



# 7. Tag der Gesundheitsberufe

Wien 6. April 2017

## Was ist Qualität im Gesundheitswesen ?

Dr. phil. Brigitte Sens



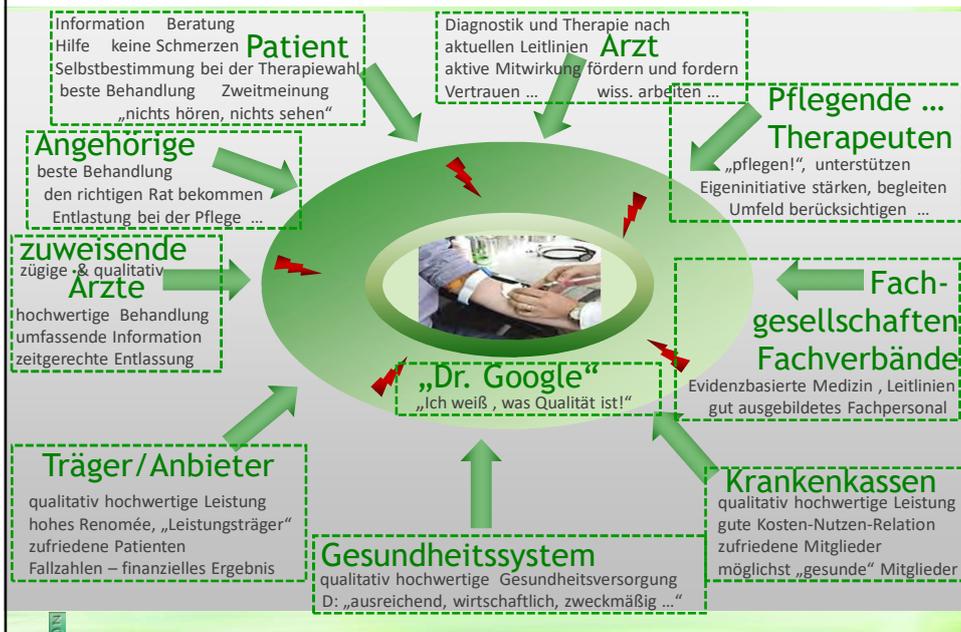
Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen  
Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen • Hannover

bis 2015 Vorsitzende der



Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V.

## Was ist Qualität?



# Qualität (quality)

„Qualität“: Grad der Erfüllung der Merkmale von patientinnen- und patientenorientierter, transparenter, effektiver und effizienter Erbringung der Gesundheitsleistung.  
A-Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG (2004)

„Grad, in dem ein Satz inhärent (3.10.1) **Anforderungen** (3.6.4) erfüllt.

\* = *Qualitätsmerkmale*

- „Qualität“ kann schlecht, gut oder ausgezeichnet sein!
- „Inhärente“ Merkmale sind untrennbar mit dem **Objekt** verbunden („innewohnend“) und beschreiben dieses:
  - Speisen** = hygienisch + warm 65° + 100% Diätplan entsprechend + ...
  - Narkoseverfahren** = schonend + angemessen + sicher + ...
  - Leistungsabrechnung** = vollzählig + korrekt + zeitnah ...
  - Laborleistungen** = fehlerfrei + korrekt zugeordnet + zeitnah zurückgemeldet ...
  - Behandlung im Brustkrebszentrum** = evidenzbasiert + patientinnenorientiert + interdisziplinär ...

DIN EN ISO 9000:2015 3.6.2

## Anforderungen: festgelegt, vorausgesetzt oder verpflichtend



## „Qualität“ im



### Anforderungsprofil ..... Kennzahlen

alle Patienten komplett vorbereitet mit allen Unterlagen zur Aufnahme  
mit einer fachgerechten Indikationsstellung

...

#### Praxisbeispiel Behandlungspfad „Elektive Cholezystektomie“

„Das Richtige am richtigen Patienten zum richtigen Zeitpunkt richtig tun!“

#### Qualitätsziele:

Pfaddurchlauf = alle Schritte „just in time“ 95%

95 % laparoskopische Cholezystektomie

Rate eingriffsspezifischer behandlungsbedürftiger Komplikationen < 3%

keine Eingriffsverwechslung

Fallkosten ≤ 90% Erlöse

Patientenzufriedenheit Note 1 + 2 >80%

...

