Jürgen Scholz

Herr Prof. Dr. Tido Junghans

Vertretung: Herr Uwe Zimmer

Ärztammer Bremen

Frau Dr. Heidrun Gitter

Herr Dr. Klaus Hermes

Vertretung: Frau PD Dr. Heike Delbanco

Bremer Pflegerat

Frau Heidrun Pundt

Vertretung: Frau Barbara Venhaus-Schreiber

Patientenvertretung

Frau Sabine Bütow, Netzwerk Selbsthilfe

Fachgruppen im Land Bremen

Geburtshilfe und Neonatologie

Vorsitz: Herr Dr. Körner, Klinikum Links der Weser

Stellvertretung: Herr Dr. Petersen, Klinikum Links der Weser

Gefäßmedizin

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

Stellvertretung: Herr Dr. Keresztury, Klinikum Bremerhaven Reinkenheide

Kardiologie

Vorsitz: Herr Dr. Fach, Klinikum Links der Weser

Stellvertretung: Herr Prof. Dr. Christian Koch, Rotes-Kreuz-Krankenhaus

Operative Gynäkologie

Vorsitz: Herr Dr. Kemnitz, Klinikum Bremen-Mitte

Stellvertretung: Frau Schickhaus, Klinikum Links der Weser

Orthopädie/Unfallchirurgie

Vorsitz: Herr Dr. den Hertog, Paracelsus-Klinik Bremen

Stellvertretung: Herr Dr. Hedke, Rolandklinik

Pflege

Vorsitz: Frau Plötz, Rotes-Kreuz-Krankenhaus

Stellvertretung: Frau Sentker, Krankenhaus St.-Joseph-Stift

Pneumonie

Vorsitz: Herr Dr. Baumann, AMEOS-Klinikum Am Bürgerpark Bremerhaven

Stellvertretung: Herr Prof. Dr. Herget-Rosenthal, Rotes-Kreuz-Krankenhaus

Begriffe, Abkürzungen, Zeichen

Angiographie

Darstellung der Gefäße (meist Blutgefäße) mittels bildgebender Diagnostik, z.B. Röntgen.

Ankylose

Versteifung eines Gelenkes, das natürlicherweise beweglich ist.

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

Dieser Bewertungsindex dient der Beurteilung des Zustandes eines Neugeborenen. Er wird in der 1., 5. und 10. Minute nach der Geburt erhoben. 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**naesthesiologists)

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), der ohne Operation vermutlich nicht überleben wird.

Asphyxie

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

Axilladissektion

Entfernung von Lymphknoten in der Achselhöhle.

Azidose

Störung des Säure-Basen-Haushaltes in Richtung einer Übersäuerung.

BeT

Brust erhaltende Therapie.

CAP (C**ommunity a**quired **p**neumonia)

Ambulant (außerhalb eines Krankenhauses) erworbene Lungenentzündung.

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: 30 Atemzüge und mehr pro Minute (**R**espiratory rate)
- Blutdruck: systolisch unter 90 mmHg oder diastolisch unter 60 mmHg (**B**lood pressure)
- Alter: **65 Jahre und älter**

CRP (C**-**reaktives **P**rotein im Serum)

Das C-reaktive Protein als ein Entzündungsparameter steigt in der Akutphase massiver Entzündungsprozesse stark an. Die wiederholte Bestimmung im Verlauf dient der Kontrolle des Therapieerfolges.

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 Symptomatik und Leistungsfähigkeit zu verbessern.

CT-Angiographie (Computertomographie-Angiographie)

Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Gefäße.

CTG (Cardiotocography)

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

DCIS (Ductales Carcinoma in situ)

Eine krankhafte Zellwucherung in den Milchgängen der weiblichen Brust. Es handelt sich um entartete Zellen, die jedoch die Trennungsschicht zum Gewebe (Basalmembran) noch nicht durchbrochen haben.

DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information)

Dieses Institut entwickelt u.a. die Diagnose- (ICD) und Prozedurencodes (OPS) und passt sie regelmäßig an. Diese Informationen werden unter anderem zur Auslösung der Dokumentationspflicht im Verfahren benötigt.

Extirpation

Vollständige Entfernung von Organen, umschriebenem Gewebe oder einzelnen Lymphknoten.

Frühgeborenenretinopathie/ROP (Retinopathy of prematurity)

Netzhauterkrankung bei Frühgeborenen

Hemiolektomie

Chirurgische Teilentfernung von Dickdarmanteilen.

IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen)

Das Institut wurde 2015 vom Gemeinsamen Bundesausschuss als Stiftung gegründet. Schwerpunkte seiner Aufgaben liegen in der Entwicklung von Instrumenten der Qualitätssicherung, deren Weiterentwicklung und geeigneten Formen der Publikation.

Ischämie

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

IVH bei Frühgeborenen (Intraventrikuläre Hirnblutung)

Gehirnblutung in die Hirnwasserräume (Hirnventrikel).

Kollegiales Gespräch

Bei Referenzbereichsabweichungen oder seltenen Komplikationen werden besondere Sachverhalte von der betreffenden Abteilung in einem Gespräch mit der Fachgruppe oder mit Vertretern aus der Fachgruppe ausführlich erörtert.

Kontralateral

Fachausdruck für: auf der gegenüberliegenden Seite befindlich.

Laparatomie

Operative Eröffnung der Bauchhöhle (zur Durchführung von Operationen oder zu diagnostischen Zwecken).

MACCE (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Event)

Schwere Komplikationen am Herzen oder im Gehirn wie Herzinfarkt oder Schlaganfall.

Mikroembolien

Verschluss kleiner Blutgefäße durch körpereigene oder körperfremde Teilchen, z. B. Blutgerinnsel.

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.

M&M-Konferenzen

Interdisziplinäre Besprechungen von schweren Therapieverläufen oder tödlich verlaufenden Behandlungen.

NASCET (North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial)

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

NOAK/OAK

Neue **orale Antikoagulantien** bzw. **orale Antikoagulantien**. Gerinnungshemmende Medikamente, die direkt gegen bestimmte Gerinnungsfaktoren wirken.

Nosokomiale Infektion

Infektion, die während eines Aufenthaltes und/oder einer Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung verursacht wurde.

o/e

Methode zur Risikoadjustierung von Ergebnissen. Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (**o**bserved/**e**xpected).

Nervus Peroneus

Wadenbeinnerv. Bei Schädigung oder Kompression kann eine Peroneusparese (Lähmung) auftreten, die oftmals nur vorübergehend ist und in der Regel gut behandelt werden kann.

Polyhydramnion

Krankhafte Vermehrung des Fruchtwassers während der Schwangerschaft. Ursachen können auf Seiten des Kindes (z.B. Infektionen, Herzfehler) oder der Mutter (z. B. Diabetes mellitus) liegen.

Prophylaxe

Vorbeugende Maßnahme zur Verhütung von Erkrankungen.

PTA (Perkutane transluminale Angioplastie)

Verfahren zur Erweiterung bzw. Wiedereröffnung von verengten oder verschlossenen Blutgefäßen; hierzu wird mittels eines Katheters ein kleiner Ballon in das Blutgefäß eingeführt.

PVH (Periventrikuläre Hirnblutung)

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

PVL (Periventrikuläre Leukomalazie)

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

Qualitätsindikator

Definiertes Merkmal, das eine Aussage über die Güte von Behandlungen ermöglichen soll. 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

Das Einbeziehen von Einflussgrößen wie Begleiterkrankungen oder ASA-Klassifikation in die Berechnung eines Qualitätsindikators. Sie soll der besseren Vergleichbarkeit von Ergebnissen dienen und eine einheitliche Bewertung ermöglichen. Die Entwicklung von Rechenmodellen hierfür ist sehr komplex.

R0-Resektion

Entfernung eines Tumors im Gesunden. Am Resektionsrand lässt sich histologisch kein Tumorgewebe nachweisen.

Sentinel event

Bereits ein einziger Vorfall stellt eine rechnerische Auffälligkeit dar und bedarf automatisch der Abklärung (Beispiel Geburtshilfe: Müttersterblichkeit).

Sepsis

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

Statistische Auffälligkeit

Ergebnisse von Qualitätsindikatoren, die unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren, u.a. Fallzahlen, signifikant vom Referenzbereich abweichen. Die statistische Auffälligkeit wird gegenwärtig bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ermittelt.

Stenose

Verengung, Engstelle z. B. in einem Blutgefäß.

Stent

Gefäßstütze (Implantat) zur Offenhaltung von Hohlorganen (z.B. Gefäße). Meist handelt es sich dabei um rohrförmige Gittergerüste aus Metall oder Kunststoffen.

Strukturierter Dialog

Im Rahmen der externen Qualitätssicherung erheben Krankenhäuser zu definierten Behandlungen Daten, die nach bundesweiten Vorgaben ausgewertet werden. Die Ergebnisse werden den Kliniken zurückgespiegelt und in den Expertengremien, den Fachgruppen, beraten. Abweichungen von den bundesweit einheitlichen Referenzwerten werden im Dialog mit den jeweiligen Krankenhäusern kritisch hinterfragt. Dabei wird auch geprüft, ob und welche Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung notwendig sind. Hier haben die Verantwortlichen in den Kliniken die Möglichkeit, im kollegialen Dialog voneinander zu lernen. Im Jahresvergleich wird dann kontrolliert, ob die Verbesserungsmaßnahmen erfolgreich waren.

Synkope

Kurze Bewusstlosigkeit (Sekunden bis Minuten) infolge einer gestörten Durchblutung des Gehirns mit Verlust der Haltungskontrolle.

Hinweise zu den Auswertungen

Im Folgenden sind die einzelnen Leistungsbereiche mit ihren Qualitätsindikatoren und den Ergebnissen hierzu für 2018 angeführt. Neben den Landes- und Bundesergebnissen sind in der Regel die Spannweiten zu den Ergebnissen im Land Bremen dargestellt. Sofern ein bundesweiter Referenzbereich vorliegt, ist er in der rechten Spalte abzulesen. Das „Ergebnis Bremen“ errechnet sich aus allen Fällen (Land Bremen). Analog gilt dies für die Berechnung „Ergebnis Bund“: Herangezogen werden Daten der jeweiligen Krankenhäuser bundesweit.

Verschiedentlich wird der Text ergänzt um Graphiken, die die Entwicklung von Indikatorergebnissen im zeitlichen Verlauf darstellen. Sofern sich die Berechnungsgrundlagen in den betrachteten Zeiträumen derart geändert haben, dass ein Vergleich nur noch eingeschränkt möglich ist, ist dies gekennzeichnet.

