

Erfahrungen mit Peer-Reviews und Qualitätsindikatoren in der Intensivmedizin

28.11.2013

Wien

Jörg Martin

Dank an PD Dr. Jan Braun und Dr. Ines Chop

Probleme und Qualität betrachten lernen

Person

- Patient:
- Angehörige:
- ICU Personal:
- Leistungsanforderer
- Kostenträger
- Krankenhaus

Interesse

Überleben, Sicherheit, Lebensqualität
Information, Trauerverarbeitung
angenehmer, sicherer Arbeitsplatz
Mitsprache, Betten
Kostengünstige Leistung
Deckungsbeitrag, Effizienz

Problem

nihil nocere
shared decision
making
burn out,
OP, ZNA, u.v.a.m.
Beitragsstabilität
Bilanz, Kennzahlen



Intensivmediziner

Peer Review Verfahren in der Medizin - Historie

- The first documented description of a peer review process is found in the *Ethics of the Physician* written by Ishaq bin Ali al-Rahwi (854–931) of al-Raha, Syria
- who describes the first medical peer review process. His work, as well as later Arabic medical manuals, states that a visiting physician must always make duplicate notes of a patient's condition on every visit. **When the patient was cured or had died, the notes of the physician were examined by a local medical council of other physicians, who would review the practising physician's notes to decide whether his or her performance met the required standards of medical care.** If their reviews were negative, the practicing physician could face a lawsuit from a maltreated patient.^[1]



Peer Review Verfahren

Abgrenzung

•			
•	Peer Review	≠	Peer Review
•			
•	- Peer Review Verfahren in der Reha		- Intensivmedizinisches Peer Review Verfahren (DIVI und Ärztekammern)
•	- Provider Reviews in den USA		- Peer Review Verfahren in der Pathologie (Sächsische Landesärztekammer)
•			- IQM-Peer Review Verfahren
•			
	„verordnet“		freiwillig
	geringe Selbstbestimmung	vs.	hohes Autonomieerleben
	geringes Kompetenzerleben	vs.	positiver Einfluss auf Kompetenzerleben
	niedrige Akzeptanz & Unterstützung	vs.	hohe Akzeptanz*

DIVI Empfehlungen

VII. Organisatorische Erfordernisse

Für die Aufnahme, die Triage (im Falle von Bettenengpässen) und die Entlassung sollen Kriterien schriftlich formuliert sein (Empfehlungsgrad 1C).

Die Intensivtherapiestation soll an einem externen Qualitätsvergleich oder einem externen Audit teilnehmen oder eine interne permanente Kontrolle von mindestens 2 der Qualitätsindikatoren der DIVI und DGAI durchführen (Empfehlungsgrad 1C).

Intensive Care Med (2011) 37:1575–1587
DOI 10.1007/s00134-011-2300-7

SPECIAL ARTICLE

Andreas Valentin
Patrick Ferdinande
ESICM Working Group
on Quality Improvement

Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects

E: *Quality control*

Quality control encompasses a wide variety of activities and items needed to objectivate and explain the excellence of performance, and benchmark with peers. A list of respective criteria is provided in paragraph 2 of the ESM.

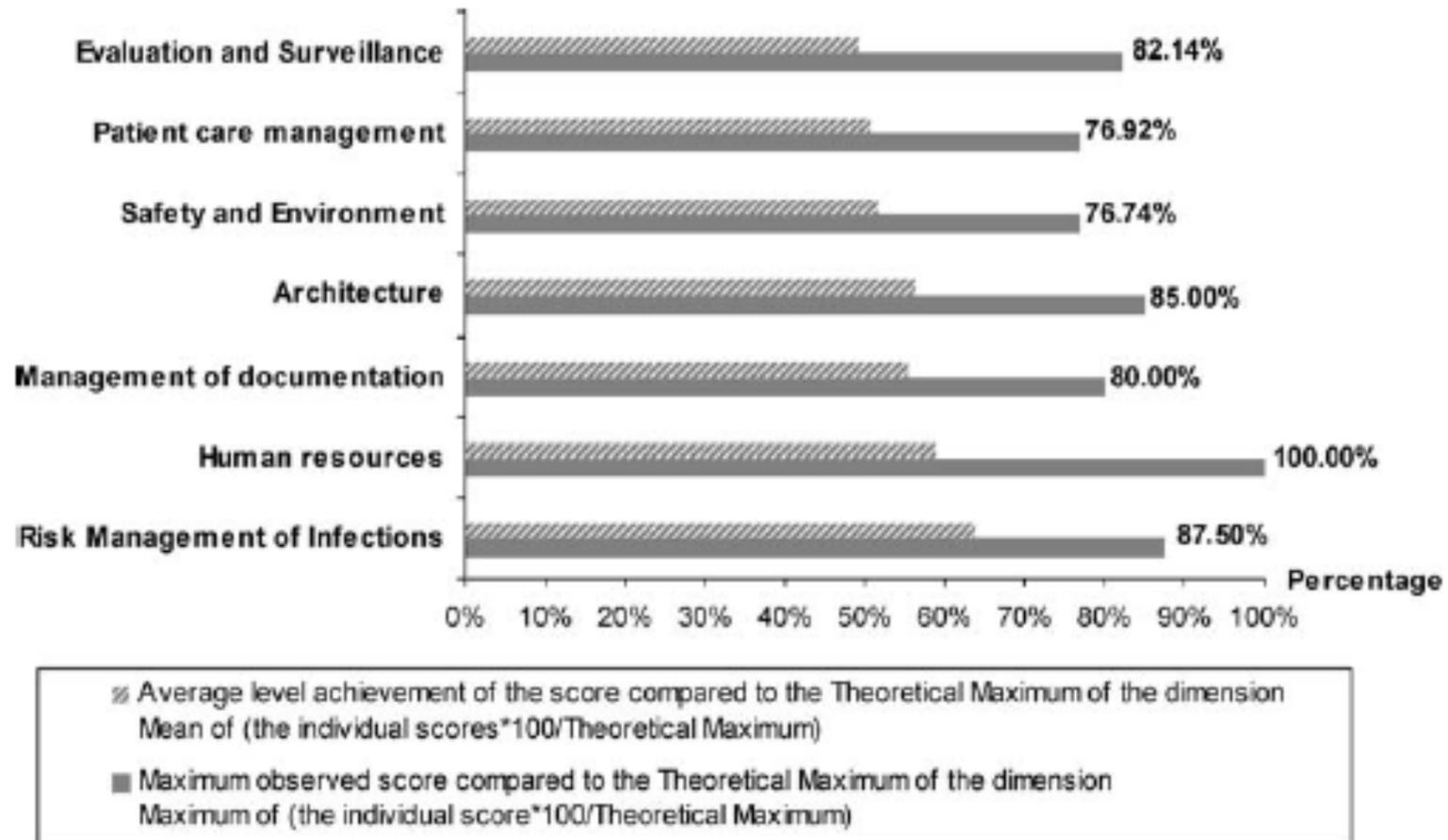
Each ICU should evaluate its activity, bearing in mind that a critical minimum amount for each disease category is necessary to maintain medical and nursing expertise at adequate levels [14–16, 22, 23]. In this process of self-evaluation, choices may have to be made regarding transfer of patients to regional/national centers of excellence experienced in a specific domain of intensive care medicine or for specific critical care disease categories.

ESICM Empfehlungen

**Evidence based patient care should
be complemented by evidence
based quality improvement**

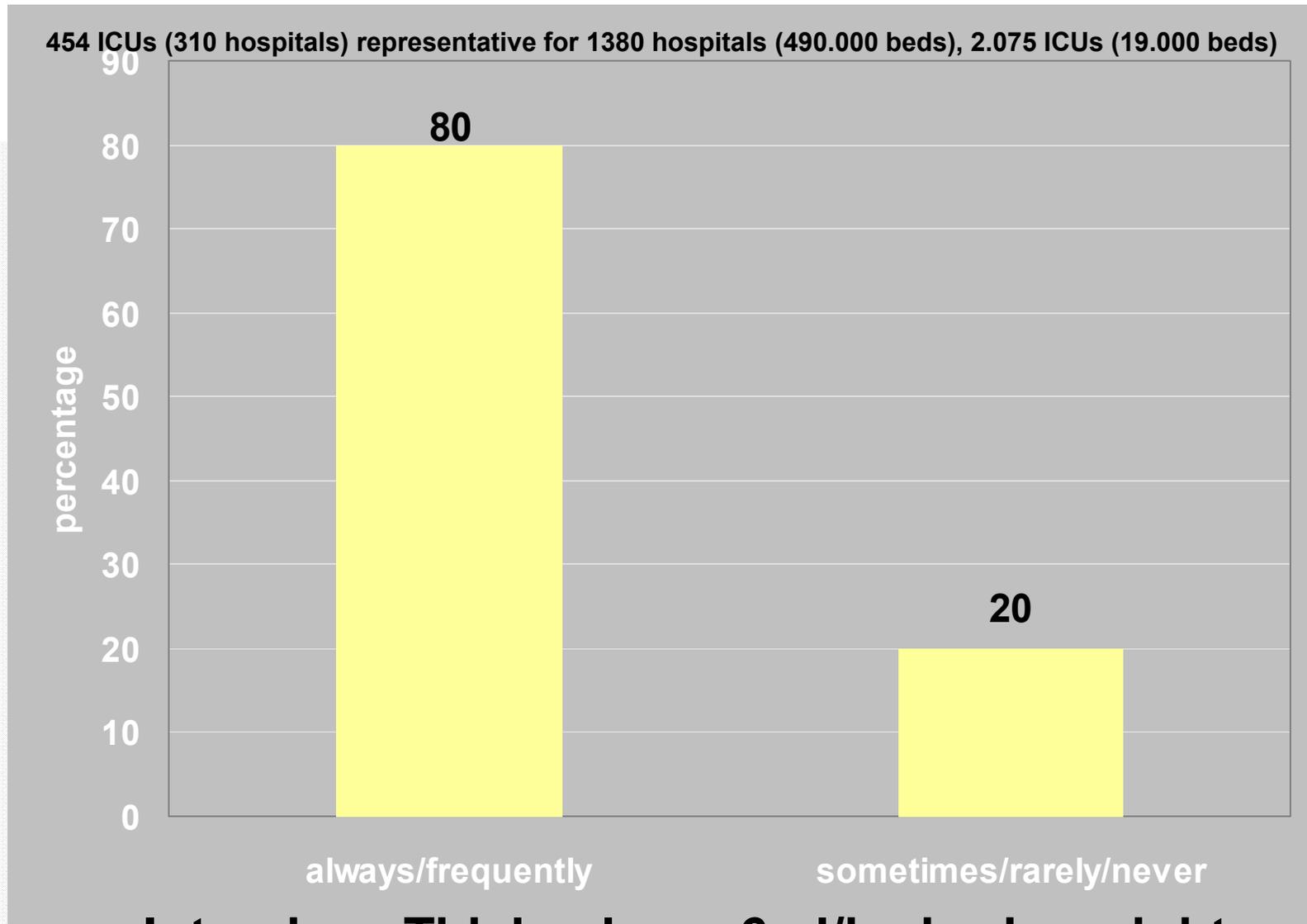
(Richard Grol, Universities of Nijmegen/Maastricht 2006)

