



krankenanstalten verbund  
**Unternehmen Gesundheit**

Univ.Prof.Dr.Kaspar SERTL

Primarius der Internen Abteilung mit Akutgeriatrie

**Ärztlicher Leiter des GZ Floridsdorf**



# WHO 2003

When reviewing types of strategies, hospitals and governments  
should question the claims of  
proponents of any one approach because

**there is no strong evidence of effectiveness  
of any strategy.**

# GANZ GROSSE ERFOLGE VON Total Quality Management

**ENRON**

(RATINGARGENTUREN)

**FUKUSHIMA**

(SICHERE BAUWEISE)

**BANKENKRISE**

(BASEL II UND III)

**MAN DARF SICH UND DIE  
MITARBEITER**

**NICHT**

**IN SICHERHEIT WIEGEN**

**WENN KEINE KATASTROPHE  
PASSIERT KANN MAN NICHT  
SAGEN, WEGEN DES  
IMPLEMENTIERTEN  
SICHERHEITSSYSTEMS.**

**WENN ETWAS PASSIERT  
WEISS MAN, DASS ES NICHT  
FUNKTIONIERT HAT**

DAS SEIN

VIEL MEHR ALS

DOKUMENTATION

TQM, CHECKLISTE

ALL DIES EINE REDUKTION

# RISKMANAGMENT

## ÖDIPUS

## HERODES

**ATOMKRAFTWERKE**

**JE MEHR**

**SICHERHEITSSYSTEME**

**UM SO MEHR REDUKTION**

**DER**

**SICHERHEIT**

# SCHIFFE

RADAR HAT ZU KEINER  
UNFALLREDUKTION GEFÜHRT

KOLLISIONEN AM FREIEN MEER  
ROUTE GEÄNDERT

**KLAGENFURT**

**EXTERNE KOSTEN ISO**

**2,5 MILL. €**

**FALSCHE NIERE ENTFERNT**

# KITZBÜHEL

**RICHTIG DOKUMENTIERT**

**FALSCHER FUSS**

**ABGENOMMEN**

# General attributes of safe organisations

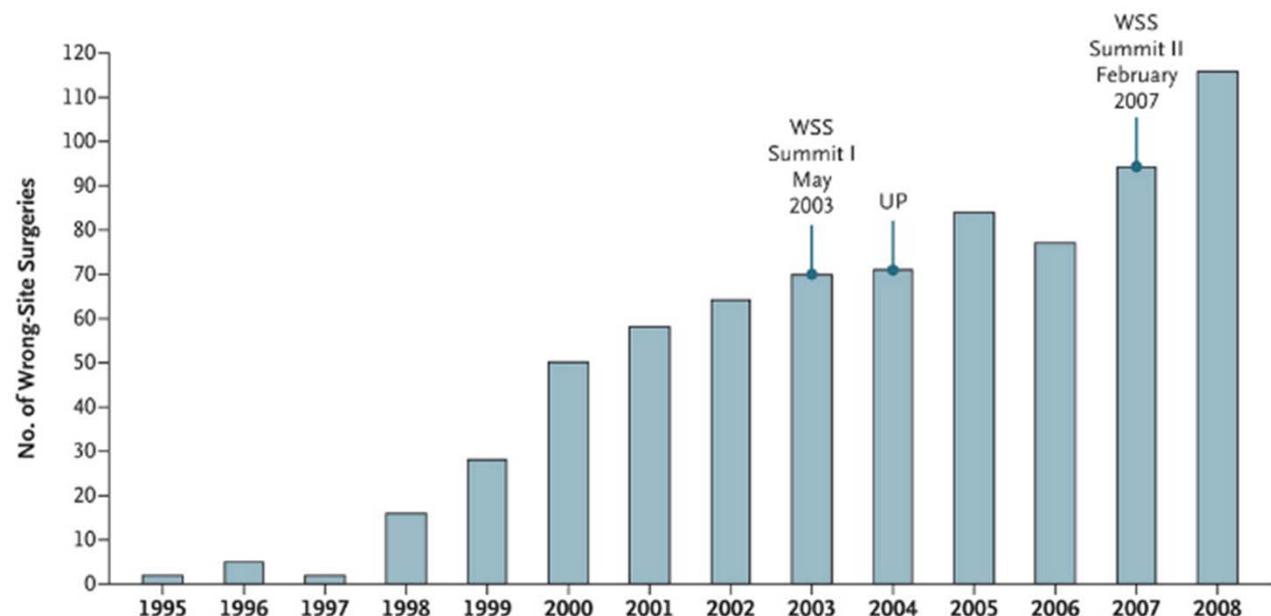
P R Schulman

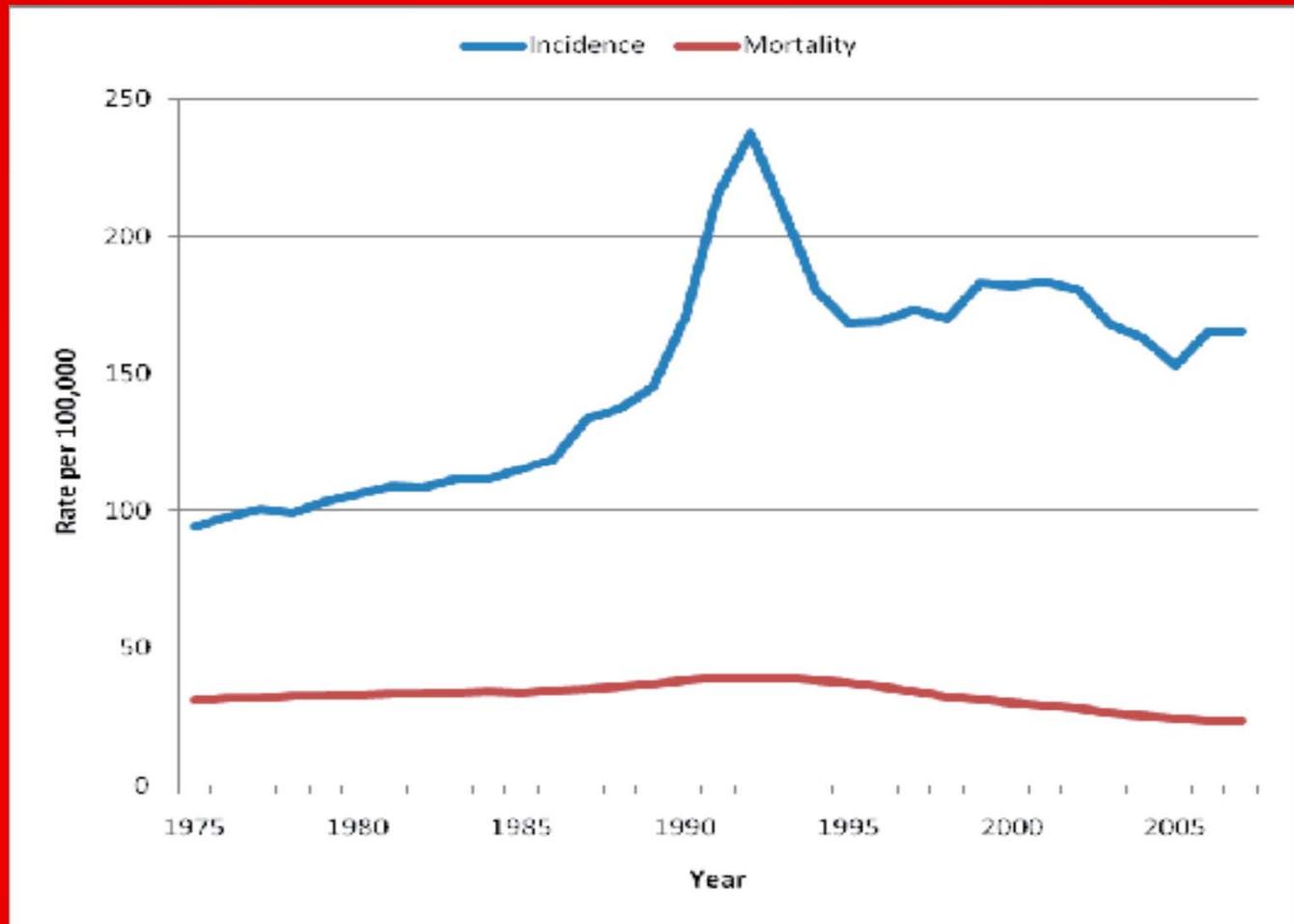
*Qual Saf Health Care* 2004;13(Suppl II):ii39–ii44

In analysing the safety strategies of organisations successfully managing hazardous systems it is apparent that safety itself is a problematic, and even risky, concept.