Karotis-Revaskularisation (Modul 10/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 421

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
603	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	98,96	100,00		%	>= 95,00
604	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	99,80	100,00		%	>= 95,00
52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	13 (=6,60%)	0 (=0,00%)		Fälle	sentinel event
11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle – offen-chirurgisch	1,00	1,43	0,00-2,29	o/e	<= 2,99
11724	Schwere Schlaganfälle oder Todesfälle – offen-chirurgisch	1,00	1,26	0,00-1,92	o/e	nicht definiert
Indikatorengruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod – offen-chirurgisch						
605	...bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose	1,23	2,53	0,00-10,00*	%	nicht definiert
606	...bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose	2,74	0,00		%	nicht definiert
51859	...bei symptomatischer Karotisstenose	3,03	3,18	0,00-4,76*	%	nicht definiert
51437	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	98,51	100,00		%	>= 95,00
51443	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	99,56	100,00		%	>= 95,00
51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle – kathetergestützt	1,00	1,15	0,00-3,85	o/e	<= 3,03
51865	Schwere Schlaganfälle oder Todesfälle – kathetergestützt	1,00	0,62	0,00-2,81	o/e	nicht definiert
Indikatorengruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod – kathetergestützt						
51445	...bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose	1,71	4,55	0,00-8,57*	%	nicht definiert
51448	...bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose	1,95	0,00		%	nicht definiert
51860	...bei symptomatischer Karotisstenose	3,69	2,00	0,00-7,69*	%	nicht definiert
161800	Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit	8,83	0		%	<=5,00

* Inkl. Kliniken mit weniger als 20 Fällen in der Grundgesamtheit

Aus den Fachgruppenberatungen:

Während bzw. kurz nach der **kathetergestützten Revaskularisation** erlitten in einem Haus drei Patienten einen **Schlaganfall**, ein Patient ist **verstorben**.

Die Patienten mit Schlaganfall zeigten neurologische Symptome wie Hemiparese, Kribbeln in einer Gesichtshälfte, Krampfanfall bzw. eine leichte Störung in der Feinmotorik. Als ursächlich für die Schlaganfälle wurden Mikroembolien vermutet, die trotz Protektionssystemen nicht verhindert werden konnten. Die Symptome waren zeitnah zurückgegangen.

Nach Operation am Herzen ist ein Patient in Folge von Nachblutungen und Multiorganversagen verstorben. Bei beidseitiger hochgradiger Stenose erfolgte der Eingriff zur Revaskularisation der A. Karotis mit einem Stent in Vorbereitung der Herzoperation.

Zu allen vier Fällen war eine Indikation für den Eingriff an der A. Karotis gegeben, Mängel in der Versorgung konnte die Fachgruppe nicht feststellen.

Weitere Referenzbereichsabweichungen lagen nicht vor.

Geburtshilfe (Modul 16/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 9.467 (9.669 Kinder)

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
52249	Kaiserschnittgeburten	0,98	0,95*	0,88-1,02	o/e	<= 1,23
51831	Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	1,06	2,29	0-3,41	o/e	<= 6,00
321	Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	0,23	0,39	0-0,57	%	nicht definiert
51397	Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	1,07	1,80	0-2,62	o/e	nicht definiert
181800	Qualitätsindex zu Damrissen IV bei Einlingsgeburten	1,09	1,50	0-2,69	o/e	<= 3,96
331	Müttersterblichkeit im Rahmen der Perinatalerhebung	24 (=0,00%)	1 (=0,01%)	0-1	Fälle	nicht definiert
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	97,17	97,52	93,75-100,00	%	>= 90,00
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	97,55	100,00		%	>=95,00
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	32 (=0,32%)	0 (=0,00%)		Fälle	sentinel event
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	99,17	99,40	98,70-99,77	%	>=90,00
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	1,05	1,34	0,19-1,84	o/e	<=2,32

*zur Berechnung werden Mütter mit Geburt mindestens eines Kindes (24+0 bis unter 42+0 SSW) herangezogen.

Aus den Fachgruppenberatungen:

Obwohl für den Indikator **Müttersterblichkeit** in diesem Jahr kein Referenzbereich definiert war (bis 2017 war es ein sentinel event), bat die Bundesfachgruppe Perinatalmedizin jedem mütterlichen Todesfall im Rahmen des strukturierten Dialogs nachzugehen.

Im Land Bremen war eine Mutter an den Folgen ihrer schweren malignen Grunderkrankung kurz nach der Geburt verstorben. Bereits vor der Schwangerschaft wurde die Erkrankung diagnostiziert, die Betroffene hatte eine Behandlung aus religiösen Gründen abgelehnt. Das Kind wurde auf Grund deutlicher Verschlechterung des Allgemeinzustandes der Mutter per Kaiserschnitt entbunden.

Nach Einschätzung der Bremer Fachgruppe handelte es sich um einen tragischen Einzelfall, es konnten keine Mängel in der geburtshilflichen Versorgung festgestellt werden.

	Sectio caesarea (Entbindungen per Kaiserschnitt Bund und Bremen) Bund: 768.458 Kinder* 754.067 Mütter Bremen: 9.669 Kinder* 9.467 Mütter			
	absolut		in %	
	Bund	Bremen	Bund	Bremen
Per Kaiserschnitt entbunden (insgesamt)	241.728	2.999	31,46%	31,02%
Kaiserschnitt war geplant (= primäre Sectio caesarea)	**	1.294	**	13,38%
Entscheidung zum Kaiserschnitt fiel im Geburtsverlauf (= sekundäre Sectio caesarea)	**	1.627	**	16,83%
Sectio caesarea ohne nähere Angaben	**	78	**	0,19%

*umfasst alle lebend- und totgeborenen Kinder.

**in der Auswertung der Bundesdaten sind diese Informationen nicht veröffentlicht.

Neben den Qualitätsindikatoren werden seit vielen Jahren auch die Raten zu den Entbindungen per Kaiserschnitt dargestellt. Deren Anteil an allen Geburten war im Vergleich zu den Vorjahren in Bremen konstant (2017: 30,48%; 2016: 31,02%; 2015: 31,65%) und lag knapp unter dem bundesweiten Durchschnitt.

Zu den fünf planungsrelevanten Qualitätsindikatoren **Anwesenheit eines Pädiaters** sowie **antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten**, **E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitten**, **perioperative Antibiotikagabe bei Kaiserschnittentbindungen** und **Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen** waren im Land Bremen keine rechnerischen oder statistischen Auffälligkeiten zu verzeichnen. Diese Indikatoren werden vom IQTiG gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (planQI-RL) ausgewertet.

Informationen zu der Richtlinie können auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses abgerufen werden (<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/91/>).

Neonatologie (Modul Neo)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1.892

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenz- bereich
Indikatorengruppe: Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten						
51070	Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)	312 (=0,34%)	5 (=0,32%)	0-4	Fälle	sentinel event
51832	Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen* (ohne zuverlegte Kinder)	3,95	4,24	0,00-7,53	%	nicht definiert
51837	Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen* (ohne zuverlegte Kinder)	0,92	1,14	0,00-1,53	o/e	nicht definiert
Indikatorengruppe: Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)						
51076	...bei sehr kleinen Frühgeborenen* (ohne zuverlegte Kinder)	3,33	4,97	0,00-8,89	%	nicht definiert
50050	...bei sehr kleinen Frühgeborenen* (ohne zuverlegte Kinder)	0,98	1,53	0,00-1,95	o/e	nicht definiert
Indikatorengruppe: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)						
51838	...bei sehr kleinen Frühgeborenen* (ohne zuverlegte Kinder)	2,16	0,49	0,00-0,99	%	nicht definiert
51843	...bei sehr kleinen Frühgeborenen* (ohne zuverlegte Kinder)	0,90	0,18	0,00-0,31	o/e	nicht definiert
Indikatorengruppe: Zystische periventriculäre Leukomalazie (PVL)						
51077	...bei sehr kleinen Frühgeborenen* (ohne zuverlegte Kinder)	1,39	0,00	0,00-3,13	%	nicht definiert
50051	...bei sehr kleinen Frühgeborenen* (ohne zuverlegte Kinder)	1,05	0,00		o/e	nicht definiert
Indikatorengruppe: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)						
51079	...bei sehr kleinen Frühgeborenen* (ohne zuverlegte Kinder)	5,54	1,11	0,00-3,13	%	nicht definiert
50053	...bei sehr kleinen Frühgeborenen* (ohne zuverlegte Kinder)	0,95	0,29	0,00-1,59	o/e	nicht definiert
Indikatorengruppe: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)						
51078	...bei sehr kleinen Frühgeborenen* (ohne zuverlegte Kinder)	3,44	1,30	0,00-2,78	%	nicht definiert
50052	...bei sehr kleinen Frühgeborenen* (ohne zuverlegte Kinder)	0,92	0,45	0,00-0,49	o/e	nicht definiert
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	0,93	0,91	0,00-1,20	o/e	<= 1,91
50060	Kinder mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder)	0,92	0,78	0,00-1,33	o/e	<= 2,79
50062	Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)	0,92	0,43	0,00-1,41	o/e	<= 2,54
52262	Zunahme des Kopfumfanges	10,05	9,60	0,00-14,10	%	<= 24,74
50063	Durchführung eines Hörtests	97,86	98,83	96,26-100,00	%	>= 95,00
Indikatorengruppe: Temperatur bei Aufnahme						
50069	Sehr kleine Frühgeborene* mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad	0,97	1,70	0,00-3,73	o/e	<= 2,52
50074	Risiko-Lebendgeburten mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad	0,95	1,12	0,43-1,77	o/e	<= 2,04

* Geburtsgewicht unter 1500g

Aus den Fachgruppenberatungen:

Fünf Kinder waren in zwei Häusern verstorben (**Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten**). Vier dieser Kinder wiesen schwere Grunderkrankungen auf (z. B. Hirnödem, zerebrale Krampfanfälle, kardiologische Erkrankungen wie VSD und ASD, Lungenhypoplasie); die Therapien wurden bei infauster Prognose kurz nach der Geburt beendet.

Schon zur Geburt bestand bei einem weiteren Kind ein hämorrhagischer Schock, an dessen Folgen es auf Grund einer Gerinnungsstörung verstorben ist. Bereits die Schwangerschaft war bei Polyhydramnion und festgestellter schwerer Fehlbildung des Kindes (Mittelgesichthypoplasie) nicht einfach.

In einem Krankenhaus wurde für vier sehr kleine Frühgeborene eine **Temperatur unter 36°C** bei Aufnahme dokumentiert: Für zwei Kinder, die zu Hause geboren sind, konnte trotz entsprechender Maßnahmen im Rettungswagen eine Temperatur über 36°C nicht erreicht werden. Für ein weiteres Kind ließ sich die Ursache für die niedrige Aufnahmetemperatur nachträglich nicht ermitteln. Im vierten Fall lag ein Dokumentationsfehler vor, die Aufnahmetemperatur lag bei 37°C.