**Untersuchung Französischer Intensivmediziner:
der Umsetzungsgrad liegt durchschnittlich bei 50-60%**



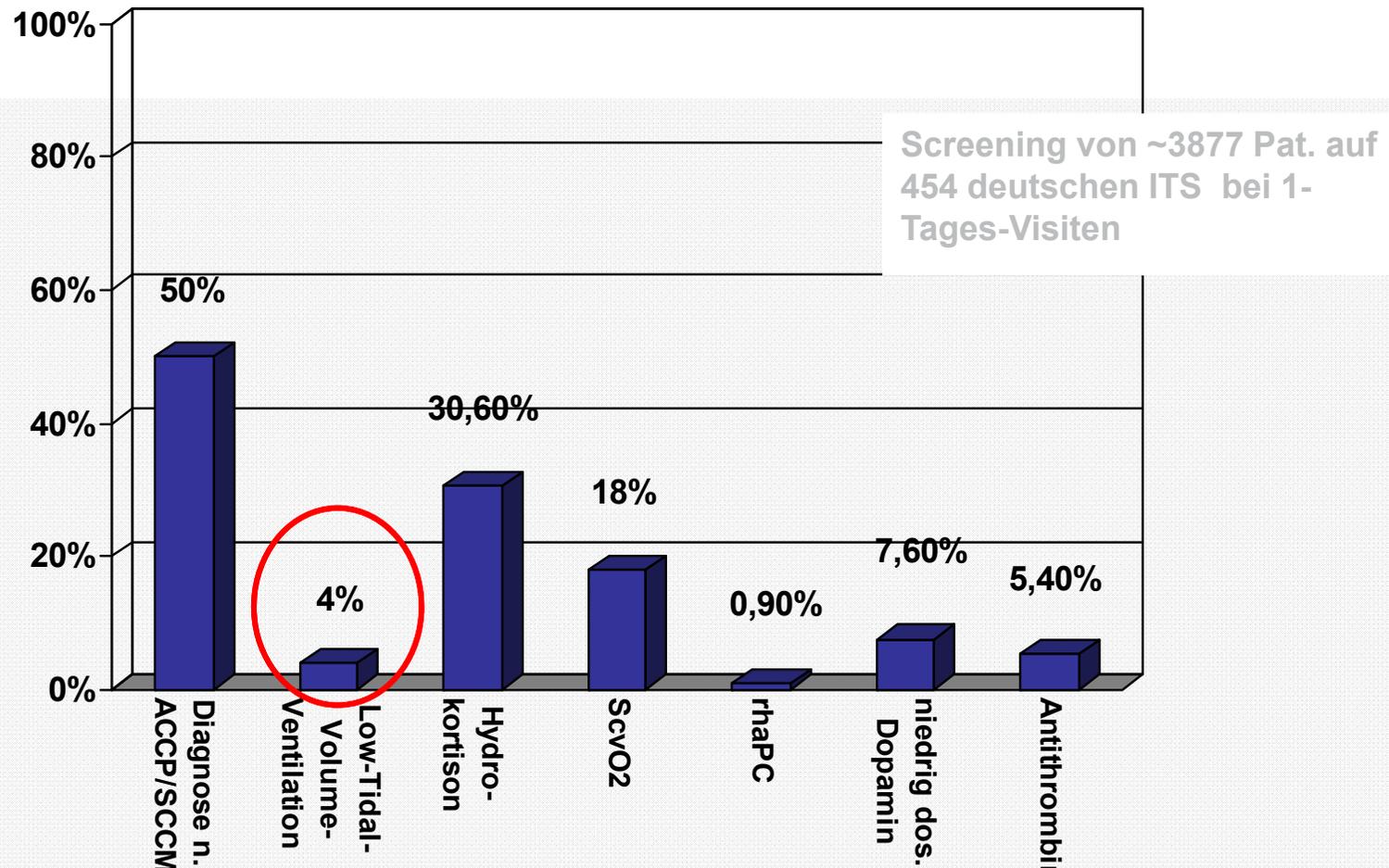
Najjar-Pellet et al. Intensive Care Med 2008;34:278-85

German Prevalence Study



Interview: Tidal volume 6ml/kg body weight

Therapiegewohnheiten bei Sepsis



Brunkhorst FM et al. and the German Competence Network Sepsis (SepNet) (2005)
Treatment of severe sepsis and septic shock in Germany: the gap between perception and practice- result from the German Prevalence Study. Infection 33 [suppl 1]:49

THEMEN DER ZEIT

PEER REVIEW IM KRANKENHAUS

Evaluation zeigt: Es gibt noch Verbesserungspotenzial

Das Peer-Review-Verfahren im Krankenhaus bedeutet einen großen Fortschritt bei der Prozess- und Fehleranalyse, weil die beteiligten Ärzte sich damit einer Diskussion konkreter Fälle mit externen Peers stellen. Die Geschäftsführung zeigt mit der Akzeptanz von Peer Reviews im eigenen Krankenhaus die Bereitschaft, organisatorische

Und auch dies wird bei der Untersuchung deutlich: Das Peer-Review-Verfahren taugt für den trägerübergreifenden Routineeinsatz in deutschen Kliniken.

Oda Rink*

gialen Dialog mit Fachkollegen auf gleicher Augenhöhe und auf systematischer Basis.

Die Experten nahmen als beobachtende Teilnehmer an den Reviews teil und evaluierten sie hinsichtlich der Einhaltung der Verfahrensregeln, der Planung und Durchführung sowie des Qualifizierungsbedarfes für einen Peer-

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 108 | Heft 27 | 8. Juli 2011

Ergebnisse eines Peer Reviews

GRAFIK 1

Zusammenfassung der Ergebnisse



Entstehung der Peer Reviews in intensivmedizinischen Netzwerken

Umsetzung im Rahmen von regionalen Netzwerken oder Klinikzusammenschlüssen.

Derzeit existieren mehrere Netzwerke Intensivmedizin:

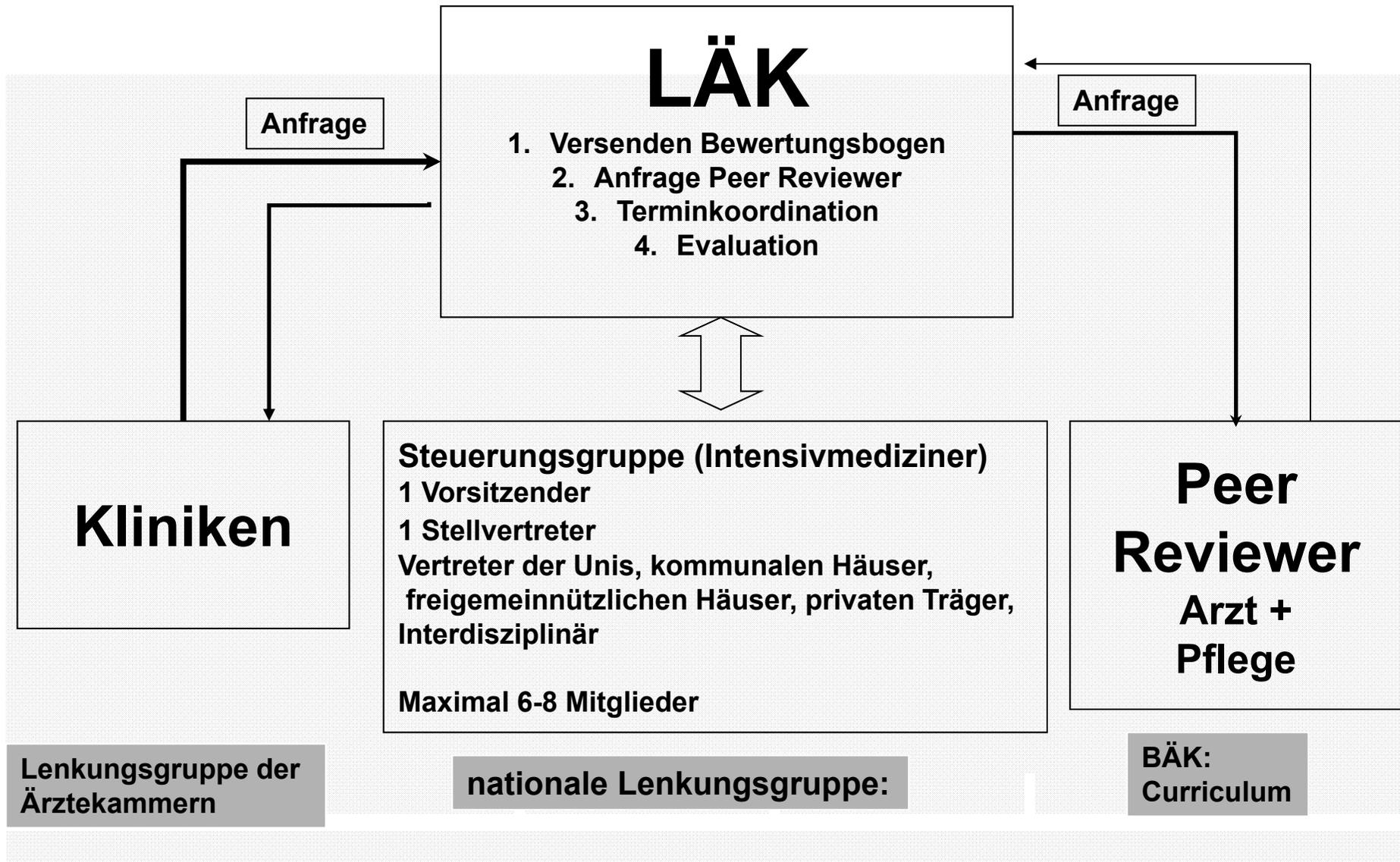
- Netzwerk Intensivmedizin Baden-Württemberg seit 2006
 - Netzwerk Intensivmedizin Hamburg
 - Netzwerk Intensivmedizin Berlin-Brandenburg
 - (Netzwerk Intensivmedizin Rhein-Neckar)
- **2006 Beginn als „kollegiale Besuche“ oder „Visitationen“**