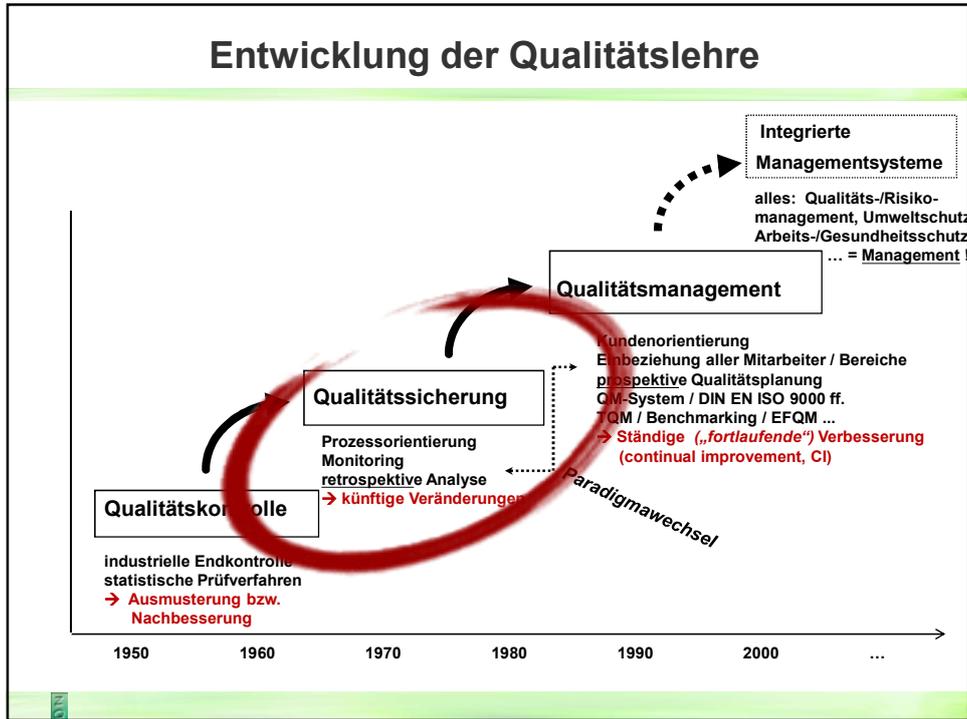
(keine nosokomiale Infektion, kein Patient ohne Arztbrief, 95% Entlassung an Tag 3 ...)

## Was

ist also **Qualität** im Gesundheitswesen ?

**Können wir sie objektiv  
messen?**

# Entwicklung der Qualitätslehre



D-Qualitätssicherung: 30 Leistungsbereiche • 430 Qualitätsindikatoren • 4 Mio. Datensätze • 1.700 Krhs. gesetzlich verpflichtend gemäß § 135a SGB V

23.000	1	Ambulant erworbene Pneumonie
.	2	Aortenklappenchirurgie, isoliert
170.000	3	Cholezystektomie
1.140.000	4	Pflege: Dekubitusprophylaxe
640.000	5	Geburtshilfe
.	6	Gynäkologische Operationen
.	7	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
75.000	8	Herzschrittmacher-Implantation
.	9	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
.	10	Herztransplantation
160.000	11	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
.	12	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
.	13	Hüftgelenknahe Femurfraktur
28.000	14	Karotis-Rekonstruktion
145.000	15	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
.	16	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
.	17	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie
.	18	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
.	19	Koronarchirurgie, isoliert
114.000	20	Mammachirurgie
1.000	21	Lebertransplantation
.	22	Leberlebendspende
2.800	23	Nierentransplantation
.	24	Nierenlebendspende
.	25	Lungen- und Herz-Lungen-transplantation
→	Σ	4 Mio. Datensätze

**Bundesministerium für Gesundheit**

**Bekanntmachung** [1204 A]  
eines Beschlusses  
des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Anlage  
der Vereinbarung zur Qualitätssicherung  
Leistungsbereiche 2010  
Vom 18. Juni 2009

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 18. Juni 2009 beschlossen, die Anlage der Vereinbarung gemäß § 137 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialversicherungsgesetz (SGB V) in Verbindung mit § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Vereinbarung zur Qualitätssicherung) in der Fassung vom 15. August 2008 (Blatt 1 der Bundesgesetzblätter) zu ändern. Die Änderungen sind:

1. Die Anlage wird wie folgt neu gefasst:  
„Rinbezogene Leistungen im Erfassungsjahr 2010  
Im Erfassungsjahr 2010 sind folgende Leistungsbereiche auf Bundesebene verpflichtend zu dokumentieren:

Leistungsbe- reich	Verfahren	
	direkt	indirekt
1. Ambulant erworbene Pneumonie		x
2. Aortenklappenchirurgie, isoliert	x	x
3. Cholezystektomie		x
4. Pflege Dekubitusprophylaxe		x