Mängel in der stationären Versorgung konnte die Fachgruppe nicht feststellen.

Gynäkologische Operationen (Modul 15/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 2.094

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
60683	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund	306 (=12,24%)	5 (=13,15%)	0-2	Fälle	nicht definiert
60684	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis unter 55 Jahre ohne pathologischen Befund	11,97	17,0	0,00-37,50	%	nicht definiert
60685	Entfernung des Ovars oder der Adnexe	523 (=1,14%)	7 (=1,39%)	0-3	Fälle	sentinel event
60686	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen von 46-55 Jahren und Ovar- oder Adnexeingriffe mit benigner Histologie	20,03	23,93	12,82-100,00*	%	<= 40,23
612	Organerhaltung bei Ovariectomien bei Patientinnen bis 45 Jahre	88,28	87,95	50,00-97,96*	%	>= 74,04
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	2,47	2,13	0,00-50,00*	%	<= 4,94
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	7,60	7,98	0,00-17,07	%	<=20,00
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovariectomie mit Gewebsentfernung	1,10	1,28	0,00-2,41*	%	<=5,00
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	1,10	1,32	0,00-1,93*	o/e	<=4,18

* Inkl. 1 Klinik mit weniger als 5 Fällen in der Grundgesamtheit

Aus den Fachgruppenberatungen:

Die Ausführungen eines Hauses zu den Indikatoren **beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie, Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre** sowie **transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden** wurden von der Fachgruppe als plausibel und nachvollziehbar gewertet. Die Befunde der insgesamt zwei Fälle wurden im Zusammenhang mit viszeralchirurgischen Eingriffen erhoben und die Operationen unter externer frauenärztlicher Expertise durchgeführt, da das Haus selbst nicht über eine Frauenklinik verfügt.

Die längere Verweildauer eines **transurethralen Blasenverweilkatheters über 24 Stunden** hinaus bei zwei Patientinnen war aus viszeralchirurgischen bzw. internistischen Gründen indiziert. Abbildung 1 visualisiert die bundes- und bremenweite Ergebnisentwicklung von 2015-2018. In diesem Zeitraum unterschreiten die Bremer Ergebnisse die Bundesergebnisse deutlich und liegen, vom ersten Jahr abgesehen, unterhalb des Bundesdurchschnitts. Mit einer Klinik ohne gynäkologische Abteilung wurde zweimal ein strukturierter Dialog geführt, Frauenkliniken wiesen zu diesem Indikator in Bremen bisher keine rechnerischen Auffälligkeiten auf.

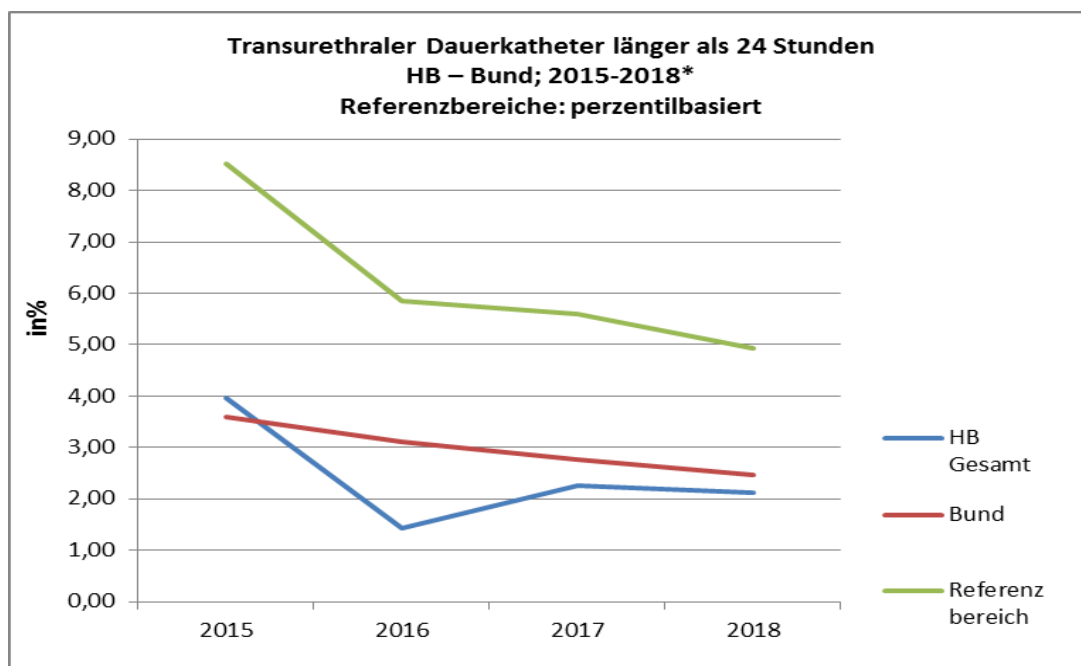


Abbildung 1: Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden
 * mit den Vorjahren eingeschränkt vergleichbar

Zum Indikator **beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie** hatten drei Krankenhäuser Stellungnahmen eingereicht, zu denen die Fachgruppe ebenfalls keine Auffälligkeiten feststellte. Eine Klinik, mit der die Fachgruppe im Vorjahr auch zu diesem Indikator wegen Überschreitung des Referenzbereiches ein kollegiales Gespräch geführt hatte, konnte das diesjährige Ergebnis deutlich verbessern. U.a. zeigte sich bei einer Patientin mit Zervixkarzinom intraoperativ neben ausgedehnten Darmverwachsungen durch mehrere Operationen innerhalb weniger Monate ein zystischer Adnextumor. Dieser erfüllte definierte Malignitätskriterien, die eine Adnektomie indizierten. Die Patientin entschied sich aufgrund ihrer Krankengeschichte präoperativ eindeutig gegen den Organerhalt.

Auch bei einer zweiten Patientin konnte ein malignes Geschehen nicht ausgeschlossen werden, so dass der Organerhalt nicht gerechtfertigt werden konnte.

Aufgrund eines suspekten Tumorbefundes der rechten Adnexe, die an der Beckenwand verwachsen war, wurde im zweiten Krankenhaus die Entscheidung zur Adnektomie getroffen. Die Patientin war bereits mehrfach beidseits wegen Ovarialzysten operiert worden; intraoperativ zeigte sich ein ausgeprägter Verwachsungsbauch. Bei geplanter Ovarialzystenextirpation wurde im Vorfeld des Eingriffes auch eine mögliche Änderung des geplanten operativen Vorgehens mit der Patientin besprochen. Nach Einschätzung der Fachgruppe war die Indikation für die beschriebene operative Therapie gegeben.

Für das dritte Krankenhaus wurden einige Fälle als rechnerisch auffällig ausgewiesen, obwohl diese wegen definierter Diagnosen aus dem Indikator hätten ausgeschlossen werden müssen. Die entsprechenden Ausschlussdiagnosen waren von der Klinik zwar kodiert und in die QS-Software eingepflegt, jedoch von dem QS-Programm nicht übermittelt worden. Nach Rücksprache mit dem Softwareanbieter stellte sich heraus, dass einige technische Vorgaben der Software nicht korrekt umgesetzt worden waren. Die Fachgruppe hatte keinen Hinweis auf Mängel in der Versorgungsqualität identifiziert und bewertete das Ergebnis als unauffällig.

Die Indikatoren **Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen, vollständige Entfernung von Ovar oder Adnexe ohne pathologischen Befund** und **fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung** werden den planungsrelevanten Indikatoren zugerechnet, weshalb die Beratung der Ergebnisse im strukturierten Dialog auf Landesebene in der Regel nicht vorgesehen ist. Für 2018 wiesen die Bremer Krankenhäuser hier weder statistische noch rechnerische Auffälligkeiten auf.

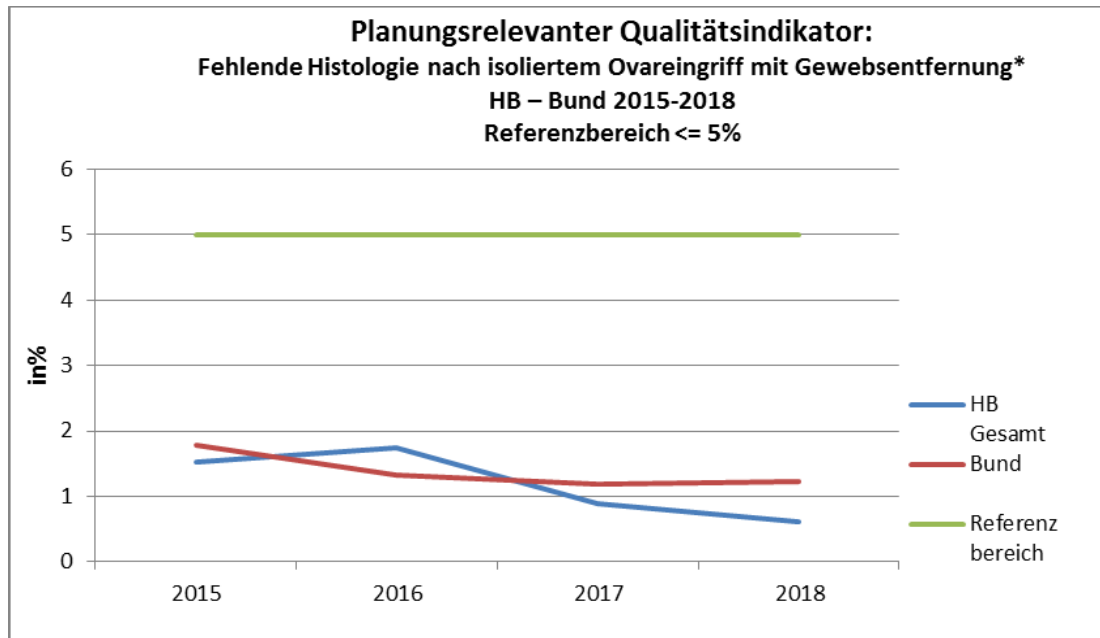


Abbildung 2: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung, HB – Bund 2015-2018
* mit den Vorjahren eingeschränkt vergleichbar

Abbildung 2 zeigt, dass der Referenzbereich zum Indikator im Bundes- und auch Landesdurchschnitt in den dargestellten Jahren deutlich unterschritten wird; seit 2017 liegen die Bremer Ergebnisse auch unterhalb den Bundesergebnissen. Für 2016 waren insgesamt 9 Fälle und für 2018 6 Fälle aufgetreten.