**Figure 1. Wrong-Site Surgeries Documented by the Joint Commission from 1995 through 2008.**

UP denotes universal protocol, and WSS wrong-site surgery. Data are adapted with permission from the Joint Commission ([www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics](http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics)).





**Figure 1. Age-Adjusted Incidence of and Mortality from Prostate Cancer in the United States, 1975–2007.**  
Data are from Altekruse et al.<sup>2</sup>

# Konformität der Therapie mit der Guideline-Mortalität

		GL_konform					
		Ja		Nein		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%
Tod im KH	Ja	47	14,6%	28	8,8%	75	11,7%
	Nein	275	85,4%	292	91,3%	567	88,3%

Die Mortalität ist unter den Guideline-konformen Patienten signifikant höher ( $\chi^2 p = 0.021$ )

# Konformität der Therapie mit der Guideline - Therapiewechsel

		GL_konform					
		Ja		Nein		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%
Wechsel anzahl	0	215	70,0%	128	43,5%	343	57,1%
	1	92	30,0%	166	56,5%	258	42,9%

Wechsel kommen unter den Guideline-konformen Patienten signifikant seltener vor ( $\chi^2 p < 0.001$ )

# Guideline und Mortalität pro Altersgruppe

		Alter							
		< 65				>=65			
		GL_konform				GL_nkonform			
		Ja		Nein		Ja		Nein	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Tod im KH	Ja	5	5,2%	2	1,5%	42	18,7 %	26	14,1%
	Nein	92	94,8 %	133	98,5 %	183	81,3 %	159	85,9%

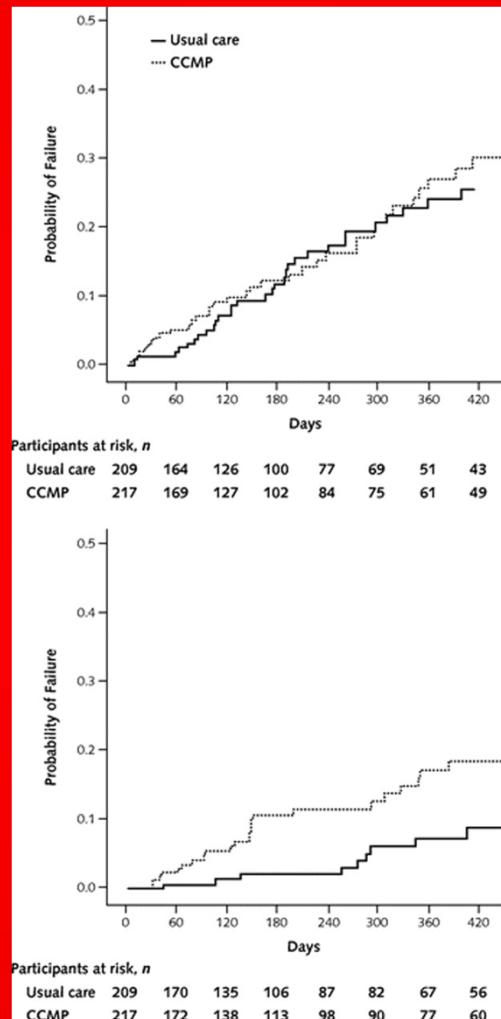
In beiden Altersgruppen ist kein signifikanter Zusammenhang zwischen Guideline und Mortalität zu beobachten (<65: Chi<sup>2</sup> p = 0.107; >=65: Chi<sup>2</sup> p = 0.211). In beiden Altersgruppen ist eine höhere Mortalität in der konformen Gruppe zu beobachten.