[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

**Zahlen?**  
**Deutschland liebt Zahlen ;-)**

# Qualitätssicherung Geburtshilfe - Niedersächsische Perinatalerhebung (NPE)

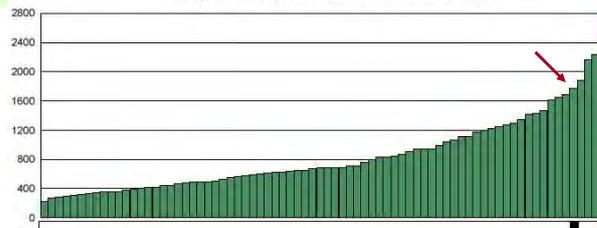


## Datensatz Geburtshilfe

<p>28.1 Berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□</p> <p>28.2 Tragzeit nach klinischem Befund Wochen □□</p> <p>29.1 pränatal gesicherte/vermutete Fehlbildungen 0 = nein 1 = ja wenn Feld 29.1 = 1</p> <p>29.2 Diagnose der pränatal gesicherten/vermuteten Fehlbildung <small>Zur Verschlüsselung der Fehlbildungen ist das Kapitel XVII „Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien“ des ICD-10 heranzuziehen</small> 1. □□□□□□□□ 2. □□□□□□□□ 3. □□□□□□□□</p> <p>29.3 pränatal gesicherte/vermutete Fehlbildung gesichert/verdacht auf 1. □ 2. □</p>	<p><b>Angaben zur Entbindung</b></p> <p>30 Aufnahmeart 1 = Entbindung in der Klinik bei geplanter Klinikgeburt 2 = Entbindung in der Klinik bei weitergeleiteter Haus-/Praxis-/Geburtshausgeburt, ursprünglich nicht als stationäre Entbindung geplant 3 = Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme</p> <p>31 Muttermundweite bei Aufnahme cm □□</p> <p>32 Lungenreifebehandlung 0 = nein 1 = ja</p> <p>33 Lungenreifebehandlung: zuletzt am TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□</p> <p>34 Aufnahme-CTG 0 = nein 1 = ja</p> <p>35.1 Dopplersonographie in geburtshilflicher Abteilung durchgeführt 0 = nein 1 = ja</p>	<p>35.3 Pathologischer Dopplerbefund 0 = nein 1 = ja</p> <p>36.1 Geburtsrisiken 0 = nein 1 = ja wenn Feld 36.1 = 1</p> <p>36.2 Geburtsrisiko 1. □□ 2. □□ 3. □□ 4. □□ 5. □□ 6. □□</p> <p>Schlüssel 3</p> <p>42 Medikamentöse Zervixreifung 0 = nein 1 = ja</p> <p>43 Geburtseinleitung</p>
--	--	---

## 1 BASISSTATISTIK

Fälle pro Daten übermittelnde Klinik/Fachabteilung



\*Vergleichsgruppe: L1 - Level-1 Perinatalzentren (14 Kliniken)

### Basisstatistik » Fallzahlen – Schwangere aufgenommen in Geburtsklinik

Übersicht

#### 1. Grundgesamtheiten

Eingerückte Zeilen bezeichnen Teilmengen

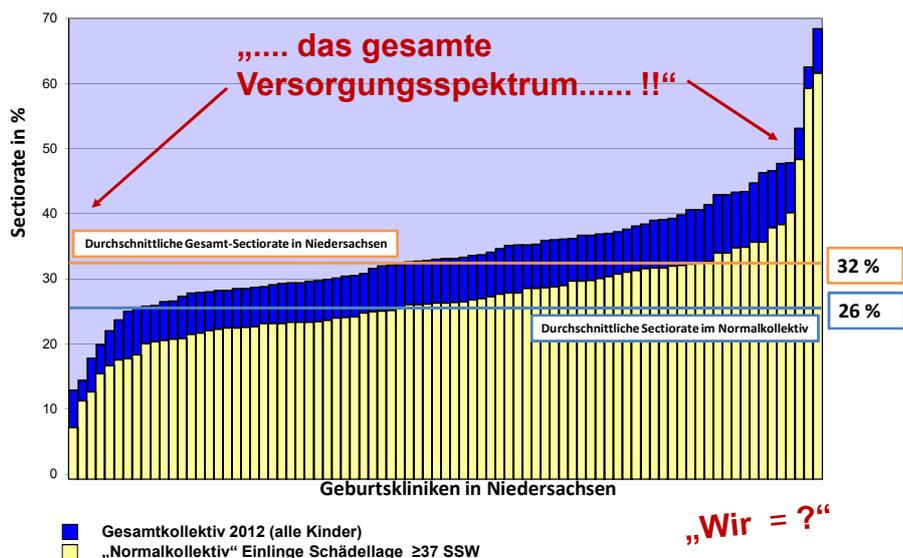
	Klinikergebnis				Vergleichsgruppe*			Nds	
	2015		Vorjahr		2015	Vorj.	%	2015	Vorj.
	n	%	n	%	n	%	%	n	%
Schwangere gesamt	1 654	100,0	1 612	100,0	21 949	100,0	100,0	62.986	61.100
- Erstgebärende	886	53,6	824	51,1	10 766	49,1	49,8	47,1	48,2
- Mehrgebärende	768	46,4	788	48,9	11 183	50,9	50,2	52,9	51,8
- Einlingsschwangerschaften	1 545	93,4	1 503	93,2	21 160	96,4	96,2	98,2	98,1
- Mehrlingsschwangerschaften	109	6,6	109	6,8	789	3,6	3,8	1,8	1,9
Kinder gesamt	1 769	100,0	1 732	100,0	22 767	100,0	100,0	100,0	100,0

## Qualitätsindikatoren 2015

Indikator	Ereignis(se)		Fallzahl	Klinikwert	Vertrauensbereich	Referenzbereich	Vergleichsgruppe*	Nds. gesamt
	beobachtet	erwartet						
Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem perinatalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen								
1: 330	118	-	120	<b>98,33</b>	94,13 - 99,54	>= 95,00	97,45	97,37
Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung								
2: 50046	41	-	45	<b>91,11</b>	79,27 - 96,49	-	89,11	87,99
Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung								
3: 50045	787	-	788	<b>99,87</b>	99,28 - 99,98	>= 90,00	98,83	98,04
Kaiserschnittgeburten								
4a: 52243	691	-	1.648	<b>41,93</b>	39,57 - 44,33	-	35,31	32,16
4b: 52249	691	632,45	1.648	<b>1,09</b>	1,03 - 1,16	<= 1,24	1,02	1,00
E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt								
5: 1058	0	-	18	-	-	sentinel	0,00	0,86
Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes bei lebend geborenen Einlingen								
6: 319	1.512	-	1.524	<b>99,21</b>	98,63 - 99,55	>= 95,00	99,40	99,28
Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung								
7a: 321	0	-	1.243	<b>0,00</b>	0,00 - 0,31	-	0,21	0,20
7b: 51397	0	2,25	1.243	<b>0,00</b>	0,00 - 1,70	-	1,08	1,01
7c: 51826	1	-	269	<b>0,37</b>	0,07 - 2,08	-	0,42	0,60
7d: 51831	1	1,56	269	<b>0,64</b>	0,11 - 3,58	<= 4,81	0,56	0,81
Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten								
8: 318	258	-	268	<b>96,27</b>	93,27 - 97,96	>= 90,00	97,50	95,96
Kritisches Outcome bei Reifgeborenen								
9a: 1059	0	-	1.316	<b>0,00</b>	0,00 - 0,23	-	0,04	0,03
9b: 51803	5	9,16	5.282	<b>0,55</b>	0,23 - 0,87	<= 2,26	0,92	0,92