Grundlagen des intensivmedizinischen Peer Review

- Bottom-up-Ansatz
- No-Blame-Ansatz
- Nebenamtlichkeit der Peer Tätigkeit
- Fachgleichheit der Peer-Partner
- Gegenseitigkeit der Peer Review Partner
- Freiwilligkeit
- Interprofessionalität der Peers
- Klinischer Peer Review-Zyklus

Grundlage: Curriculum der Bundesärztekammer

Organisation

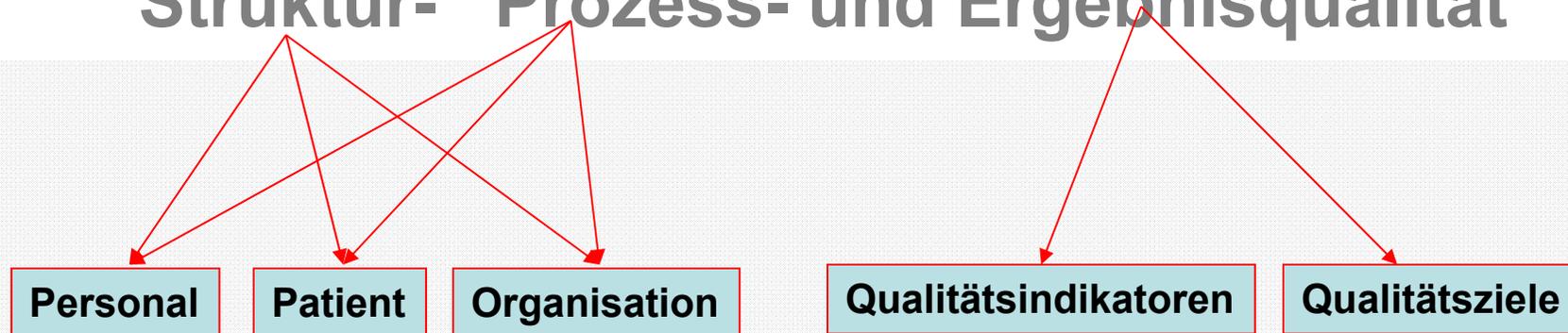


Intensivmedizinisches Peer Review - Verfahrensablauf

Zeit:	Bereich	Themen/Schwerpunkte	Ansprechpartner (wird durch die Klinik ausgefüllt)
Wochen vor dem Peer Review	Vorbereitungen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Information 2. Self-Assessment 	
Review-Tag			
9:00-12:00	Dialog	<ol style="list-style-type: none"> 3. Begrüßung, Vorstellung 4. Gespräch mit ärztlicher und pflegerischer Leitung der ICU, 5. Fragebogen gemeinsam durchgehen 	
12:00-13:00	Pause		
13:00-15:00	Begehung ITS Kurvenviste von Patienten die länger als 3 Tage auf der ITS liegen	<ol style="list-style-type: none"> 6. Begehung der Station mit Arzt und Pflege 7. Gespräch mit Mitarbeitern, Planungen usw. 	
15:00-16:00	Beratung	<ol style="list-style-type: none"> 8. Abschlussgespräch der Reviewer intern: Vorbereitung SWOT Analyse 	
16:00-17:00	Dialog	<ol style="list-style-type: none"> 9. Abschlussgespräch 	
ca. 14. Tage später		<ol style="list-style-type: none"> 10. Konsentierter Peer Review Bericht geht an Chefarzt 	

Peer Review – Erhebungsbogen

Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität



- Verabschiedet von der DGAI und der DIVI
- Insgesamt ca. 100 Fragen, jeweilige Antwortmöglichkeit:
 - **Trifft nicht zu** (1 Punkt)
 - **In Planung/Umsetzung** (2 Punkte)
 - **Trifft teilweise zu** (3 Punkte)
 - **Trifft zu** (4 Punkte)

Selbstbewertung– Erhebungsbogen

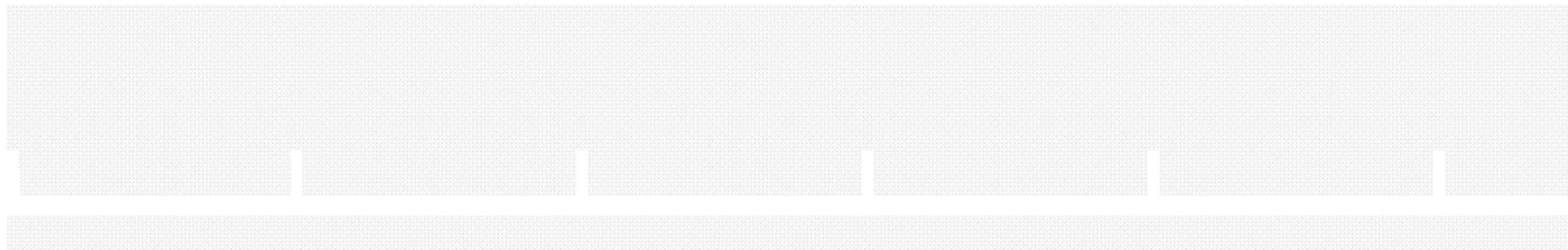
Item	Frage/Überprüfung	Antwort der Klinik	Bewertung	Bemerkungen
			1 = trifft nicht zu 2 = in Planung/Umsetzung 3 = trifft teilweise zu 4 = trifft zu	
1. Strukturqualität				
1.1. Strukturqualität: Grundlagen und Organisation				
	<ul style="list-style-type: none"> Beschreibung/Charakterisierung der Station liegt vor 		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
	<ul style="list-style-type: none"> Ein Qualitätsmanagementhandbuch ist vorhanden Es gibt ein Organisationsschema/ Organigramm/Kommunikationsstrukturen 		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Strukturqualität: - Organisation - Personal - Patient
	<ul style="list-style-type: none"> Die Standardausstattung pro Bettplatz ist hinterlegt 		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
	<ul style="list-style-type: none"> Es gibt eine schriftliche Investitionsmittelpassung 		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
	<ul style="list-style-type: none"> Es eine Geschäftsordnung/Interdisziplinäre Vereinbarung der Intensivstation 		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
	<ul style="list-style-type: none"> Es gibt Verfahrensanweisungen: medizinische, pflegerische organisatorische 		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
	<ul style="list-style-type: none"> Sind die Verantwortlichkeiten geregelt? Hygiene/Infektionsschutz, Medikamente, Hämotherapie, Transplantation, Fortbildung/Einarbeitung/Mentoren, Ethik, Dokumentation, Datenschutz, Gefahrenstoff, Gerätebeauftragter, Strahlenschutz, Brandschutz/Katastrophenschutz, 		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	

Selbstbewertung– Erhebungsbogen

• Arzneimittelkennzeichnung ist einheitlich standardisiert		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
• Umgang und Anwendung von Arzneimitteln ist schriftlich geregelt und wird überprüft, Interferenzen und Unverträglichkeiten sind ausgewiesen		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
• Notfallwagen/Koffer werden geprüft/gewartet/Checkliste vorhanden		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
• Notfallübungen/Management wird regelmäßig durchgeführt		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Prozessqualität: - Organisation - Personal - Patient
• Verfahrensanweisung zum Umgang mit Nadelstichverletzungen/besondere Vorkommnisse liegt vor		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
• Chargenpflichtige Dokumentation von Arzneien/Blutprodukten wird durchgeführt		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
• CIRS/Fehlermanagement wird umgesetzt		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
• Veränderungen werden nach standardisierter Informationsübermittlung mitgeteilt und sind allen Mitarbeitern zugänglich		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
• Workflow der medizinischen Dokumentation ist geregelt und bekannt (Prozesskette von der Prozedur bis zur Erfassung im KIS)		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
•		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
2.2. Prozessqualität Mitarbeiterbezogen			
• Es gibt einen Einarbeitungsordner/Einarbeitungskonzept/Mentoren		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
• Arzt/Pflege		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
• Zielgespräche werden geführt und dokumentiert		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
• Es gibt ein Personalmanagement hinsichtlich Qualifikationen, Weiterbildungen, Zielvereinbarungen		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	

Selbstbewertung– Erhebungsbogen

	• Qualitätsziele werden dokumentiert und bewertet		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
	•		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
4. Controlling / Reporting / Berichtswesen				
	Qualität			
	• Resistenzstatistik/Statistik über nosokomiale Infektionen (Lunge, Wunde, Katheter, Hamweg)		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
	• Kerndatensatz Intensivmedizin		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
	• Wiederaufnahmerate (42 bzw. 72 Stunden)		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
	• Pflegeaufwand (z.B. TISS, NEMS usw.)		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
	• Mortalität		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
	• Durchführung Fallbesprechungen		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
	• Nutzung CIRS		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
	• Zufriedenheit Patienten/Angehörige		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
	• Mitarbeiterzufriedenheit		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
	• Selbst gewählte Statistik		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	



Abschlußbericht

Sehr geehrter Herr Kollege

Sie erhalten den vertraulichen Bericht über das Peer Review Ihrer Station Die Vertraulichkeitserklärungen der Reviewer erhalten Sie als Anlage zu diesem Schreiben. Der Bericht wird ausschließlich Ihnen zur freien Verfügung gestellt. Weitergaben von Informationen sind nur nach Ihrer ausdrücklichen Genehmigung erlaubt. Patientenbezogene Daten wurden nicht erhoben und werden in keinem Fall weitergegeben.