## Überprüfung des Patientenwissens nach Aufklärung vor invasiver Koronarangiographie

Dtsch Med Wochenschr 2011 ;  
136: 2407–2413 · © Georg

**Folgerungen:** Der Zugewinn an Wissen durch eine vermeintlich optimale Aufklärung von Patienten erscheint gering. Trotz eingehender Aufklärung bleibt die Kenntnis der Patienten über die Art der Durchführung und die Risiken einer Herzkatheteruntersuchung schon am Folgetag begrenzt. Dennoch stellen wir fest, dass im Vergleich zu Patienten ganz ohne Aufklärung der Wissenszuwachs bei Patienten mit einer Aufklärung bedeutend ist.

**Failure curves for chronic obstructive pulmonary disease hospitalization (top) and mortality (bottom) until termination of study intervention, according to study assignment. CCMP = comprehensive care management program.**



Fan V S et al. Ann Intern Med 2012;156:673-683

# Temporal Trends in Rates of Patient Harm Resulting from Medical Care

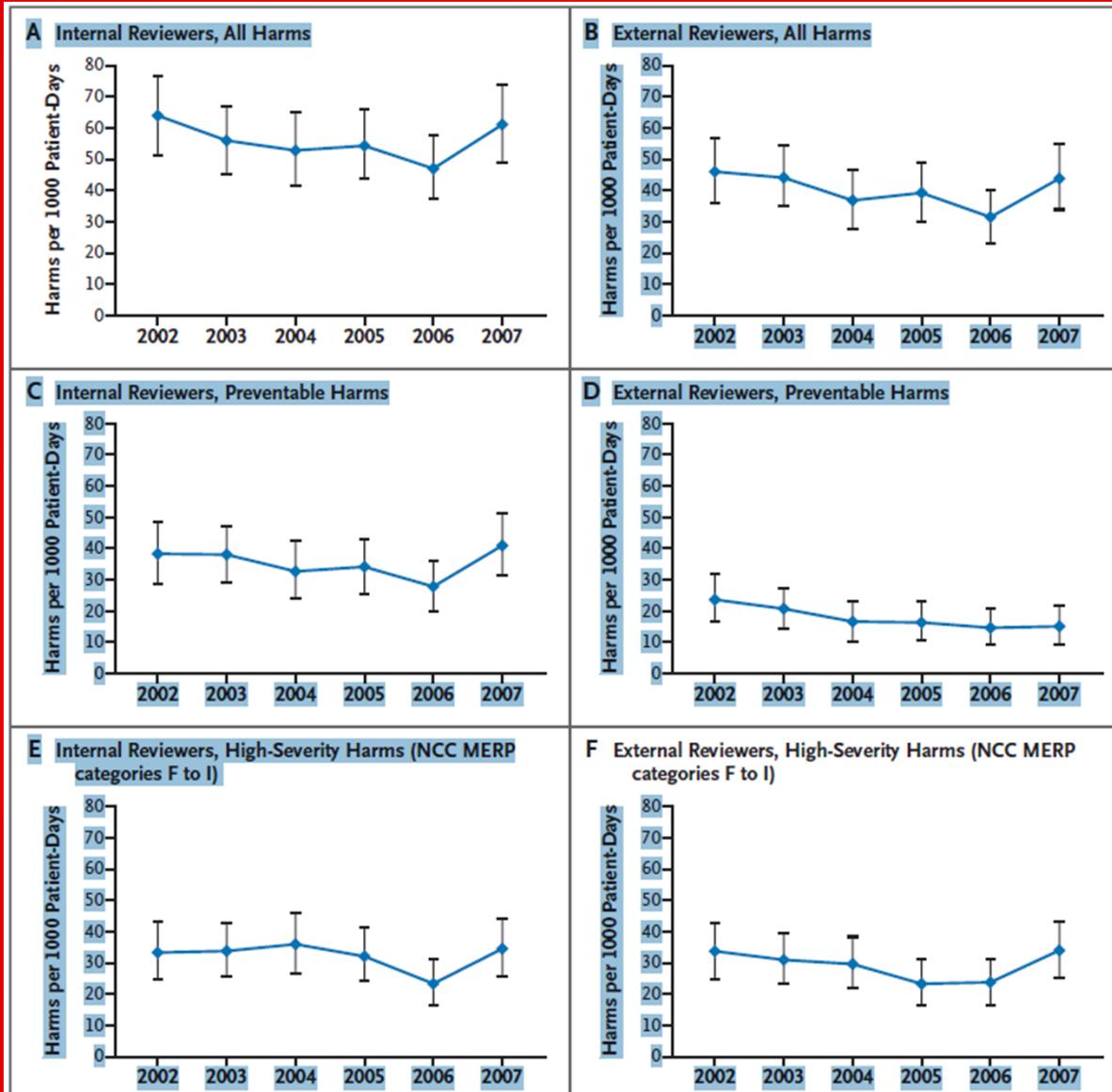
N Engl J Med 2010;363:2124-34

In conclusion, harm to patients resulting from medical care was common in North Carolina (10 hospitals), and the

rate of harm did not appear to decrease

significantly during a 6-year period ending in December 2007,

despite substantial national attention  
and allocation of resources  
to improve the safety of care.



**Figure 2.** Rates of All Harms, Preventable Harms, and High-Severity Harms per 1000 Patient-Days, Identified by Internal and External Reviewers, According to Year.

All reviews were performed with the use of the Institute for Healthcare Improvement's Global Trigger Tool. High-severity harms were those reported in categories F through I of the National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) Index, ranging from harm requiring initial or prolonged hospitalization to harm causing death. The I bars indicate 95% confidence intervals.

**Implementation and adoption of nationwide electronic health records in secondary care in England: final qualitative results from prospective national evaluation in “early adopter” hospitals**

**BMJ 2011;343:d6054 doi: 10.1136/bmj.d6054 Page 1**

**Conclusions** Implementation of the NHS Care Records Service in “early adopter” sites proved time consuming and challenging,

**with as yet limited discernible benefits for clinicians and no clear advantages for patients.**

# Ventilator-Associated Pneumonia—The Wrong Quality Measure for Benchmarking

*Ann Intern Med.* 2007;147:803-805