Mammachirurgie (Modul 18/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1.377

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	97,46	98,80	96,15-100,00	%	>= 90,00
52268	HER2-Positivitätsrate	13,12	12,77	4,35-16,77	%	nicht definiert
52267	Niedrige HER2-Positivitätsrate	0,99	1,04	0,35-1,41	o/e	>= 0,43
52278	Hohe HER2-Positivitätsrate	0,99	1,04	0,35-1,41	o/e	<= 1,64
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und Brust erhaltender Therapie	6,03	4,55	0,00-11,11*	%	<= 8,20
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	96,44	96,14	91,67-100,00	%	>= 90,00
51370	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation	4,01	3,32	1,45-9,52	%	<= 16,19
60659	Nachresektionsrate	15,04	16,18	10,40-38,65	%	nicht definiert
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS	98,63	98,94	94,74-100,00	%	nicht definiert
2163	Primäre Axilladisektion bei DCIS	4 (=0,06)	0 (=0,00)		Fälle	sentinel event
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	98,07	98,64	95,65-100,00	%	>=95,00
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	99,41	99,37	96,55-100,00	%	>=95,00

* Inkl. Kliniken mit weniger als 20 Fällen in der Grundgesamtheit

Aus den Fachgruppenberatungen:

Eine Klinik wies eine diskrete Überschreitung des Referenzbereiches zum Indikator **Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (o/e) an HER2-positiven Befunden: niedrige HER2-Positivitätsrate** auf. Es lagen keine Dokumentationsfehler vor, die Daten der Gewebeuntersuchung waren korrekt kodiert worden, dies hatten auch Querprüfungen gezeigt. Dass sich eine von insgesamt drei Patientinnen mit HER2-Neu-Positivitätsrate nicht behandeln ließ und der Fall damit im QS-Verfahren nicht abgebildet wurde, wirkte sich zudem negativ auf das Indikatorergebnis aus. Auch weitere Untersuchungen ergaben keine HER2-Neu-Auffälligkeiten.

Das auch von anderen Einrichtungen beauftragte untersuchende Institut erfüllt die einschlägigen QS-Kriterien, nimmt an Ringversuchen teil und ist zertifiziert. Die dargestellte Abweichung des Krankenhauses hat die Fachgruppe auf das Patientinnenkollektiv und eine geringe statistische Signifikanz bei geringem Fallvolumen zurückgeführt. Sie bewertete das Ergebnis als qualitativ unauffällig, da sich aus ihrer Sicht kein Hinweis für Mängel in der Versorgungsqualität ergeben hat.

Die Betrachtung auch bundesweiter Ergebnisse zum Indikator zeigte eine geringe statistische Signifikanz und damit korrespondierende statistische Verzerrungen durch kleine Grundgesamtheiten: Bundesweit stehen 410 Krankenhäusern mit bis zu 19 Fällen in der Grundgesamtheit 71

Krankenhäusern mit 20 Fällen und mehr im Nenner gegenüber. In Bremen lagen die Grundgesamtheiten im Indikator für 2018 zwischen 1 und 18.

Mit Einverständnis der Patientinnen wurde in zwei Fällen mit fraglich invasiven bzw. malignen Komponenten eine **Lymphknotenentnahme bei DCIS und BeT** durchgeführt. Nach Einschätzung der Fachgruppe war die Indikation plausibel dargelegt und das Vorgehen begründet. Sie wertete das Ergebnis als qualitativ unauffällig.

Die Indikatoren **primäre Axilladisektion bei DCIS, intraoperative Präparatradiografie oder Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung** sowie **intraoperative Präparatradiografie oder Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung** sind den planungsrelevanten Indikatoren zugeordnet, weshalb die Beratung der Ergebnisse im strukturierten Dialog auf Landesebene in der Regel nicht vorgesehen ist.

Für 2018 wiesen die Bremer Krankenhäuser weder statistische noch rechnerische Auffälligkeiten auf.

In den Abbildungen 3 und 4 sind die Entwicklungen von Bundes- und Landesergebnissen zu den Indikatoren zur Drahtmarkierung des Tumors und intraoperative Prüfung der adäquaten Resektion durch bildgebende Verfahren in den letzten vier Jahre dargestellt:

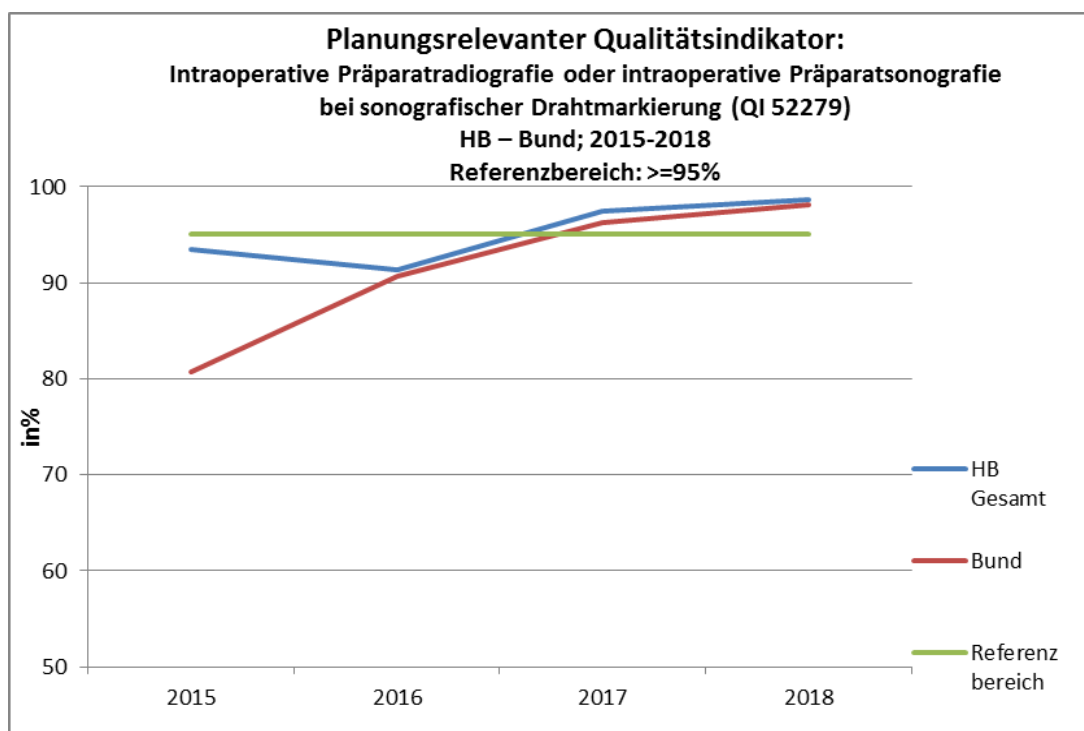


Abbildung 3: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung

Hier zeigt sich eine eindrucksvolle Entwicklung des Bundesergebnisses: Im Jahr 2015 wird der Referenzbereich mit knapp 15% erheblich unterschritten, aber im Laufe der folgenden Jahre steigen die Ergebnisse deutlich – seit 2017 sogar mit Überschreitung des Richtwertes.

Die Bremer Ergebnisse starten auf einem höheren Niveau und auch hier wird das Landesergebnis bis 2018 sogar mit diskreter Überschreitung des Bundesergebnisses weiter verbessert.



Abbildung 4: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei radiografischer Drahtmarkierung

Etwas anders stellen sich die Ergebnisse zu diesem Indikator dar: Bundes- und landesweit liegen die Auswertungsergebnisse von Anbeginn oberhalb des Referenzbereiches und erreichen mittlerweile über 99%, d.h. ein so genannter Deckeneffekt ist eingetreten – wesentliche Steigerungen sind nicht mehr möglich.

Hüftgelenknahe Femurfraktur, osteosynthetische Versorgung (Modul 17/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 672

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
54030	Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	14,12	12,80	4,62-20,63*	%	<= 15,00
54050	Sturzprophylaxe	95,34	96,79	88,46-100,00*	%	>= 85,00
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,03	1,14	0,39-2,21*	o/e	<= 2,24
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,27	1,19	0,00-3,17*	%	<= 4,50
54040	Wundhämatome/Nachblutungen	0,91	0,91	0,00-2,35*	o/e	<= 4,28
54042	Allgemeine Komplikationen	0,98	0,86	0,30-1,42*	o/e	<= 2,17
54046	Todesfälle	1,03	0,80	0,00-1,68*	o/e	<= 2,07

* Inkl. 1 Klinik mit weniger als 10 Fällen in der Grundgesamtheit

Aus den Fachgruppenberatungen:

Die Ergebnisse der drei Häuser mit Referenzbereichsüberschreitungen zum Indikator **präoperative Verweildauer oberhalb von 24 Stunden** wurden als qualitativ unauffällig gewertet. Nach Einschätzung der Fachgruppe hatten die Häuser plausibel darlegen können, dass die Operationszeitpunkte nicht vorverlegt werden konnten. Verzögert hatten sich die OP-Zeiten vor allem durch schwere internistische Erkrankungen und Therapien wie Pneumonie, Vorhofflimmern bei Marcumartherapie, kurz zuvor erfolgter Aortenklappenersatz, multiple Stürze, schwieriges Gerinnungsmanagement, verzögerte Diagnosesicherung bei unklarer Symptomatik sowie vereinzelt auch organisatorische Gründe.

Die deutliche Verbesserung des Indikatorergebnisses eines Hauses im Vergleich zu den Vorjahren ist vor allem auf ein geändertes Antikoagulationsmanagement zurückzuführen. Die präoperative Vorbereitung von Marcumarisierten Patienten mit Vitamin-K-Gaben hatte zunächst nicht zum gewünschten Erfolg geführt, so dass die SOP (Standard Operating Procedure) auf PPSB-Gaben umgestellt wurde.

Die Fachgruppe empfahl allen Kliniken, sowohl das präoperative Antikoagulationsmanagement als auch die OP-Planungen kontinuierlich auf Optimierungsmöglichkeiten hin zu prüfen.

Die übrigen Indikatorergebnisse lagen innerhalb der Referenzbereiche.