Wir bedanken uns für die überaus offene und kollegiale Zusammenarbeit mit der oberärztlichen Leitung und der stellvertretenden pflegerischen Leitung der Station. Alle Fragen wurden offen und unmittelbar beantwortet, Einblicke in die Strukturen und Prozesse der Station waren ohne Behinderung möglich.

Die bauliche und apparative Ausstattung der Station wird ausdrücklich gelobt. Die Strukturen entsprechen alle den Anforderungen für Intensivstationen, wie sie 1997 im Auftrag der ESICM publiziert wurden (Ferdinande P et al. Intensive Care Med 1997). Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Station wurden im Rahmen des Reviews anhand der 2009 von der DGAI konsentierten Checkliste Peer Review Intensivmedizin geprüft.

NETZWERK INTENSIVMEDIZIN Baden-Württemberg

Bewertung, SWOT Analyse

Das Krankenhaus ist ... zertifiziert. Die Intensivstation hat mit betriebenen ... Betten ...
... Schwerpunkt. Daneben wird von der Klinik eine ... Betten führende ...
Beide Stationen werden von insgesamt ... VK Arzt und ... VK ...
handelt es sich um ein Krankenhaus der ... versorgung ... bei ...

Stärken

- Es gibt einen Koordinator, der die Bettenplanung anhand eines OP-
Wartungsplaner übernehmen kann und die Ressourcen so nach einem Anreizsystem
... kann. Die Ressourcen können dadurch effizient genutzt werden.
- Es existiert eine Statistik über die 48-Stunden Rückübernahme-Quote. Dieser
Qualitätsindikator wird sehr hoch bewertet.
- Die Prozesse des Infektionsmanagement, der mikrobiologischen Diagnostik und
Therapie sind auf der Station vorbildlich und beispielgebend umgesetzt. Die

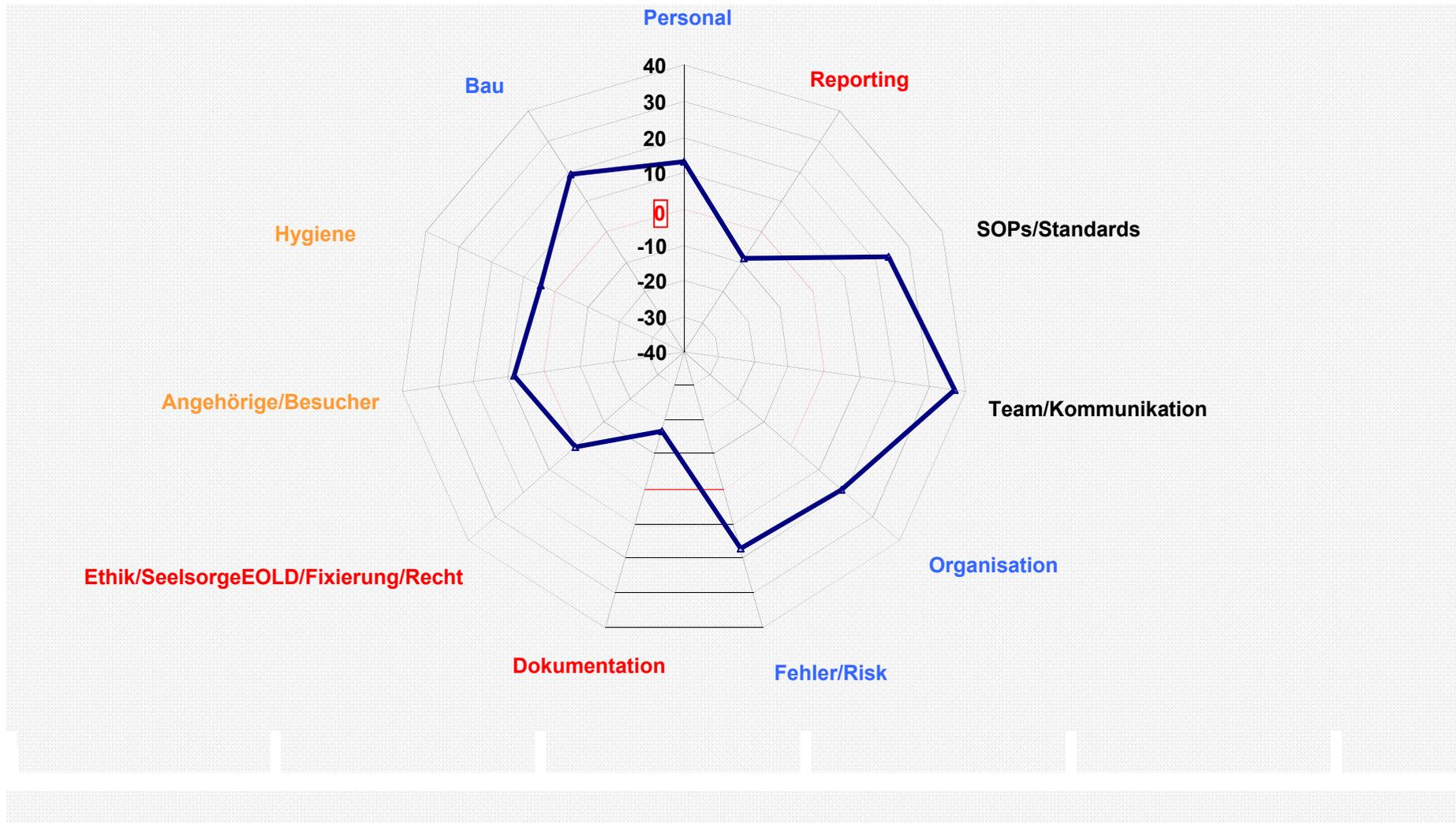
Abschließende Bewertung des Peer Reviews durch die Klinik

**Stärken (Strength) – Schwächen (Weakness) – Chancen (Opportunities)
– Gefahren (Threats)**

Bisherige Ergebnisse

- **Optimierung der Kommunikation im multiprofessionellen Team**
- **Fokussierung der Problemzonen**
- **Etablierung von Berichtswesen, Kennzahlen, Indikatoren, Daten**
- **Erlösoptimierung durch z.B. Optimierung der Prozesse der Kodierung**
- **Effizienzsteigerung infolge Personalschlüsseloptimierung (Pflege, Kodierer, Arzt)**
- **Etablierung von PDMS**
- **Strukturoptimierung nach Geschäftsordnung**
- **Optimierung Bettenmanagement**
- **Optimierung der Patientenversorgung nach Reorga der Kernprozesse**

Beispiel für eine Fremdbewertung:
Ersten Ergebnisse von Peer Reviews dargestellt als
Themenbereiche im Spannungsfeld Stärke-Schwäche



Peer Reviews

Qualitätssicherung	Sonderbeiträge S823
<p style="text-align: center;">Quality Assurance</p> <p style="text-align: center;">Peer reviews in intensive care medicine: pragmatic approach to quality management</p> <p>J.-P. Braun¹ · H. Bause² · F. Bloos³ · G. Geldner⁴ · M. Kastrup¹ · R. Kuhlen⁵ U. Markewitz⁶ · J. Martin⁷ · H. Mende⁸ · M. Quintel⁹ · K. Steinmeier-Bauer¹ C. Waydhas¹⁰ · C. Spies¹</p> <p style="text-align: center;">zusammen als NeQul (Netzwerk Qualität in der Intensivmedizin)</p> <p style="text-align: center;">NACHDRUCK</p>	<p style="text-align: center;">Special Articles</p> <p style="text-align: center;">Intensivmedizinische Peer Reviews: Pragmatischer Weg ins Qualitätsmanagement*</p>

Anästh Intensivmed 2010;51:S823-S829

**„Qualitätsindikatoren sind Hilfsgrößen,
die die Qualität einer Einheit durch
Zahlen bzw. Zahlenverhältnisse
indirekt abbilden.“**

Pietsch-Breitfeld B, Sens B, Rais S (1996) Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements
Informatik Biometrie Epidemiol 27: 200-230

Europäische Indikatoren in der Intensivmedizin

Table 1 List of all indicators obtaining over 75% consensus from the group in the final stage of the Delphi Process

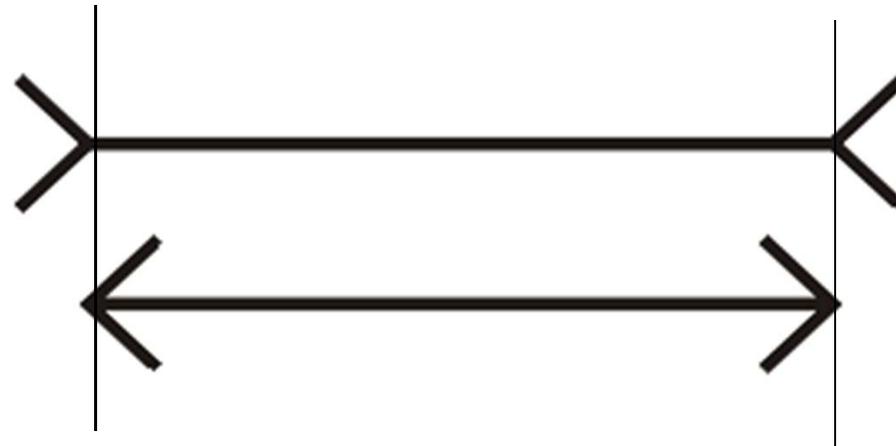
Indicator	Domain	Description of indicator	Consensus (%)
1	Structure	Intensive Care Unit (ICU) fulfils national requirements to provide Intensive Care.	100
2		24-h availability of a consultant level Intensivist	94
3		Adverse event reporting system	100
4	Process	Presence of routine multi-disciplinary clinical ward rounds	100
5		Standardized Handover procedure for discharging patients	100
6		The maintenance of continuing medical education according to national standards.	77
7		The maintenance of bed occupancy rates below a threshold level.	82
8	Outcome	Reporting and analysis of standardized mortality ratio (SMR)	100
9		ICU re-admission rate within 48 h of ICU discharge.	94
10		The rate of central venous catheter-related blood stream infection.	100
11		The rate of unplanned endotracheal extubations.	100
12		The endotracheal re-intubation rate within 48 h of a planned extubation.	77
13		The rate of ventilator-associated pneumonia	77