**Gut?**  
**Zufrieden?**  
**Ziel erreicht??**

## Kaiserschnittraten aller Geburtskliniken (Nds.)



# Qualitätsindikatoren 2015

\*Vergleichsgruppe: L1 - Level-1 Perinatalzentren (14 Kliniken)

## Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Prozess-/Ergebnisindikator

### Q1 8: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

Indikator: 318

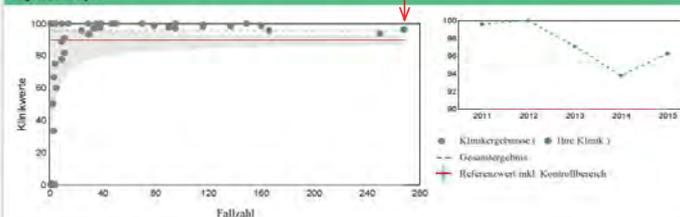
Ziel: Häufig Anwesenheit eines Pädiaters bei Geburt von lebend geborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen

Jahr	Ereignisse		Fallzahl	Klinikerwert %	Vertrauensbereich %	Referenzbereich %
	beobachtet	erwartet				
2011	243	-	244	99,6	97,7 - 100,0	>= 90,00
2012	256	-	256	100,0	98,5 - 100,0	>= 90,00
2013	233	-	240	97,1	94,1 - 98,6	>= 90,00
2014	256	-	273	93,77	90,25 - 96,08	>= 90,00
2015	258	-	268	96,27	93,27 - 97,96	>= 90,00

**ACHTUNG:** planungsrelevanter Qualitätsindikator ab 2018!

Das Klinikergebnis liegt signifikant unter dem Referenzwert

#### Ergebnisanalyse



Ereignis: Pädiater bei Geburt anwesend

Fallzahl: Alle lebend geborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme geboren wurden

Fallanalyse: Klinikintern (Vorgangsnummern zur Reidentifikation von Patienten in der Dokumentationsoftware)

1203/2015, 1462/2015, 1571/2015, 1640/2015, 247/2015, 302/2015, 494/2015, 582/2015, 999/2015

## Qualitätsindikatoren öffentlich:



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

Klinikum Oldenburg AöR

Leistungsbereich	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten
Kennzahl-ID	318
Empirisch - statistische Bewertung	gut
Ergebnis (%)	96,27
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Grundgesamtheit	268
Beobachtete Ereignisse	258
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	95,85
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,60 - 96,09
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,27 - 97,96
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes -	— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

<https://www.g-ba-qualitaetsberichte.de/#/>

**Ambulant erworbene Pneumonie**  
Gesamtergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

**IQTIG**

1.469 Krankenhäuser  
290.740 Fälle (Pat.)

**(Qualitäts-)Anforderungen:**

**schnellstens Sauerstoffmessung**

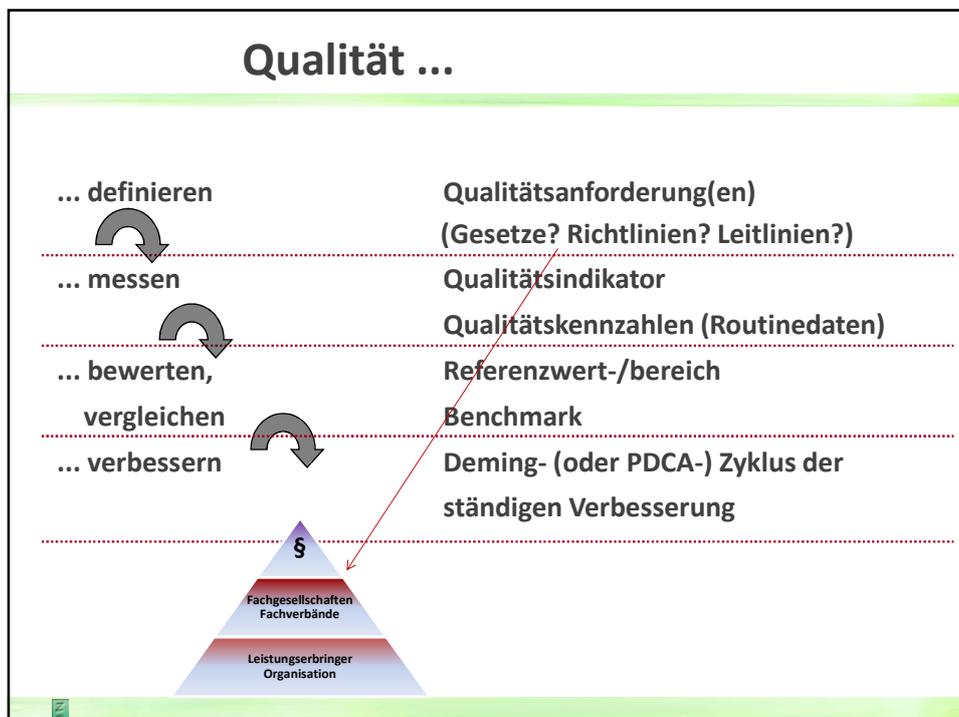
**schnellstens gezielte Antibiotikagabe**