Hüftendoprothesenversorgung (Modul HEP)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 2.611

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
54001	Indikation zu Hüftendoprothesen-Erstimplantationen	97,13	98,57	96,18-100,00	%	>= 90,00
54002	Indikation zu Hüftendoprothesen-Wechseleingriffen	92,36	94,14	88-100,00	%	>= 86,00
54003	Präoperative Verweildauer länger als 48 Stunden bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	13,75	10,11	2,17-33,33*	%	<= 15,00
54004	Sturzprophylaxe	95,81	96,22	91,49-100,00	%	>= 85,00
54015	Allgemeine Komplikation bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,01	0,99	0,00-1,38	o/e	<= 2,14
54016	Allgemeine Komplikation bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	1,51	2,74	0,00-33,33	%	<= 5,72
54017	Allgemeine Komplikation bei Hüftendoprothesenwechsel/-Komponentenwechsel	6,18	7,29	0,00-18,18	%	<= 15,15
54018	Spezifische Komplikation bei Hüftendoprothesen-Implantationen bei hüftgelenknaher Femurfraktur	4,62	4,68	0,00-16,67	%	<= 11,41
54019	Spezifische behandlungsbedürftige Komplikation bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2,35	3,66	0,00-7,52	%	<= 7,50
54120	Spezifische behandlungsbedürftige Komplikation bei Hüftendoprothesenwechsel/-Komponentenwechsel	1,06	1,23	0,00-4,07	o/e	<= 2,33
54010	Beweglichkeit nach Entlassung	98,10	99,12	86,44-100,00	%	nicht definiert
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,00	1,38	0,61-2,97	o/e	<= 2,40
54013	Todesfälle bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit	420 (=0,21%)	9 (=0,45%)	0-3	Fälle	sentinel event
10271 - FU	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf	1,10	1,04	0,00-2,15	o/e	<= 3,12

* Inkl. 2 Kliniken mit weniger als 10 Fällen in der Grundgesamtheit

Aus den Fachgruppenberatungen:

Bei zwei Patienten ohne Traumaanamnese wurde eine hüftgelenknahe Femurfraktur erst im weiteren stationären Verlauf festgestellt, zunächst war eine Wirbelsäulenerkrankung vermutet worden. Die Klinik ohne allgemein- oder unfallchirurgische Abteilung war im Indikator **präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur** aufgefallen, da durch die geringen Fallzahlen der Referenzbereich schnell erreicht wurde. Hinweise auf Versorgungsmängel hatte die Fachgruppe nicht erkannt.

In vier Kliniken waren insgesamt neun Patienten nach Einbau einer Hüftendoprothese **verstorben**. Etwa zwei Drittel dieser Patienten waren in Folge der endoprothetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur ihren schweren Grunderkrankungen erlegen (u. a. chronische Leberzirrhose, iv-Drogenabusus, Z. n. Apoplex, HIV, Morbus Parkinson, Ösophagusvarizen II°, akute kardiale Dekompensation). Ohne Vorzeichen kam es bei einem Patienten mit kardialer, nephrologischer und kardio-vaskulärer Vorgeschichte postoperativ zu einem Herzstillstand, sofort ein-

geleitete Reanimationsversuche blieben erfolglos. Die genaue Todesursache konnte nicht festgestellt werden, da keine Einwilligung zur Obduktion gegeben wurde.

Zwei Patienten waren während des Aufenthaltes zum Hüft-TEP-Wechsel nach periprothetischer Fraktur einem kardiogenen Schock bzw. einer fulminanten Lungenembolie erlegen.

Nach Einschätzung der Fachgruppe handelte es sich um schicksalhafte, tragische Verläufe. Hinweise auf Mängel in der medizinischen Versorgung konnte sie nicht feststellen. Die Fachgruppe unterstrich, dass Letalitätsraten zwischen frakturbedingten Hüft-TEP-Implantationen und elektiven Hüft-TEP-Eingriffen wegen der unterschiedlichen Risikoverteilung nicht vergleichbar sind.

Die Ergebnisse von fünf Kliniken mit Referenzbereichsüberschreitungen zum Indikator **spezifische Komplikationen** wurden als nicht qualitativ auffällig gewertet:

Diese bestanden u.a. aus Hämatabildung mit erfolgreicher Ausräumung bei erhöhter Blutungsgefahr unter Xarelto®-Therapie, Revision von Kopf und Inlay und paralleler Antibiotikatherapie nach Frühinfekt eines Patienten mit reduziertem Allgemeinzustand und medialer Schenkelhalsfraktur, Wundheilungsstörungen bei Patienten mit erhöhtem Komplikationsrisiko (Diabetes mellitus, Adipositas per magna, Niereninsuffizienz) sowie Hüftluxation (Incompliance durch Beugung über 90°).

Die Indikationsstellungen zu den Eingriffen waren nach Einschätzung der Fachgruppe begründet.

Die zum Teil kleinen Grundgesamtheiten in den Berechnungen und die damit einhergehende geringe statistische Signifikanz zum Indikator **allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation** sind nach Einschätzung der Fachgruppe aus methodischen Erwägungen kritisch zu sehen, da es sich um einen Teilindikator handelt, der Wechseleingriffe nicht berücksichtigt. Die vorgestellten Fälle waren zumeist nicht eindeutig als Elektiveingriffe zu klassifizieren:

Unter anderem zeigte sich nach Gammanagelentfernung und Implantation einer Duokopflangenschaftprothese bei einem Patienten mit koronarer Herzkrankheit, Z. n. ACB und COPD postoperativ ein eingeschränkter Gasaustausch sowie ansteigende Infektparameter; der Trachealabstrich war positiv. Nach längerer Beatmung und Weaningprozess stabilisierte sich der Zustand, der Patient konnte in die Reha entlassen werden.

Postoperativ entwickelte sich nach zunächst unkompliziertem Verlauf bei einem Patienten eine Lungenarterienembolie, die erfolgreich behandelt werden konnte, sodass der Patient später in die geriatrische Reha verlegt wurde.

Der ohnehin reduzierte Allgemeinzustand eines multimorbiden Patienten mit periprothetischer Fraktur bei Hüft-TEP in einem anderen Haus verschlechterte sich nach **Schaftwechsel und Revisionseingriffen**: Es entwickelten sich Wundheilungsstörungen, eine Pneumonie und die vorbestehende Niereninsuffizienz wurde dialysepflichtig.

Die Hintergründe zur eingeschränkten **Gefähigkeit bei Entlassung** (risikoadjustierter Indikator) einiger Patienten waren nach Auffassung der Fachgruppe nachvollziehbar und plausibel dargelegt: Neben wenigen Dokumentationsfehlern lagen u. a. Antriebsminderung und eingeschränkte Zugänglichkeit bei Demenz, eingeschränkte Belastungsfähigkeit bei reduziertem Allgemein- und Ernährungszustand, Infekt oder anderen schweren Erkrankungen sowie Kombinationsverletzungen, die eine Mobilisation erschwerten, zugrunde. Die Fachgruppe konstatierte eine besondere Patientenlientel, die schwer in die gewünschte Gefähigkeit zu mobilisieren war.

Die Bundesfachgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie wurde darauf hingewiesen, dass – anders als bei der osteosynthetischen Versorgung von Femurfrakturen – definierte Kombinationsverletzungen (hier: Schenkelhalsfraktur und proximale Humerusfraktur) von der Dokumentationspflicht nicht ausgenommen sind, da z.B. die Mobilisierung postoperativ in der Gruppe erschwert ist und es wurde um Angleichung an den Leistungsbereich 17/1 gebeten. Hintergrund: Mit der Zusammenlegung der Frakturen, Implantations- und Wechseleingriffen zum Modul Hüftendoprothesenversorgung vor einigen Jahren waren einige Ein- und Ausschlusskriterien nicht angepasst worden. Nach Auskunft der Bundesfachgruppe sind verschiedene Auslösealgorithmen historisch und weniger methodisch oder medizinisch begründet.

Die Ergebnisse zu den Follow-Up-Indikatoren – über diese werden in der Längsschnittbetrachtung definierte Aspekte zur Qualitätsbewertung (wie Reoperationen) dargestellt – lagen für alle Bremer Kliniken erneut innerhalb der Referenzbereiche.

Knieendoprothesenversorgung (Modul KEP)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 1.605

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
54020	Indikation zur elektiven Knieendoprothesenimplantation	97,82	98,63	95,44-100,00	%	>= 90,00
54021	Indikation zur Schlittenprothese	96,43	97,69	93,33-100,00	%	>= 90,00
54022	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel/-Komponentenwechsel	93,31	95,73	83,33-100,00	%	>= 86,00
54123	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesenimplantation	1,40	1,95	0,00-4,09	%	<= 5,00
50481	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel/-Komponentenwechsel	3,24	4,39	0,00-10,34	%	<=10,73
54124	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesenimplantation	1,05	1,57	0,00-5,00	%	<= 3,89
54125	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel/-Komponentenwechsel	4,59	5,98	0,00-13,64	%	<= 13,33
54026	Beweglichkeit bei Entlassung	92,92	94,09	69,39-100,00	%	nicht definiert
54028	Gehunfähigkeit bei Entlassung	0,89	0,83	0,00-2,59	o/e	<= 3,79
54127	Todesfälle bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit	62 (=0,04%)	1 (=0,07%)	0-1	Fälle	sentinel event
54128 - FU	Knieendoprothesenimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf	99,79	99,66	99,39-100,00	%	>= 98,54

Aus den Fachgruppenberatungen:

Die Erläuterungen zum Indikator **Indikation zum Knie-Endoprothesenwechsel bzw. -Komponentenwechsel** zeigten, dass die Indikationsstellung zum Wechseleingriff im beschriebenen Fall über den Datensatz nicht abbildbar war. Die Revision der Knie-TEP von 2016 mit Wechsel auf eine Titanprothese erfolgte aufgrund allergischer Reaktionen auf das Material, die sich durch zunehmende Schmerzen und Instabilität zeigten.

Auswertungsergebnisse und Stellungnahmen der zwei Krankenhäuser zum Qualitätsindikator **spezifische Komplikationen bei Knie-TEP-Erstimplantation bzw. -Wechsel/-Komponentenwechsel** zu insgesamt fünf Patienten wurden von der Fachgruppe als plausibel und nachvollziehbar gewertet. Zum einen handelte es sich um Komplikationen, deren Entstehung durch starke Vorschädigungen an den Gelenken und Begleiterkrankungen begünstigt wurden (schwierige Weichteilverhältnisse durch multiple Voroperationen am Knie, Patellafissur bei Reimplantation nach Knie-TEP-Ausbau und bei infekt- und entlastungsbedingter geminderte Knochensubstanz; hämorrhagischer Schock postoperativ).

Zum anderen lösten zwei Hämatomausräumungen die Einleitung des strukturierten Dialoges aus. Die Abstriche waren steril und die weiteren Verläufe unauffällig.

Der **Todesfall** eines Patienten ohne erhöhtes Operations-/Narkoserisiko war nach Einschätzung der Fachgruppe schicksalhaft: Der Patient wurde am 10. postoperativen Tag leblos in seinem Bett vorgefunden, Reanimationsversuche und eine Lysetherapie bleiben erfolglos; vermutlich ist er einer Lungenarterienembolie erlegen. Hinweise auf Mängel in der medizinischen Versorgung hatte die Fachgruppe nicht erkennen können.

Rechnerische Auffälligkeiten zu den Follow-Up-Indikatoren – über diese werden in der Längsschnittbetrachtung definierte Aspekte zur Qualitätsbewertung (Gelenkwechsel innerhalb von 3 Monaten nach dem Einbau des Gelenkersatzes) dargestellt – lagen nicht vor.