Only indicators achieving a greater than 90% consensus were then subsequently included in the final set

Anforderungen

- **R**levant
 - **U**nderstandable (verständlich für Mitarbeiter)
 - **M**easurable (messbar)
 - **B**ehaviorable (verhaltensorientiert) und
 - **A**chievable (durch Maßnahmen beeinflussbar) sein
-
- **R**outinedokumentation
 - **O**utcomerelevant
 - **E**videnzbasiert

Beurteilung ist kontext-abhängig



Wahrnehmung ist abhängig von der Perspektive



QUALITY INDICATORS IN CRITICALLY ILL PATIENTS



www.esicm.org

Muster

Ausprägung [⊗]	Definition [⊗]
Größenordnung [⊗]	Wichtiger Aspekt der Behandlung? [⊗]
Begründung [⊗]	Darlegung der Gründe, warum dieser Indikator gemessen wird. [⊗]
Mathematische Formel [⊗]	Formel zur Berechnung der Zielerreichung [⊗]
Population [⊗]	Für welche Patienten trifft der Indikator zu? [⊗]
Art des Indikators [⊗]	Struktur, Prozess oder Ergebnis (Outcome) [⊗]
Datenquelle [⊗]	Darlegen aus welcher Datenquelle die Erfassung des Indikators erfolgt (z.B. Krankenakte, Krankenhausinformationssystem, <u>oa.</u>) [⊗]
Richtwert [⊗]	Wert der Zielerreichung [⊗]
Kommentare [⊗]	Darlegung der Literaturstellen, die die Wirksamkeit des Indikators belegen [⊗]

die zweite Version der Deutschen ICU Qualitätsindikatoren

Nr	Hauptindikator	
I	Oberkörperhochlagerung	∅, streichen
II	Monitoring von Sedierung, Analgesie und Delir	
III	Protektive Beatmung	
IV	Weaningprotokoll mit Spontanatemversuch	∅, modifizieren
V	Frühzeitige und adäquate Antibiotikatherapie	
VI	Therapeutische Hypothermie nach Herzstillstand	
VII	Frühe enterale Ernährung	
VIII	Dokumentation von Angehörigengesprächen	∅, modifizieren
IX	Händedesinfektionsmittelverbrauch	
X	Leitung der ITS durch einen Intensivmediziner mit Zusatzbezeichnung Präsenz eines Arztes mit Facharztstandard über 24h	∅, modifizieren

English

Portal
Zeitschriften
Kongresse
Forschungsberichte

GMS Über GMS Für Autoren Kontakt Impressum



GMS German Medical Science — an Interdisciplinary Journal
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) [\(AWMF\)](#)
ISSN 1612-3174

Artikel Aktueller Jahrgang Archiv Suche in GMS Newsletter

Artikel

PDF Version
XML Version

Artikel empfehlen

Übersichtsarbeit

Intensivmedizinische Qualitätsindikatoren für Deutschland 2013 – zweite Auflage

- Suche in Medline nach
- Braun JP >>
 - Kumpf O >>
 - Deja M >>
 - Brinkmann A >>
 - Marx G >>
 - Bloos F >>
 - Kaltwasser A >>
 - Dubb R >>
 - Muhl E >>
 - Greim C >>
 - Bause H >>
 - Weiler N >>
 - Chop I >>
 - Waydhas C >>
 - Spies C >>

- Jan-Peter Braun** - Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Deutschland
- Oliver Kumpf** - Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Deutschland
- Maria Deja** - Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Deutschland
- Alexander Brinkmann** - Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Klinikum Heidenheim, Deutschland
- Gernot Marx** - Klinik für Intensivmedizin, Universitätsklinikum RWTH Aachen, Deutschland
- Frank Bloos** - Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universitätsklinikum Jena, Deutschland
- Arnold Kaltwasser** - Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege (DGF), Berlin, Deutschland
- Rolf Dubb** - Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege (DGF), Berlin, Deutschland
- Elke Muhl** - Klinik für Chirurgie, Universitätsklinikum Schleswig Holstein, Campus Lübeck, Deutschland
- Clemens Greim** - Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Klinikum Fulda, Deutschland
- Hanswerner Bause** - Qualitätsausschuss Ärztekammer Hamburg, ehemals Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Asklepiosklinikum Altona, Hamburg, Deutschland
- Norbert Weiler** - Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Schleswig Holstein, Kiel, Deutschland
- Ines Chop** - Bundesärztekammer, Berlin, Deutschland
- Christian Waydhas** - Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Essen, Deutschland
- Claudia Spies** - Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Deutschland

GMS Ger Med Sci 2013;11:Doc09



Nummer	Hauptindikatoren 1-10
I	Tägliche multiprofessionelle, klinische Visite mit Dokumentation von Tageszielen
II	Monitoring von Sedierung, Analgesie und Delir
III	Protektive Beatmung
IV	Weaning und andere Maßnahmen zur Vermeidung von Ventilatorassozierten Pneumonien
V	Frühzeitige und adäquate Antibiotikatherapie
VI	Therapeutische Hypothermie nach Herzstillstand
VII	Frühe enterale Ernährung
VIII	Dokumentation von strukturierten Angehörigengesprächen
IX	Händedesinfektionsmittelverbrauch (BQS Indikator 2010)
X	Leitung der Intensivstation durch einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, der keine anderen klinischen Aufgaben hat, Präsenz eines Facharztes mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin in der Kernarbeitszeit und Gewährleistung der Präsenz von intensivmedizinisch erfahrenem ärztlichen und pflegerischen Personal über 24h

Qualitätsindikator I in 2013

Multiprofessionelle Visite, Tageszielen

➤ **Tägliche multiprofessionelle, klinische Visite mit Dokumentation von Tageszielen**

- Abstimmen der Kommunikation (Konsile/Angehörige/u.a.)
- Therapieziele/Therapiezieländerung
- Ziele zur Analgesie, Sedierung und Delir-Management
- Beatmung/Weaning/Atemtherapie
- Kreislauf/Flüssigkeitshaushalt, Ernährung
- Infektionsmanagement
- Notwendigkeit von Kathetern u.a. invasiven Verfahren
- Festlegung von Präventionsmaßnahmen (Antikoagulation/Dekubitus/Magenschutz/Mobilisation/Physiotherapie)
- Geplante Maßnahmen (Diagnostisch/therapeutisch)
- Abstimmen der Medikation

Verbesserungen

Table 1. Daily Goals Form

Room Number ____	Date ____/____/____		
____ Attending initials:	—Initial as goals are reviewed—		
	0700-1500	1500-2300	2300-0700
What needs to be done for the patient to be discharged from the ICU?			
What is this patient's greatest safety risk? How can we reduce that risk?			
Pain mgt/sedation			
Cardiac/volume status			
Pulmonary/ventilator (PP, elevate HOB)			
Mobilization			
ID, cultures, drug levels			
GI/Nutrition			
Medication changes (can any be discontinued?)			
Tests/procedures			
Review scheduled labs; morning labs and CXR			
Consultations			
Communication with primary service			
Family communication			
Can catheters/tubes be removed?			
Is this patient receiving DVT/PUD prophylaxis?			
<p>Mgt, management; PP, plateau pressure; HOB, head of bed; ID, infectious disease; GI, gastrointestinal; labs, laboratory tests; CXR, Chest radiograph; DVT, deep venous thrombosis; PUD, peptic ulcer disease.</p>			

Pronovost P et al. Improving Communication in the ICU Using Daily Goals *Journal of Critical Care*; 2003; 18:71-75