**schnellstens Frühmobilisation**

**obligate Kontrolle CRP/PCT**

**obligate Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien**

QI-ID	Bezeichnung des Indikators	Referenzbereich	Krankenhausstandorte		Bewertung	
			Gesamt	Auffällig (rechnerisch)	Kategorie	Handlungsbedarf
	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie					
2005	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	≥ 95,00 % (Z)	1.465	154	2	A
2006	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	n. d.*	1.450	-	X	X
2007	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)	n. d.*	1.239	-	X	X
2009	Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	≥ 90,00 % (Z)	1.443	169	1	A
	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme					
2012	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)	≥ 95,00 % (Z)	1.345	218	1	B
2013	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	≥ 90,00 % (Z)	1.418	292	2	B
2015	Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme	≥ 95,00 % (Z)	1.443	81	1	A
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	≥ 95,00 % (Z)	1.428	328	2	B
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	≥ 95,00 % (Z)	1.414	176	2	A



**Hüftendoprothesenversorgung**  
Gesamtergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

**IQTIG**

1.290 Krankenhäuser  
223.000 Eingriffe Erstimplantation

QI-ID	Bezeichnung des Indikators	Referenzbereich	Krankenhausstandorte		Bewertung	
			Gesamt	Auffällig (hochwertig)	Kategorie	Handlungsbedarf
54001	Indikation zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	≥ 90,00 % (T)	1.215	218	2	A
54002	Indikation zum Hüft-Endoprothesen-Wechsel	≥ 86,00 % (T)	1.125	332	2	B
54003	Präoperative Verweildauer über 48 Stunden	≤ 15,00 % (T)	1.247	760	3	C
54004	Sturzprophylaxe	≥ 80,00 % (T)	1.290	487	3	X
54005	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	≥ 95,00 % (Z)	1.290	10	1	A
<i>Allgemeine intra- oder postoperative Komplikationen</i>						
54015	Allgemeine intra- oder postoperative Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 27,12 % (T; 95. Perzentil)	1.248	90	2	A
54016	Allgemeine intra- oder postoperative Komplikationen bei elektiver Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	≤ 7,02 % (T; 95. Perzentil)	1.215	91	2	A
54017	Allgemeine intra- oder postoperative Komplikationen bei Reimplantation im Rahmen eines ein- oder zweizeitigen Wechsels	≤ 19,67 % (T; 95. Perzentil)	1.125	139	2	A
<i>Spezifische intra- oder postoperative Komplikationen</i>						
54018	Spezifische intra- oder postoperative Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 12,77 % (T; 95. Perzentil)	1.248	74	2	A
54019	Spezifische intra- oder postoperative Komplikationen bei elektiver Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	≤ 8,48 % (T; 95. Perzentil)	1.215	93	2	A
54120	Spezifische intra- oder postoperative Komplikationen bei Reimplantation im Rahmen eines ein- oder zweizeitigen Wechsels	≤ 21,28 % (T; 95. Perzentil)	1.125	163	2	A
54010	Beweglichkeit bei Entlassung	≥ 95,00 % (Z)	1.214	240	2	A

**(Qualitäts-)Anforderungen:**

- leitliniengerechte Indikation → 54001, 54002
- kurze präop. Verweildauer → 54003
- leitliniengerechte Sturzprävention → 54004
- obligate Antibiotika-Gabe → 54005
- geringe Komplikationsrate → 54015, 54016, 54017, 54018, 54019
- obligate Messung der Beweglichkeit bei Entlassung → 54010

# Was

ist also **Qualität** im Gesundheitswesen ?

**Können wir sie objektiv messen? JEIN – wir müssen sie bewerten!**

## Qualitätsindikator (quality indicator)

Ein Indikator ist ein **quantitatives Maß**,  
welches zum Monitoring und zur Bewertung der Qualität wichtiger  
Leistungs-, Management-, klinischer und unterstützender Funktionen  
genutzt werden kann,

die sich auf das Behandlungsergebnis beim Patienten auswirken.

Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität.

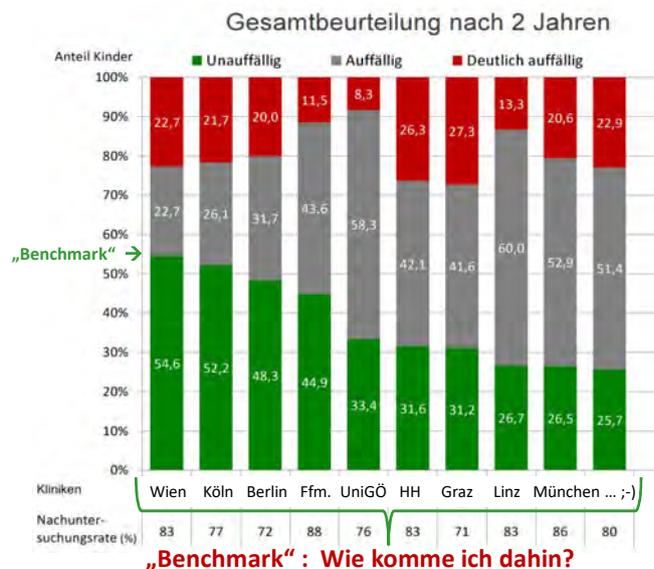
Es ist mehr ein **Werkzeug**,

das zur Leistungsbewertung benutzt werden kann,

das **Aufmerksamkeit auf potentielle Problembereiche** lenken kann,  
die einer **intensiven Überprüfung** innerhalb einer Organisation bedürfen  
**könnten**.