Pflege: Dekubitusprophylaxe (Modul Dek)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 2.783

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
52009	Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	1,06	1,11	0,18-2,13	O/E	<= 2,31
52010	Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	970 (=0,01%)	6 (=0,003%)	0-3	Fälle	sentinel event

Aus den Fachgruppenberatungen:

Drei von insgesamt sechs im Indikator ausgewiesenen Dekubitalulcera waren fälschlicherweise als im Krankenhaus erworbene Dekubitus Grad 4 dokumentiert worden. Im strukturierten Dialog zeigte sich, dass die Hautschädigungen bereits bei Krankenhausaufnahme vorgelegen hatten bzw. ein noch fehlerhafter Datensatz ohne Rücksprache mit der verantwortlichen Person exportiert wurde. Ein weiterer Fall war auf eine Fehleingabe durch Nutzung verschiedener (Dokumentations) Systeme zurückzuführen.

Die medizinisch-pflegerische Versorgung der Patienten war nach Einschätzung der Fachgruppe fachgerecht erfolgt. Die Indikatorergebnisse beider Kliniken wurden als qualitativ unauffällig bei vereinzelt Dokumentationsproblemen gewertet.

Die im Folgenden beschriebenen Verläufe der drei Patienten mit inzidenten Dekubitus Grad 4 waren nach Auffassung der Fachgruppe nicht zu verhindern gewesen. Pflegefehler hatte sie nicht identifiziert, Risikoeinschätzung und präventive Maßnahmen wurden gemäß nationalem Expertenstandard von 2017 durchgeführt:

Der Zustand eines betagten Patienten mit starker Schmerzsymptomatik bei einem Knieemphysem und Synovektomie mit mehreren Re-Eingriffen in Folge, verschlechterte sich rapide (u. a. Nierenversagen, Delir, Katecholaminpflichtigkeit, Somnolenz, respiratorische Insuffizienz). Präventive pflegerische Maßnahmen wurden im Rahmen des Möglichen durchgeführt, ein Fersendekubitus konnte dennoch nicht verhindert werden. Dieser wurde sachgerecht versorgt, Freilagerungen der Ferse waren wegen starker Eigenbewegungen des Patienten sehr schwierig.

Die Schwere der Erkrankungen eines Patienten mit sehr komplexen und gravierenden Krankheiten (kardiale, respiratorische, neurologische und andere) war vermutlich auch auf eine verschleppte und erst sehr spät behandelte mitgebrachte Infektion zurückzuführen, die wiederum verschiedene Komplikationen auslöste.

Eine vollständige Druckentlastung mittels Seiten- oder Bauchlagerung war aufgrund lebensbedrohlicher Zustände zeitweise nicht möglich, in diesen Phasen erfolgten Versuche zur Druckreduzierung durch Mikrobewegungen. Allerdings waren Eigenbewegungen während des etwa dreimonatigen Aufenthaltes aufgrund der Beatmung, zerebraler Insulte und Adipositas kaum bis gar nicht vorhanden. Der Verlust der Eigenbewegung führte zu Immobilität und trotz Lagerungs-/Bewegungswechsel, Spezialbett und anderen Maßnahmen war bei vorgeschädigter Haut und wegen des schwerwiegenden Krankheitsverlaufs nach mehrwöchiger Intensivtherapie ein Dekubitus der Kategorie 4 im Kreuzbeinbereich nicht zu verhindern gewesen.

Nach Sturz einer Patientin in suizidaler Absicht mit schweren Verletzungen und mehrmonatigem Aufenthalt in der unfallchirurgischen und psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses entwickelte sich an der Ferse ein Dekubitus. Sturzbedingt musste unter anderem ein Fersenbruch operativ versorgt werden; dies geschah mit einer Metallschiene, gelagert wurde der Unterschenkel in

einem Gips. Vermutlich sowohl durch Druck durch die Metallschiene von innen als auch durch den Gipsverband von außen entwickelte sich an der Ferse ein Ulkus.

Die Fachgruppe stellte abschließend fest, dass kein Hinweis auf Mängel in der pflegerischen Versorgung vorlag und sich das Ulkus bzw. der Dekubitus aufgrund der schwierigen Begleitumstände sehr wahrscheinlich nicht verhindern ließ.

Die meisten Kliniken unterziehen jeden als im Krankenhaus erworben dokumentierten Dekubitus Grad 4 einer Einzelfallprüfung – dieses Vorgehen dient auch der Validierung.

Der Einsatz von Skalen zur Einschätzung des Dekubitusrisikos ist im Expertenstandard seit 2017 nicht mehr vorgesehen. Zur Risikoeinschätzung sind dennoch in einigen Häusern Skalen an das Krankenhausinformationssystem (KIS) gekoppelt. Diese Funktion ist ohne vertretbaren Aufwand oft nicht zu deaktivieren.

Kritiker der Skalen befürchten hierüber eine zu grobe Risikoabbildung. Befürworter betrachten sie eher als Unterstützung, auch bei Formulierungsunsicherheiten. Die Fachgruppe betonte, dass eine justiziable Dokumentation des Sachverhaltes wichtig ist, dafür könne der Einsatz von Skalen hilfreich sein. Auch vor dem Hintergrund fehlender Ansprechpersonen auf den Stationen wegen des zunehmenden Einsatzes von Personal aus Zeitarbeitsfirmen bei parallel rückläufigem Stammpersonal, könne der Einsatz von Skalen ggf. unterstützen. Relevant sind Risikoeinschätzung und Einleitung geeigneter Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe – unabhängig von der Verwendung einer Skala.

Ambulant erworbene Pneumonie (Modul Pneu)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 2.675

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
2005	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 h nach Aufnahme	98,49	98,69	95,75-99,71	%	>= 95,00
2006	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 h nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	98,54	98,81	95,61-100,00	%	nicht definiert
2007	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 h nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)	97,25	94,87	75,00-100,00*		nicht definiert
2009	Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 h nach Aufnahme	95,10	95,77	91,04-99,44	%	>= 90,00
2013	Frühmobilisation innerhalb von 24 h nach Aufnahme bei Risikoklasse 2	93,87	87,79	76,00-98,86	%	>= 90,00
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien zur Entlassung	95,56	91,83	46,26-100,00	%	>= 95,00
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	98,23	99,79	96,77-100,00	%	nicht definiert
50778	Todesfälle	1,06	1,29	0,81-1,86	o/e	<= 1,58
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	96,49	96,64	90,14-99,56	%	>= 95,00

* Inkl. Kliniken mit weniger als 10 Fällen in der Grundgesamtheit

Aus den Fachgruppenberatungen:

Den Schwerpunkt der Beratungen bildeten in diesem Jahr die Beratungen zum Indikator **Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden**. Fünf Kliniken wurden wegen rechnerischer Auffälligkeit in den strukturierten Dialog einbezogen. Als nachvollziehbar und plausibel wurden die Ergebnisse von vier Häusern gewertet. Hier erschwerten insbesondere patientenseitige Demenz und Aggression oder andere Formen fehlender Compliance sowie schmerzbedingte Einschränkungen, deutlich reduzierter Allgemeinzustand bzw. die Schwere der Erkrankungen eine frühzeitige Mobilisation (Katecholaminpflicht), vereinzelt waren Dokumentationsfehler festgestellt worden.

Die Fachgruppe hat der Bundesfachgruppe empfohlen, die Rechenregeln dahingehend zu ändern, dass katecholaminpflichtige Patienten wegen des sehr kritischen und instabilen Kreislaufes aus den Berechnungen zum Indikator ausgeschlossen werden, da sie nicht im Sinne der Ausfüllhinweise mobilisiert werden können.

In einem Haus waren die Referenzbereichsabweichungen auf Dokumentationsfehler zurückzuführen. So wurde beispielsweise die Frühmobilisation als nicht erfolgt angegeben, obwohl die Durchführung in der Akte dokumentiert war. In den vergangenen Jahren lagen alle Ergebnisse des Hauses stets innerhalb der Referenzbereiche. Die Fachgruppe stellte abschließend fest, das Indikatorergebnis wegen Dokumentationsfehlern nicht bewerten zu können.

Einige Patienten erhielten mobilisierende physiotherapeutische Atemtherapie, allerdings nicht außerhalb des Bettes, so dass die Vorgaben des IQTiGs nicht erfüllt wurden, die eine mindestens 20-minütige Mobilisation außerhalb des Bettes verlangen. Inwieweit diese Maßnahmen den Vorgaben des IQTiGs als gleichwertig anzusehen sind, wurde in der Fachgruppe nicht abschließend diskutiert.

Wegen Hinweises auf Struktur-/Prozessmängel wurden die Ergebnisse eines Hauses zu den Qualitätsindikatoren **vollständige Bestimmung der Stabilitätskriterien bis zur Entlassung** und **Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme** als qualitativ auffällig gewertet. Im Vergleich zum

Vorjahr hatten sich beide Ergebnisse verschlechtert. Strukturelle Veränderungen in der Einrichtung hatten sich vermutlich in verschiedenen Prozessen und Auswertungsergebnissen niederschlagen. Die Klinik hat Maßnahmen zur Verbesserung eingeleitet und nutzt den mittlerweile vierteljährlichen Export der QS-Daten für regelmäßige Kontrollen.

Den durch Studien belegte positive Einfluss der Atemfrequenzbestimmung auf das Patientenoutcome hatte die Fachgruppe in den vergangenen Jahren wiederholt unterstrichen. Ebenso wichtig sei die Entscheidung über die Entlassungsfähigkeit eines Patienten, die u.a. durch gemessene Stabilitätskriterien zu unterfüttern ist und nicht allein durch die Inaugenscheinnahme des Patienten getroffen werden soll.

Ein weiteres Haus konnte sich den deutlichen Abfall des Indikatorergebnisses **vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien zur Entlassung** im Vergleich zum Vorjahr trotz eingehender Recherche verschiedener Faktoren nicht erklären. Weder habe es Strukturveränderungen gegeben, noch eine deutliche Zunahme von Außenliegern, die für die vollständige QS-Dokumentation immer eine Herausforderung darstellten. Die Klinik hat in einer hausinternen interdisziplinären Konferenz folgende Maßnahmen zur Sicherstellung der Erhebung von Messgrößen und der korrekten QS-Dokumentation festgelegt: Über die Einführung eines Stempelaufdrucks auf dem Anamnesebogen für alle Patienten mit bronchopulmonalen Infekten soll die regelhafte Messung und Dokumentation von Atemfrequenz und Sauerstoffsättigung bei Aufnahme und zur Entlassung sichergestellt werden. Eine Person ist verantwortlich für die vollständige Dokumentation. Die kritische Analyse und die geplanten Maßnahmen sind aus Sicht der Fachgruppe zielführend und notwendig. Sie wertete das Indikatorergebnis wegen des Verdachts auf Prozess-/Strukturängel als qualitativ auffällig.