Ventilator-associated pneumonia  
should be excluded from compulsory  
reporting initiatives

until we develop and validate more objective outcome measures that meaningfully reflect quality of care for ventilated patients.

# Ventilator-Associated Pneumonia

## The Wrong Quality Measure for

## Benchmarking

*Ann Intern Med.* 2007;147:803-805

The concept of benchmarking outcomes to inspire improvements in care, reward best practices, and inform consumer choice is laudable.

The limitations of the current surveillance definition of ventilator-associated pneumonia, however, preclude its use for this purpose.

Their results will likely confirm the prior beliefs of many ICU clinicians: that VAP, while undesirable, is often simply an **epiphenomenon of a persisting or evolving critical illness,**  
and

**is less commonly solely responsible for a patient's death.**

This more realistic estimation of the attributable mortality of VAP should raise concerns that the attributable impact of VAP on other outcomes,

**including ICU length of stay and costs, has also been overestimated.**

# Attributable Mortality of Ventilator-Associated Pneumonia A Reappraisal Using Causal Analysis

Am J Respir Crit Care Med Vol 184. pp 1133–1139, 2011

In contrast to the majority of previous reports, we detected

**a relatively limited attributable ICU-mortality.**

**GEMEINT – GESAGT**

**GESAGT – GEHÖRT**

**GEHÖRT - VERSTANDEN**

**VERSTANDEN – EINVERSTANDEN**

**EINVERSTANDEN – WILLE ZU HANDELN**

**WILLE ZU HANDELN - HANDELN**

# **INHALTSHIERARCHIEN NACH Karl WEICK**

- 1. 4 – AUGENPRINZIP**
- 2. TELEFON**
- 3. MEMO (KONSILIUM)**
- 4. DOKUMENTATION**
- 5. COMPUTERDOKUMENTATION**

**WEICK:**  
**PLÄNE VERRINGERN DIE**  
**ANZAHL DER DINGE,**  
**DIE UNS AUFFALLEN**

TQM IST WIE SCHAMANISCHER  
REGENTANZ,  
DURCH ÜBUNG WIRD DER TANZ  
IMMER BESSER,

aber

WAS HAT DAS MIT DEM REGEN  
ZU TUN?

LONDON versus AFRIKA