GMDS-AG „Qualitätsmanagement in der Medizin“ nach JCAHO, 1990

## Benchmarking in der Frühgeborenenversorgung (<28 SSW)



QI Project® - The Quality Indicator Project http://www.qiproject.org/ Seite 1 von 1



**Quality Indicator Project®**

*It's not the data...  
It's what you **do** with it*

Performance Measurement for:  
**Psychiatric Care**

- Long-term Care • Home Care
- Providing ORYX & Core Measure Services

MHA Copyright © 2000 MHA: The Association of Maryland Hospitals & Health Systems  
All Rights Reserved.  
Last Updated: July 22, 2000 [HSB](#)

  <p style="text-align: center;">Qualitätsreport <b>2015</b></p> <p style="text-align: right;"><a href="http://www.iqtig.org">www.iqtig.org</a></p> <p><a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qualitaetsreport/">https://iqtig.org/ergebnisse/qualitaetsreport/</a></p>	<p><b>D-Qualitätssicherung:</b></p> <p>Lange Tradition (seit 1975 Geburtshilfe, seit 1980 Neonatologie)</p> <p>Gesetzlich verpflichtend für die 30 festgelegten Leistungsbereiche (überwiegend Akutversorgung) Zuschlag ≈ € 1,- (0,70 Krhs. • 0,30 QS-Geschäftsstelle)</p> <p>„auffällige“ Kliniken werden zur Stellungnahme aufgefordert → strukturierter Dialog → Begehung?</p> <p>einige Qualitätsindikatoren <u>müssen</u> veröffentlicht werden (u.a. Qualitätsberichte Krankenhäuser, <a href="https://www.g-ba-qualitaetsberichte.de/#/">https://www.g-ba-qualitaetsberichte.de/#/</a>) 2015: 45 von 351 Qualitätsindikatoren signifikant verbessert 21 verschlechtert, 229 unverändert (56 o.A. = neu/verändert) → Risikoadjustierung!</p> <p>Aktuell in Vorbereitung mit KHSG- § : Qualitätsverträge (für 4 ausgewählte Leistungsbereiche) qualitätsorientierte Krankenhausplanung qualitätsorientierte Vergütung</p> <p>... und sowieso: Qualitäts-/Risikomanagement verpflichtend für alle Leistungserbringer gemäß G-BA-Richtlinie <a href="https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/87/">https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/87/</a></p>
--	--

# Was

ist **Qualität** im Gesundheitswesen ?

**Wie können wir sie aktiv  
„produzieren“?**

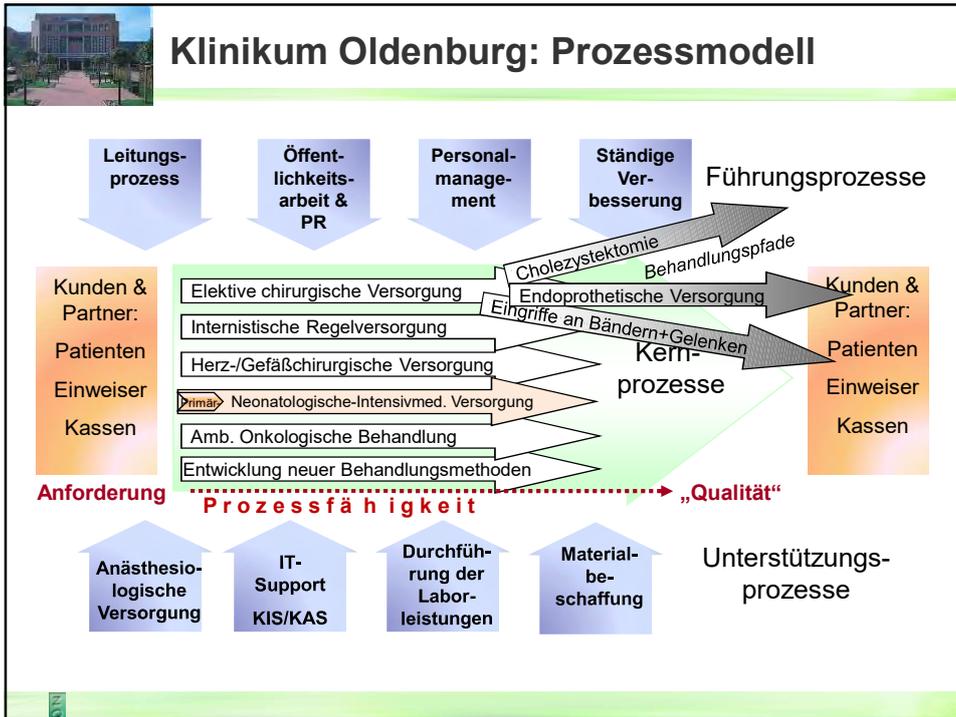


## Klinikum Oldenburg: Leitsätze

- **Wir arbeiten alle zusammen, bereichsübergreifend und interdisziplinär. !**
- **Wir setzen uns Qualitätsstandards, messen uns daran und entwickeln sie weiter.**

Aufbauend auf den Abteilungs-Strukturen fördert das Klinikum gezielt die Zentrenbildung des Hauses, um Ressourcen optimal zu nutzen, Fachkompetenz zu bündeln und damit die Patienten optimal zu versorgen. Fachabteilungsbezogene und klinikumweit geltende Leitlinien für die medizinische und pflegerische Versorgung sind die Grundlage für eine optimale Patientenbetreuung und Qualitätssicherung.