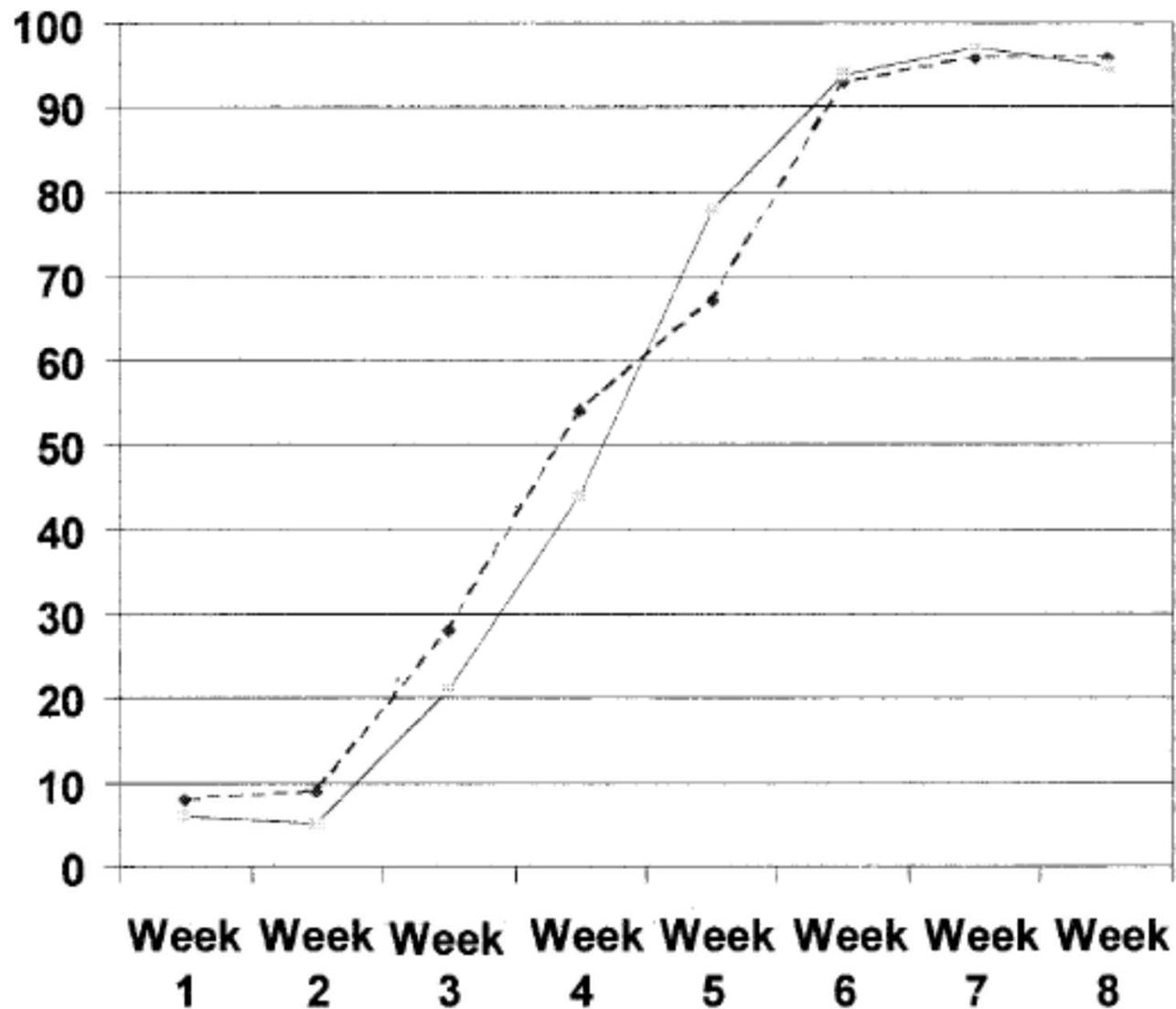


Fig 1. Percent of residents and nurses per week understanding goals.

PRONOVOST

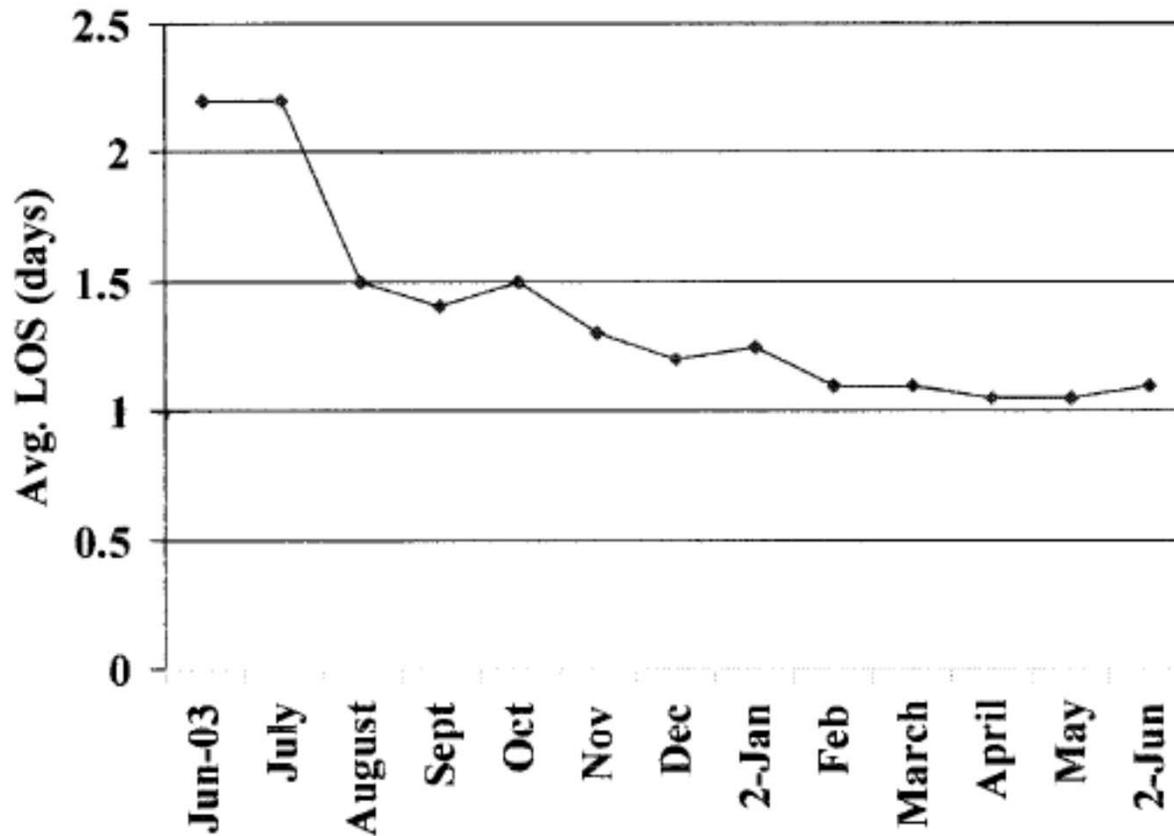


Fig 2. Impact of daily goals sheet on ICU LOS.

Qualitätsziele definieren

Zentrum Intensivmedizin	Geltungsbereich Zentrum Intensiv	 KLINIK AM EICHERT <small>KLINIKEN DES LANDESKREISES GÖPPINGEN gGmbH</small>
Seite 1 von 1	QM Ziele 2013	

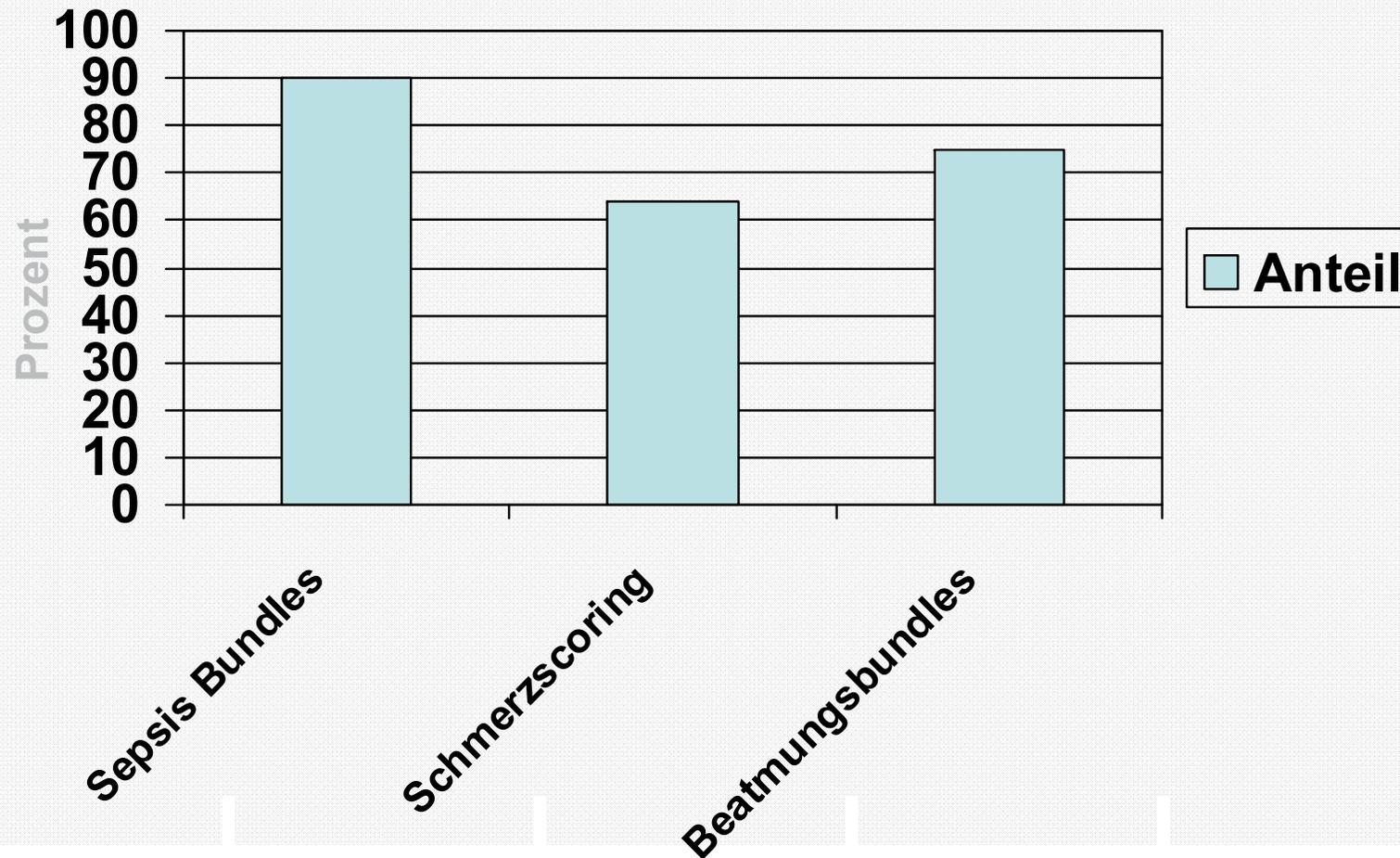
QM Ziel	Indikator und Erfassung
Sepsismortalität < 30% <i>Differenzierung</i> Sepsis Schwere Sepsis Sept. Schock	Erfassungsbogen Sepsis und 3M Tool
Einhalten Sepsis Guidelines 95 %	Erfassungsbogen Sepsis
Mortalität bei Beatmung > 1 Tage Ziel < 30%	3M Tool
Verschieben von OPs wegen Kapazitätsmangel ITS < 15 Patienten/Jahr	Erfassungsbogen OP (nur PG 52)
Einhalten Beatmungsbündel (OK Hochlage, Low Tidal Volume,) 90%	Audit
Reintubationsrate < 12%	Erfassungsbogen Reintubation
Intensivierte BZ Therapie bei Patienten mit Liededauer > 2 Tage 90%	Audit
Scoring Schmerz 100%	Audit
AB Kostensenkung 20%	ABC Analyse (nur PG 52)
Briefe innerhalb von 10 Arbeitstagen versenden > 90%	CareCenter