Die Erläuterungen zum **Qualitätsindikator Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (o/e) an Todesfällen** erklärten die Referenzbereichsabweichung nach Auffassung der Fachgruppe nicht hinreichend. Zwar sei der Casemix-Index des Hauses gestiegen, knapp ein Fünftel der Verstorbenen wurde intensivmedizinisch behandelt. Diese Daten erklärten das Ergebnis allerdings nicht ausreichend, weshalb eine weitere Analyse und Klärung in einem Gespräch zwischen Fachgruppe und Krankenhaus beschlossen wurde. Dieses fand nach Redaktionsschluss für diesen Bericht statt.

Herzschrittmacherimplantation (Modul 9/1)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 645

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
101803	Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	92,77	96,27	0,00-100*	%	>= 90,00
54140	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	98,55	98,82	94,74-100*	%	>= 90,00
54141	Systeme 1. Wahl	96,85	96,97	78,95-100*	%	nicht definiert
54142	Systeme 2. Wahl	0,13	0,50	0-15,79*	%	nicht definiert
54143	Systeme 3. Wahl	1,57	1,34	0,00-2,33*	%	<= 10,00
52139	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechslern	89,25	84,45	56,52-100*	%	>= 60,00
101800	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (o/e) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächenprodukt	1,00	1,28	0,00-3,33*	o/e	<= 3,87
52305	Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	95,74	96,19	90,34-100*	%	>= 90,00
101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	1,08	0,62	0,00-4,35*	%	<= 2,60
52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	1,44	2,64	0,00-4,48*	%	<= 3,00
101802	Zugang über die Vena subclavia beim Verschieben der Sonden	57,23	51,63	7,46-100,00*	%	nicht definiert
51191	Todesfälle	1,10	0,74	0,00-3,00*	o/e	<= 4,02
2194 - FU	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	1,02	1,56	0,00-12,31*	o/e	<= 2,67
2195 - FU	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	1,06	0,51	0,00-0,84*	o/e	<= 5,88

* Inkl. 2 Kliniken mit weniger als 5 Fällen in der Grundgesamtheit

Aus den Fachgruppenberatungen:

Die Ausführungen zweier Häuser zum Indikator **Sondendislokation oder -dysfunktion** wurden als nachvollziehbar und plausibel gewertet. Die geschilderten Verläufe deckten sich mit Erfahrungen der Fachgruppenmitglieder und entsprechen der klinischen Realität. Dislokationen sind nach Einschätzung der Fachgruppe oft nicht vorhersehbar. Auch kann der Eingriff in der skizzierten Patientengruppe durch altersbedingte Herzveränderungen erschwert werden (durch z. B. geringe Elastizität des Gewebes). Beide Abteilungen hatten Schraubelektroden verwendet und Provokationstests durchgeführt. Die Revisionen konnten problemlos durchgeführt werden.

Ergebnis und Stellungnahme eines Krankenhauses zum Indikator **nicht sondenbedingte Komplikationen inkl. Wundinfektionen** wurden als qualitativ unauffällig gewertet. Bei einem Patienten unter OAK-Therapie entwickelte sich am 7. postoperativen Tag ein Hämatom, das erfolgreich therapiert wurde. Regelmäßige Blutuntersuchungen hatten keine Auffälligkeiten gezeigt.

Vermutlich verursacht durch die Punktion der V. subclavia erlitt ein Patient einen Pneumothorax. Nach kritischer interner Analyse des Falls wird das Haus zukünftig primär die V. cephalica als Zugangsweg verwenden. Die Indikatorergebnisse waren in den vergangenen Jahren unauffällig gewesen.

Eine Klinik hatte den Referenzbereich zum Indikator **Eingriffsdauer** diskret überschritten. Neben patientenseitigen Gründen – zunächst schlechte Messwerte bei ausgedehnter Rechtsherzinfarction, geringe Compliance u.a. – wurden auch krankenseitige genannt, wie Operateur in Anlernphase, Einsatz eines Proctors, die die längeren OP-Zeiten nach Einschätzung der Fachgruppe hinreichend und plausibel erklärten.

Zum Indikator **leitlinienkonforme Indikation** hatte ein Krankenhaus statt eines passageren einen permanenten Schrittmacher kodiert, obwohl die Klinik letztere seit Jahren nicht mehr implantiert. Der Patient war während der intensivmedizinischen Behandlung wegen rezidivierender Asystolien mit einem passageren Schrittmacher versorgt worden, in einem anderen Krankenhaus erhielt er später einen permanenten Schrittmacher. Bei vereinzelt Dokumentationsfehlern wertete die Fachgruppe die Erläuterungen als plausibel und nachvollziehbar.

Auf Nachfrage des Lenkungsgremiums zu auffälligen Ergebnissen hatte eine Klinik im vergangenen Jahr entschieden, Leistungen der Herzschrittmacherversorgung ab der zweiten Jahreshälfte einzustellen. Die Fachgruppe begrüßte diese Entscheidung und verwies in der diesjährigen Bewertung der Indikatoren **leitlinienkonforme Indikation** und **prozedurassoziierte Probleme als Indikation zum Folgeeingriff** darauf, dass das Krankenhaus die Leistung seit Mitte 2018 nicht mehr anbietet.

Herzschrittmacheraggregatwechsel (Modul 9/2)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 67

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
52307	Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	98,12	98,19	0,00-100*	%	>=95,00
111801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wuninfektionen)	0,17	0,00		%	<=2,30

* Inkl. 2 Kliniken mit weniger als 10 Fällen in der Grundgesamtheit

Aus den Fachgruppenberatungen

Die Referenzbereichsüberschreitung zum Indikator **Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden** war auf Dokumentationsfehler zurückzuführen. In der Konsequenz führt die Klinik gezielte Schulungen durch. Die Fachgruppe konnte das Indikatorergebnis wegen Dokumentationsmängeln nicht bewerten.

Herzschrittmacherexplantation/-revision/ -systemwechsel (Modul 9/3)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 84

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
121800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	1,04	2,38	0,00-100*	%	<= 3,10
52315	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	1,08	3,45	0,00-14,29*	%	<= 3,00
51404	Todesfälle	0,97	1,52	0,00-17,69*	o/e	<= 5,03

* Inkl. 4 Kliniken mit weniger als 10 Fällen in der Grundgesamtheit

Aus den Fachgruppenberatungen:

Neben dem geplanten Aggregatwechsel eines VVI-Schrittmachers bei einer 91jährigen Patientin wurde parallel ein Sondenwechsel wegen erheblichen Reizschwellenanstiegs der Ventrikelsonde durchgeführt. Als **nicht sondenbedingte Komplikation** bildete sich ein Perikarderguss mit beginnender Tamponade aus, die mittels Punktion behandelt wurde. Die Patientin konnte bei gutem Allgemeinzustand wenige Tage später entlassen werden. Nach Einschätzung der Fachgruppe hat die Klinik die ernste Komplikation gut beherrscht; sie wertete das Ergebnis als qualitativ unauffällig.

Zugleich wies sie darauf hin, dass dieser Eingriff insbesondere bei betagten Patienten langjährige Erfahrung verlange. Die Indikation sollte stets streng gestellt werden.

Zum Indikator **Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden** war in einer Klinik die Vorhofsonde trotz guter intraoperativer Messwerte disloziert, ohne dass eine eindeutige Ursache gefunden wurde. Für die Fachgruppe ergab sich kein Hinweis auf einen Versorgungsmangel.

In einer Klinik war eine hochbetagte multimorbide Patientin, die u.a. an Niereninsuffizienz, dekompensierter Herzinsuffizienz und Aortenklappenstenose litt, während des Krankenhausaufenthaltes **verstorben**. Nach Auffassung der Fachgruppe war der Eingriff indiziert und der tragische Verlauf nicht mit dem Herzschrittmachereingriff assoziiert: Während des stationären Aufenthaltes entwickelte sich ein akutes Abdomen. Grund war eine ischämische Kolitis, die operativ mit einer Hemiolektomie therapiert wurde. Nach Re-Laparotomie bei Platzbauch verschlechterte sich der Zustand und die Patientin verstarb wenige Tage später.

Implantierbare Defibrillatoren: Implantation (Modul 9/4)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 246

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
50055	Leitlinienkonforme Indikation	92,10	95,53	92,19-100,00*	%	>= 90,00
50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	96,52	97,53	95,31-100,00*	%	>= 90,00
52131	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	91,70	88,58	85,71-94,74*	%	>= 60,00
131801	Verhältnis beobachtete zur erwarteten Rate (o/e) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt	1,00	1,57	0,53-3,76*	o/e	<= 3,04
52316	Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	96,27	94,02	92,41-100	%	>= 90,00
131802	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	1,03	1,22	0,00-1,88*	%	<= 2,50
52325	Sondesdislokation oder -dysfunktion	0,82	0,82	0,00-1,25*	%	<= 3,00
131803	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	56,34	64,63	48,13-100,00*	%	nicht definiert
51186	Todesfälle	0,94	0,00		o/e	<= 6,75

* Inkl. 1 Klinik mit weniger als 10 Fällen in der Grundgesamtheit

Aus den Fachgruppenberatungen:

Die Hintergründe dreier Kliniken zu einem **erhöhten Flächendosisprodukt (o/e)** wurden als nachvollziehbar gewertet: schwierige Sondenplatzierungen, vereinzelt Dokumentationsfehler und ein Operateur in Anlernphase begründeten die zumeist diskreten Referenzbereichsüberschreitungen. Zur Verbesserung der Strahlenhygiene haben alle drei Kliniken weitere Maßnahmen eingeleitet (technische Anpassungen, Verbesserung der Dokumentationsqualität).

Implantierbare Defibrillatoren: Aggregatwechsel (Modul 9/5)

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 82

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
52321	Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	98,69	99,12	97,26-100,00*	%	>= 95,00
141800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	0,18	1,22	0,00-1,47*	%	<= 3,80

* Inkl. 1 Klinik mit weniger als 10 Fällen in der Grundgesamtheit

Aus den Fachgruppenberatungen:

Zu diesem Leistungsbereich lagen alle Ergebnisse innerhalb der geforderten Referenzbereiche, so dass kein strukturierter Dialog ausgelöst wurde.