...



## Motivation zur Prozessgestaltung in der Neonatologie

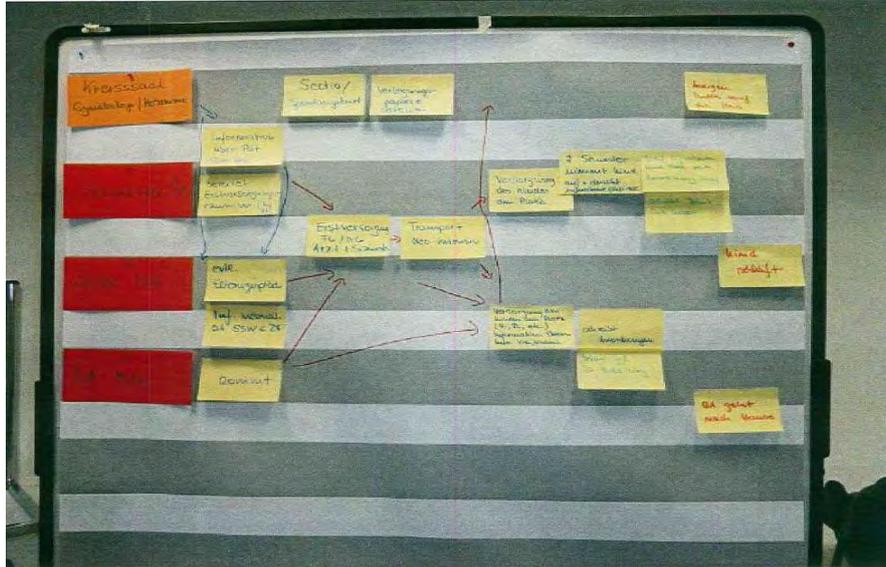
- **Nicht** Mindestmengen-, Strukturvorgaben-, QS-getrieben **reagieren**, **sondern** proaktiv gestaltend **agieren**:  
 Qualität + Sicherheit = Wirtschaftlichkeit!
- **Neonatologische = Hochleistungsbereich Intensivstation Hochrisikobereich !**



d.h.

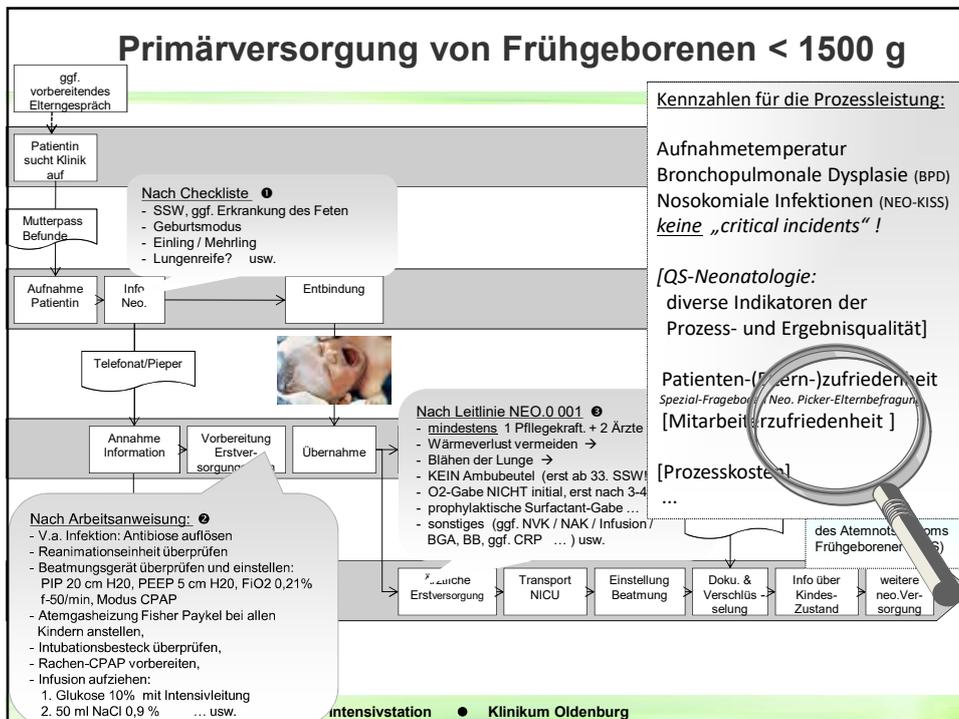
- „Das Richtige am richtigen Kind mit dem richtigen Personal zum richtigen Zeitpunkt richtig tun!“

# Primärversorgung von Frühgeborenen < 1500 g



Neonatologischen Intensivstation • Klinikum Oldenburg

# Primärversorgung von Frühgeborenen < 1500 g



Intensivstation • Klinikum Oldenburg

## FehlerMöglichkeiten- und EinflussAnalyse (FMEA) Erstversorgung

Möglicher Fehler	Auftreten	Bedeutung	Entdeckung	= RPZ*
Transportinkubator - Temperaturkontrolle?	4	7	5	140
personell nicht auf Mehrlinge vorbereitet	1	10	1	10
Information NICU zu spät	5	9	3	135
Kein Arzt erreichbar / falsche Tel.nr.	2	9	1	18
Sauerstoffmaske nicht angeschlossen	2	10	3	60
Medikamente nicht komplett gerichtet	2	8	1	56
Atemgasheizung nicht angestellt	1	8	5	50
Patientenakte fehlt	..	..	..	..