Kennzahlen festlegen

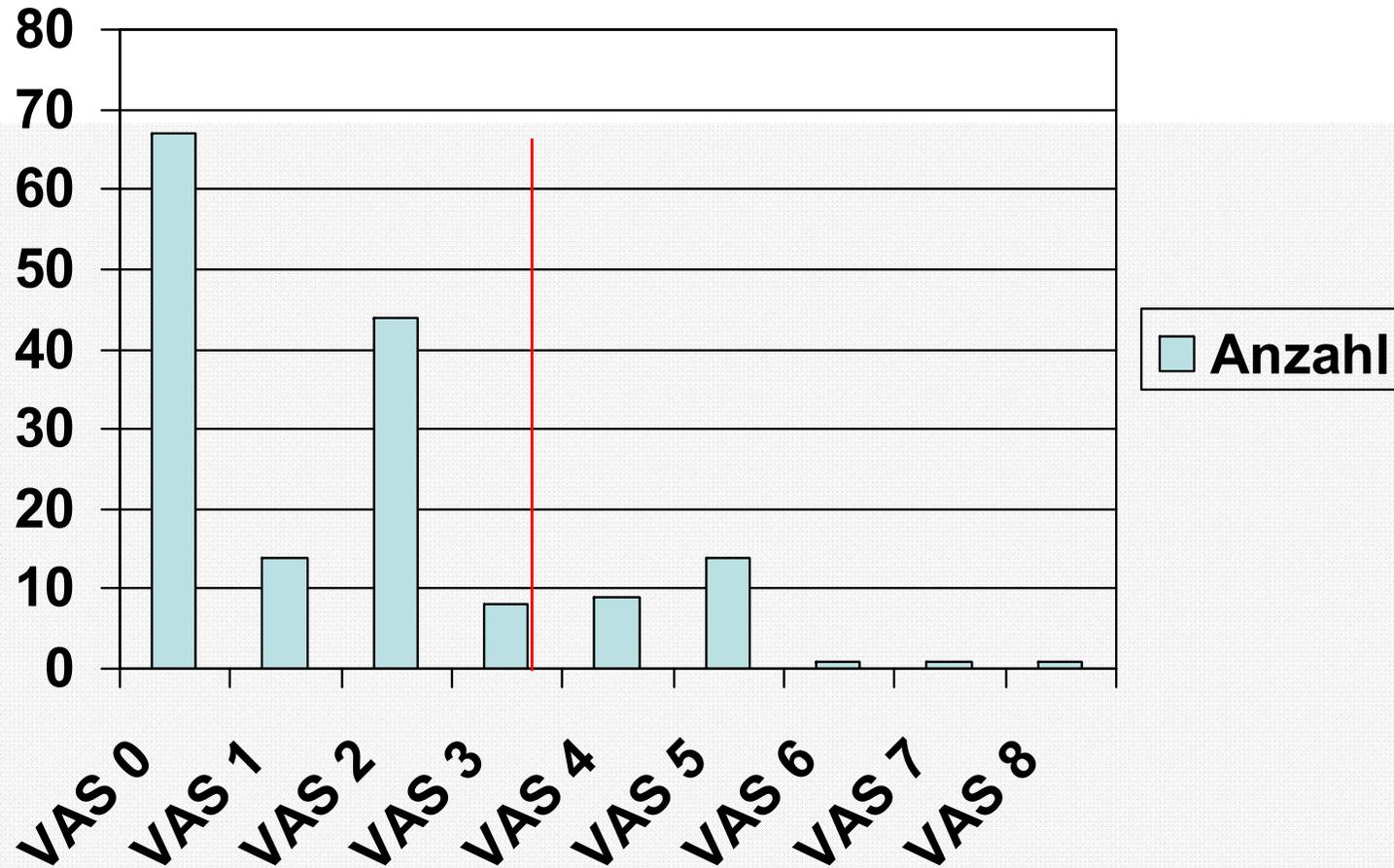
- **Einhalten Sepsis Bundles** **95%**
- **Schmerzscoring** **100%**
- **Einhalten Beatmungsbundle** **90%**

Ergebnisse

- Einhalten Sepsis Bundles 95%
- Schmerzscoring 100%
- Einhalten Beatmungsbundle 90%



Messung Schmerzen



Effektiver Nutzen der Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren sollen ein Werkzeug sein, um theoretisch wissenschaftliche Erkenntnis und alltägliche Routineprozesse in rationalen Einklang zu bringen

Anästh Intensivmed 2010;51:S809-S822

Weiterführende Literatur

Qualitätssicherung	Sonderbeiträge	S809
Quality Assurance	Special Articles	
<p>Quality indicators in intensive care medicine: why? Use or burden for the intensivist</p> <p>J.-P. Braun¹ · H. Mende² · H. Bause³ · F. Bloos⁴ · G. Geldner⁵ M. Kastrup¹ · R. Kuhler⁶ · A. Markewitz⁷ · J. Martin⁸ · M. Quintel⁹ K. Steinmeier-Bauer¹ · C. Waydhas¹⁰ · C. Spies¹ zusammen als NeQul (Netzwerk Qualität in der Intensivmedizin)</p>	<p>Qualitätsindikatoren in der Intensivmedizin: wozu?*</p> <p>Nutzen oder Last für Intensivmediziner</p>	

AnästH Intensivmed 2010;51:S809-S822

Die Intensivstation auf Herz und Nieren geprüft

2

Lie

Erfu
scht
nacl
dent
(CD
Kast
"laub

C
Ä

Ve

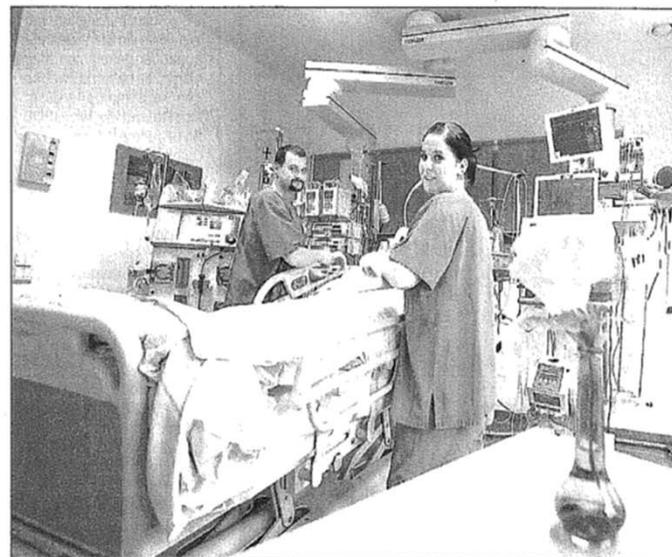
Erfu
welt
land
zum
Vori
ten I
Lkw
ner l
me,
die t
desg
Vog
nen
Koal
niste
körn
SPD
giert
Abst
aber
2
Bun
den
gem
Proj
Bun
plan
ange
ginn
dara
ern,
sen t
"nich

Weimarer Klinik öffnete sich gestern als landesweit erste externen Spezialisten

■ Von Sibylle Göbel

Weimar. Es gibt nichts, was sich nicht verbessern ließe. Dieser Überzeugung sind auch die Chefärzte der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin im Weimarer Sophien- und Hufeland-Klinikum, Christof Lascho – seit zwei Wochen im Amt – und sein Kollege Falk Schmidt, der seit einem Jahr in dieser Position ist. Zwar betonen beide, dass die intensivmedizinisch betreuten Patienten in ihrem Haus in sehr guten Händen sind. Doch weil bei diesen Patienten der kleinste Fehler und selbst der winzigste Informationsverlust etwa beim Wechsel der Betreuungsteams dramatische Folgen haben können, haben sie jetzt die Arbeit der Ärzte und des Pflegepersonals von externen Experten unter die Lupe nehmen lassen.

Auf Anregung der Landesärztekammer Thüringen – und selbstverständlich mit dem Einverständnis der Geschäftsführung im eigenen Haus – öffneten die beiden Chefärzte gestern als erste Intensivmediziner im Freistaat Spezialisten von Kliniken in Berlin, Jena und Pößneck das Herzstück der Weimarer Klinik: den interdisziplinären intensivmedizinischen Bereich, der 16 Betten – darunter zwei Dialysebetten und acht Beatmungsplätze – umfasst und in dem im Schnitt pro Jahr 1400 Patienten betreut werden. Schon im Vorfeld hatten die Gastgeber einen Fragebogen ausgefüllt, den sie gestern mit den Intensiv-Experten noch einmal Punkt für Punkt durcharbeiteten, ehe es von Intensiv- zu Intensiv-Bett ging: Anhand der Krankenakten so-



Unter Zeitdruck richtig handeln: In der Intensivstation des Weimarer Klinikums werden pro Jahr etwa 1400 Patienten betreut. Um ihre Versorgung zu optimieren, ließ sich die Station gestern als landesweit erste von externen Spezialisten unter die Lupe nehmen.

Foto: Thomas Müller

wie einer ausgiebigen Befragung der Mediziner und Pflegekräfte machten sich die Experten ein Bild von der jeweiligen Behandlung, um ihre Eindrücke am Nachmittag in eine Art Manöverkritik münden zu lassen, die letztlich einem Ziel dient: „Die Prozesse und Strukturen in der Intensivmedizin zu optimieren, Tipps zu geben, was wir im Interesse der kritisch kranken Patienten ändern und verbessern können“, sagt Chefarzt Falk Schmidt. Er verhehlt nicht, dass diese Art der Qualitätskontrolle aufwändiger war, als er es ver-

mutet hätte. Damit das, was die Experten – „durchweg in hohem Maße integre Ärzte von großer fachlicher Kompetenz“ – empfehlen, nicht verpufft, wollen sich die Chefärzte zeitnah sowohl mit den Oberärzten als auch den Pflegern zusammensetzen und peu à peu die angeratenen Veränderungen auf den Weg bringen. In einem, spätestens in zwei Jahren werden sich die Weimarer erneut dem freiwilligen Peer-Review-Verfahren (Peers heißen die externen Experten) unterziehen. Schließlich legen sie Wert darauf, zu lernen

und durch regelmäßigen Austausch neue Erkenntnisse in den klinischen Alltag zu bringen, damit die medizinische Qualität der Intensivversorgung wächst. Nicht zuletzt aber ging es den Weimarer Intensivmedizinerinnen gestern runter wie Öl, von Ärzten, die beispielsweise in der Berliner Charité und in der Jenaer Uni-Klinik arbeiten, attestiert zu bekommen, dass in Weimar „extrem gute Teamstrukturen“ bestehen, das Pflegepersonal „hoch motiviert“ und die Bereitschaft, Dinge zu verbessern, sehr ausgeprägt ist.

tue Gutes
und
berichte drüber

(aus Thüringische Landeszeitung)



sind wir Pronovost einen Schritt voraus?