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

Gesamtzahl ausgewerteter Datensätze: 121

QI-ID	Indikatorbeschreibung	Ergebnis Bund	Ergebnis Bremen	Spannweite Bremen	Einheit	Referenzbereich
52328	Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff	3,38	9,45	0,00-13,16	%	<= 8,69
52001	Prozedurassoziertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	3,16	3,96	0,00-4,82	%	<= 6,00
52002	Infektion als Indikation zum Folgeeingriff	0,54	0,30	0,00-0,44	%	<= 2,44
151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	1,79	3,31	0,00-3,70	%	<= 2,00
52324	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	0,50	0,00		%	<= 3,00
51196	Todesfälle	1,29	1,80	0,00-1,86	o/e	<= 5,70

Aus den Fachgruppenberatungen:

Der Referenzbereich des Indikators **nicht sondenbedingte Komplikationen inkl. Wundinfektionen** wurde um einen Fall diskret überschritten. Die Indikationen für die Eingriffe waren gegeben und auf die Komplikationen hatte das Haus umsichtig und professionell reagiert (Perforation des rechten Ventrikels bei Explantation mit folgendem hämorrhagischen Schock; Pneumothorax durch Fehlpunktion bei Umstellung von DDD auf CRT-ICD; Hämatom, nach Umstellung von VDD auf DDD-ICD). Hinweise auf Mängel in der medizinischen Versorgung hatte die Fachgruppe nicht festgestellt.

Hardwareprobleme als Indikation zum Folgeeingriff an Aggregat oder Sonde verteilten sich in dem Krankenhaus vor allem auf Isolationsdefekte, Oversensing und Impedanzanstiege. Diese Revisionseingriffe waren vielfach nicht durch das Krankenhaus beeinflussbar, sondern oftmals auf patientenseitige (Aktivität) oder produktbezogene Gründe (Isolationsdefekte, Elektrodenbrüche, Warnmeldungen, Alter) zurückzuführen. Nach vermehrten Berichten über erhöhte Ausfallwahrscheinlichkeiten einzelner Elektroden hatte die Klinik diese z. T. präventiv ausgetauscht. In einigen Fällen wurden nicht hinreichend fixierte Elektroden bei der ICD-(Erst-) Implantation vermutet. Die Fixierung der Elektrode am Gewebe wird in der Abteilung zukünftig stärker geprüft werden.

Vereinzelt wurden Dokumentationsfehler festgestellt.

Als Konsequenz aus den Problemen mit den RV-ICD-Elektroden verwendet die Klinik definierte Sonden verschiedener Hersteller nicht mehr. Hinweise auf Versorgungsprobleme konnte die Fachgruppe nicht identifizieren, sie wertete die Erläuterungen als nachvollziehbar und plausibel.

Landesprojekte

Todesfallkonferenz Neonatologie

2006 wurde auf Initiative Bremer Neonatologen eine Todesfallkonferenz eingerichtet. Hintergrund war eine zuvor festgestellte auffallend hohe wohnortbezogene Mortalität der Kinder im ersten Lebensjahr im Land Bremen. Die Basis für diese Angaben bildeten die gesetzlich verpflichtenden Geburts- und Sterbemeldungen, in denen der Wohnort der Mutter erfasst ist. Auf Fachebene hatten diese Daten bundesweit Aufsehen erregt.

Auf Wunsch der Neonatologen und mit Zustimmung des Lenkungsausschusses Qualitätssicherung Bremen (LQB) wurde die Organisation dem Qualitätsbüro Bremen als neutraler Instanz übertragen. Anhand Einzelfallanalysen für alle in Bremer Kliniken verstorbenen Kinder bis zum ersten Lebensjahr werden Anamnese, Verlauf und Therapie regelmäßiger vorgestellt und im kritischen Fachdiskurs beraten. Mögliche alternative Vorgehensweisen in Diagnostik und Therapie werden von dem Gremium gemeinsam entwickelt und für das zukünftige Handeln in ähnlichen Fällen empfohlen. Von dieser Form des kollegialen Austausches profitieren nicht nur die betroffenen, sondern alle teilnehmenden Abteilungen.

Darüber hinaus findet ein allgemeiner Fachaustausch der Vertreter untereinander zu Neuerungen, besonderen Erkenntnissen oder speziellen Erfahrungen, z. B. mit besonderen Behandlungsschwerpunkten statt.

Vertreter aller Kinderkliniken im Land Bremen nehmen an der Konferenz, die regelmäßig tagt, teil. Die Teilnahme ist freiwillig.

MRE-Netzwerk Bremen

Um dem bundesweiten medizinischen Problem der nosokomialen Infektionen mit MRSA-Bakterien auch in Bremen aktiv entgegen zu treten, wurde 2008 das MRSA-Netzwerk (2014 umbenannt in MRE-Netzwerk) im Lande Bremen ins Leben gerufen.

In dem Netzwerk haben sich Praktiker aus Laboratorien und anderen Einrichtungen (Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Arztpraxen etc.) zusammengefunden, die sich für ein strategisches Vorgehen gegen die stetig wachsende Zahl von MRSA-/MRE-Trägern aussprechen und eine gemeinsam abgestimmte Handlungsweise vereinbart haben. Das gemeinsame Hauptziel besteht darin, MRSA-/MRE-Besiedlungen frühzeitig zu erkennen, dadurch eine Übertragung der MRSA-/MRE-Bakterien zu vermeiden und die Inzidenz der MRSA-/MRE-Infektionen zu verringern. Koordiniert wird die Gruppe von der senatorischen Gesundheitsbehörde des Landes Bremen.

Im Rahmen dieses Projektes haben sich die Bremer Kliniken freiwillig selbstverpflichtet, definierte Daten zur MRSA-/MRE-Problematik zu erheben. Datenannahme und -auswertung wurde dem Qualitätsbüro Bremen als neutraler Stelle im Land Bremen übertragen.

Von Anbeginn, seit 2009, wertet das Qualitätsbüro Bremen die Daten aller Bremer Kliniken nach definierten Rechenregeln aus, stellt die Ergebnisse dem Netzwerk einmal jährlich in einer vergleichenden Längsschnittpräsentation vor und spiegelt den Kliniken die Ergebnisse ebenfalls einmal jährlich im Longitudinalvergleich und einer Benchmarkdarstellung zurück.

Auf unterschiedlichen Ebenen finden engagierte Fachdiskurse statt, die sich auch in einer stetigen Weiterentwicklung und Optimierung des Verfahrens niederschlagen – das Interesse an den Informationen ist groß. Über Arbeitsgruppen und andere Foren ist das Qualitätsbüro darüber hinaus im Dialog mit den unterschiedlichen Beteiligten.

Die Datenerhebung und -auswertungen haben sich mittlerweile gut eingespielt. Seit 2014 nehmen auch niedersächsische Kliniken an dem Bremer Projekt teil und liefern definierte Daten an das Qualitätsbüro, um sich einem Benchmarkvergleich zu stellen.

Anhang

Datensatzvollzähligkeit Land Bremen, Erfassungsjahr 2018

Anhang I

Modul	Klinikum Bremen-Mitte	Klinikum Bremen-Ost	Klinikum Bremen-Nord	Klinikum Links der Weser	DIAKO	St.-Joseph-Stift	RKK	Roland-klinik	AMEOS Klinikum Dr. Heines Bremen	Paracelsusklinik	Klinikum Bhv. Reinkenheide	AMEOS Klinikum Am Bürger park Bhv.	AMEOS Klinikum Mitte Bhv.
	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll	Ist/Soll
9/1	0/0	5/5	67/67	341/341	1/1	43/43	46/46	0/0	0/0	0/0	102/102	0/0	43/43
9/2	0/0	0/0	3/3	36/36	0/0	1/1	12/12	0/0	0/0	0/0	12/12	0/0	3/3
9/3	0/0	0/0	8/8	50/50	0/0	2/2	5/5	0/0	0/0	0/0	18/18	0/0	1/1
9/4	0/0	0/0	0/0	160/160	0/0	0/0	13/13	0/0	0/0	0/0	64/64	0/0	9/9
9/5	0/0	0/0	0/0	68/68	0/0	0/0	6/6	0/0	0/0	0/0	7/7	0/0	1/1
9/6	0/0	0/0	0/0	108/108	0/0	0/0	2/2	0/0	0/0	0/0	11/11	0/0	0/0
10/2	199/199	0/0	47/47	54/54	0/0	0/0	64/64	0/0	0/0	0/0	41/41	0/0	23/23
15/1	340/340	0/0	198/198	394/394	363/359	445/445	4/4	0/0	0/0	0/0	351/351	0/0	0/0
16/1	0/0	0/0	2179/2179	2631/2631	757/757	2068/2066	0/0	0/0	0/0	0/0	1832/1834	0/0	0/0
Neo	165/165	0/0	797/797	609/609	0/0	113/113	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	224/225	0/0
17/1	64/64	51/51	65/65	65/65	59/59	103/103	83/84	0/0	0/0	2/2	91/91	0/0	90/89
HEP	134/134	61/61	132/132	109/109	766/766	71/71	221/221	481/481	0/0	380/380	188/188	0/0	70/70
KEP	44/44	0/0	46/46	0/0	414/414	0/0	180/180	347/347	0/0	521/521	53/53	0/0	0/0
18/1	274/274	0/0	68/68	79/79	213/211	488/488	0/0	0/0	0/0	0/0	257/257	0/0	0/1
Dek	427/427	419/419	399/399	194/194	164/164	230/229	195/195	2/2	0/0	5/5	239/240	265/267	246/247
Pneu	343/343	276/276	319/319	180/180	340/339	328/328	128/128	1/1	0/0	0/0	246/246	468/466	78/78
Σ	1990/1990	812/812	4328/4328	5078/5078	3077/3070	3892/3889	959/960	831/831	0/0	908/908	3512/3515	957/958	564/565

Grundlagen der verpflichtenden externen stationären Qualitätssicherung

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

In Verträgen auf Bundesebene sowie der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung für Krankenhäuser auf der Basis des gesetzgeberischen Auftrages im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) sind die Rahmenbedingungen klar definiert.

Mit der Umsetzung und Weiterentwicklung des Verfahrens ist seit dem 1. Januar 2016 das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen in Berlin (IQTIG) beauftragt.

Strukturen der externen stationären Qualitätssicherung

Dem Institut nach §137a SGB V 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 Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen 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 Patientenvertretung obliegt eine beratende Funktion. Der Vorsitz des LQB wechselt turnusmäßig. Die Geschäftsführung wurde der Bremer Krankenhausgesellschaft übertragen. Rahmenvertrag und Geschäftsordnung sind über das Qualitätsbüro Bremen erhältlich und können auf seiner Website eingesehen werden.

Zu den wesentlichen Aufgaben des Qualitätsbüros Bremen 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 GBA nach bundesweit geltenden Vorgaben
- Berichterstattung an den LQB
- Durchführung von Maßnahmen zur Datenvalidierung sowie
- Begleitung und Durchführung lokaler Projekte

Bewertungsschema Strukturierter Dialog

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	01	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	10	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein strukturierter Dialog erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	30	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		31	Besondere klinische Situation
		32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		33	Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	40	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		41	Hinweis auf Struktur- oder Prozessmängel
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhaften Dokumentation	50	Unvollständige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im strukturierten Dialog
		91	strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)