Article

Toward Improving Patient Safety Through Voluntary Peer-to-Peer Assessment

Daniel W. Hudson, BS,^{1,2} Christine G. Holzmueller, BLA,²
Peter J. Pronovost, MD, PhD,² Sebastiana J. Gianci, DrPH,²
Zack T. Pate, PhD,³ Joyce Wahr, MD,⁴ Eugenie S. Heitmiller, MD,² David A.
Thompson, DNSc, MS, RN,² Elizabeth A. Martinez, MD, MHS,⁵
Jill A. Marsteller, PhD, MPP,² Ayse P. Gurses, PhD,² Lisa H. Lubomski, PhD,²
Christine A. Goeschel, ScD, MPA, MPS, RN,² and Julius Cuong Pham, MD, PhD²



American Journal of Medical Quality
XX(X) 1-9
© 2011 by the American College of
Medical Quality
Reprints and permission: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>
DOI: 10.1177/1062860611421981
<http://ajmq.sagepub.com>



Abstract

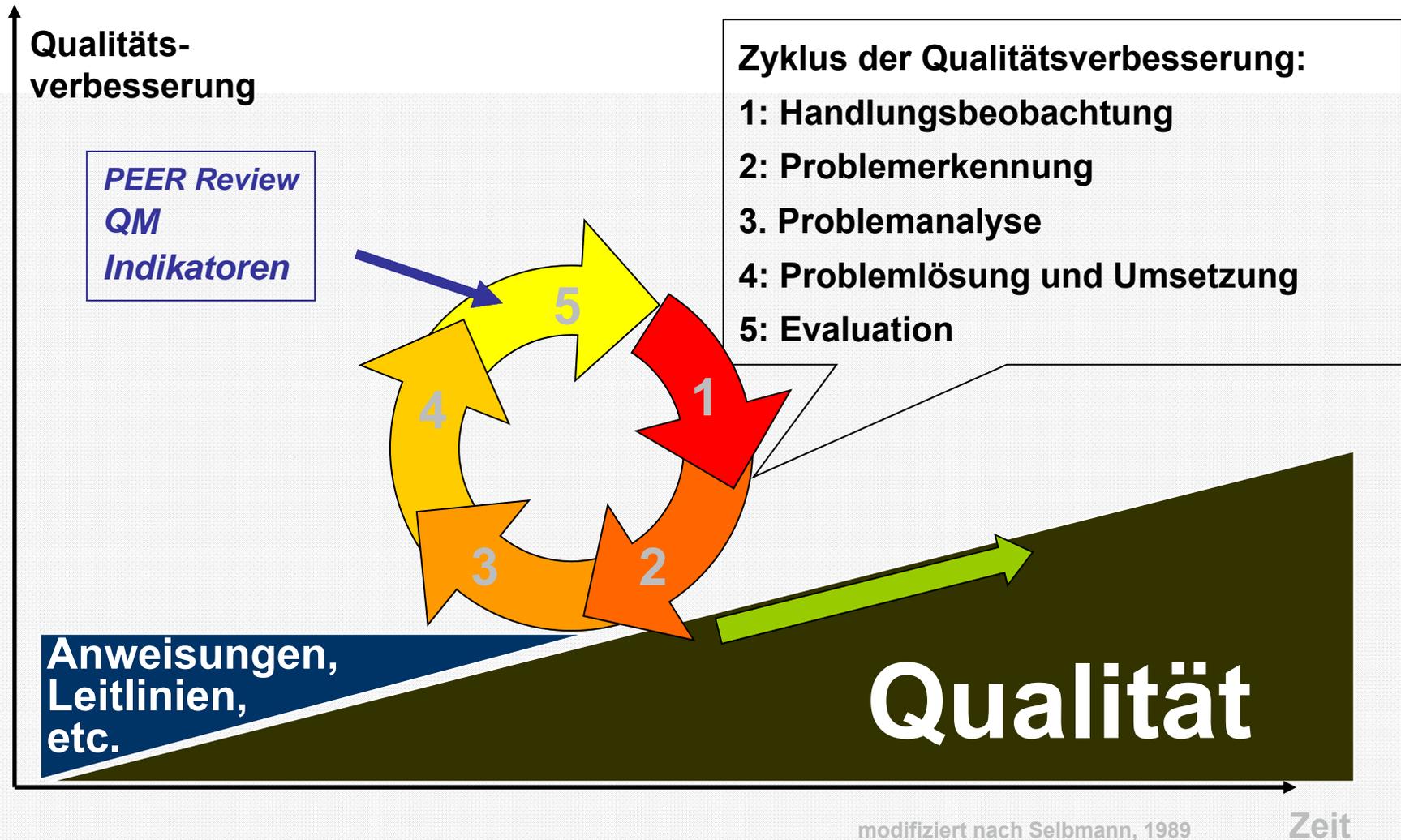
Health care has primarily used retrospective review approaches to identify and mitigate hazards, with little evidence of measurable and sustained improvements in patient safety. Conversely, the nuclear power industry has used a prospective peer-to-peer (P2P) assessment process grounded in open information exchange and cooperative organizational learning to realize substantial and sustainable improvements in safety. In comparing approaches, it is evident that health care's sluggish progress stems from weaknesses in hazard identification and mitigation and in organizational learning. This article proposes creating and implementing a structured prospective P2P assessment model in health care, similar to that used in the nuclear power industry, to accelerate improvements in patient safety.

Keywords

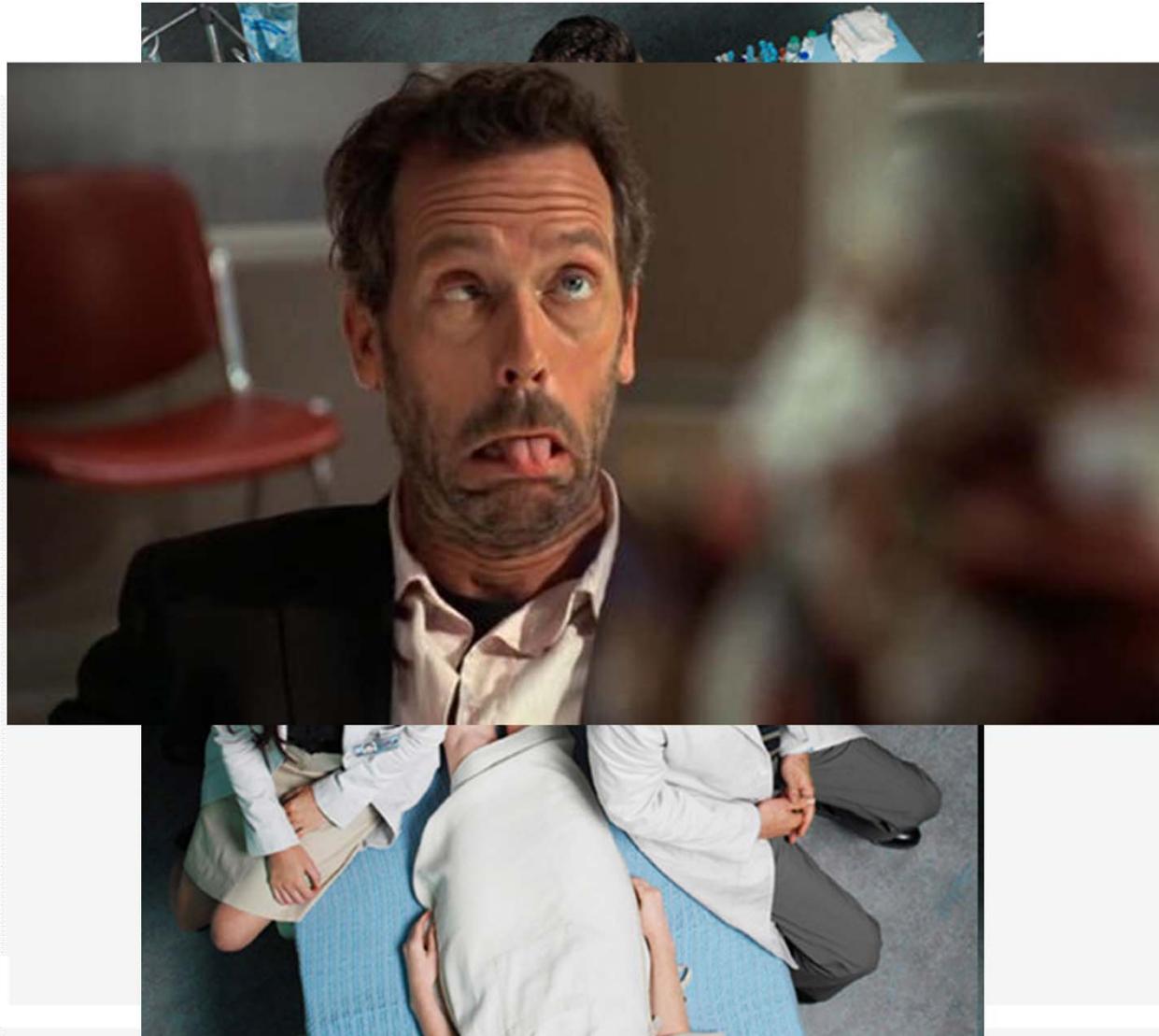
patient safety, nuclear safety, peer assessment, peer-assisted learning

Der zufriedene Patient





Teamwork!?



Ein benehmenstschneferndort