\*) Risikoprioritätsziffer

ACHTUNG: Handlungsbedarf ggf. auch bei hohen Einzelbewertungen > 7

Erhöhung der Patientensicherheit durch Simulation neonataler Notfälle und regelmäßiger theoretischer und praktischer Einweisung in die derzeit gültigen europäischen Leitlinien der Neugeborenen- und Säuglings-Reanimation. C. Thilmany, Dr. von Haunersches Kinderspital, München, 2011

nötig. Durch die Seltenheit solcher Notsituationen ist trotz gutem Fachwissen die praktische Übung gering, gerade wenn man bedenkt, dass sich die 3 Fälle auf ein Team von 12 Ärzten verteilen. Erschwerend kommt hinzu, dass bei kindlichen Notfällen die emotionale, sowie die kognitive Belastung durch alters- und gewichtsabhängige Dosierungen hoch sind. Dies kann zu einer schnellen Dekompensation führen.

Da solche Situationen aber für das Neugeborene lebensbedrohlich sind, müssen sie sicher, korrekt, effektiv und leitlinienkonform bewältigt werden.

Da das theoretische Fachwissen vorhanden ist, müssen vor allem „human factors“ und „soft-skills“ trainiert werden, das heißt Probleme beim Umsetzen des Wissens durch Team- und Kommunikationstraining erkannt und gelöst werden. Eine Erhöhung der Patientensicherheit wird dabei durch die Anwendung der Prinzipien des „Crisis Resource Management“ erreicht.

Ein probates Mittel um diese Ziele zu erreichen, ist das Simulationstraining mit hochmodernen Patientensimulatoren. Eine Pionierin der geburtshilflichen Simulation war Angélique Marguerite du Coudray, die im 18. Jahrhundert im Auftrag des französischen Königs Ludwig XV. als königlich anerkannte Hebammenlehrerin auf ihren Reisen durch Frankreich bei über 5000 Hebammen geburtshilfliche Situation an ihrer „Puppe“ durchspielte. Diese Frühform eines geburtshilflichen Simulators wurde bereits 1778 patentiert und wurde im Verlauf zu einer Pflichtanschaffung für die großen



Moderne Simulatoren der beiden großen Hersteller sind heute komplexe Computer, die eine Vielzahl an Funktionen bieten und eine sehr realitätsnahe Simulation aller wichtigen Körperfunktionen und deren Funktionsstörungen und Ausfälle ermöglichen.



Die Simulation neonataler und kindlicher Notfälle ist ein in Europa noch wenig verbreitetes Verfahren, das jedoch zunehmend an Bedeutung gewinnt. Hier spielen

Carol Haraden:  
Approaches to, and how, to evaluate the effect of patient safety initiatives

**IHI.org** | A resource from the Institute for Healthcare Improvement

Log In/Register | Contact Us | Site Map

Search:   More Search Options

Home > Topics > Patient Safety > Safety: General > Tools

**Programs**

**Topics**

- Improvement
- Leading System Improvement
- Chronic Conditions
- Critical Care
- Developing Countries
- End Stage Renal Disease
- Flow
- Health Professions Education
- HIV/AIDS
- Last Phase of Life
- Medical-Surgical Care
- Office Practices
- Patient-Centered Care
- Patient Safety**
  - Safety: General**
    - Measures
    - Changes
    - Improvement Stories
    - Tools**
      - Resources
      - Literature
      - FAQs
      - Medication Systems

**Introduction to Trigger Tools for Identifying Adverse Events**

The use of "triggers," or clues, to identify adverse events (AEs) is an effective method for measuring the overall level of harm from medical care in a health care organization. Traditional efforts to detect AEs have focused on voluntary reporting and tracking of errors. However, public health researchers have established that only 10 to 20 percent of errors are ever reported and, of those, 90 to 95 percent cause no harm to patients. Hospitals need a more effective way to identify events that do cause harm to patients, in order to select and test changes to reduce harm.

There are various Trigger Tools available on IHI.org, including:

- IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events
- Trigger Tool for Measuring Adverse Drug Events
- Surgical Trigger Tool for Measuring Peri-operative Adverse Events
- Intensive Care Unit Adverse Event Trigger Tool
- Pediatric Trigger Toolkit: Measuring Adverse Drug Events in the Children's Hospital
- Trigger Tool for Measuring Adverse Events in the Neonatal Intensive Care Unit**
- Outpatient Adverse Event Trigger Tool

These Trigger Tools provide an easy-to-use method for accurately identifying AEs (harm) and measuring the rate of AEs over time. Tracking AEs over time is a useful way to tell if changes being made are improving the safety of the care processes.

**Choosing a Tool**

**Related Information**

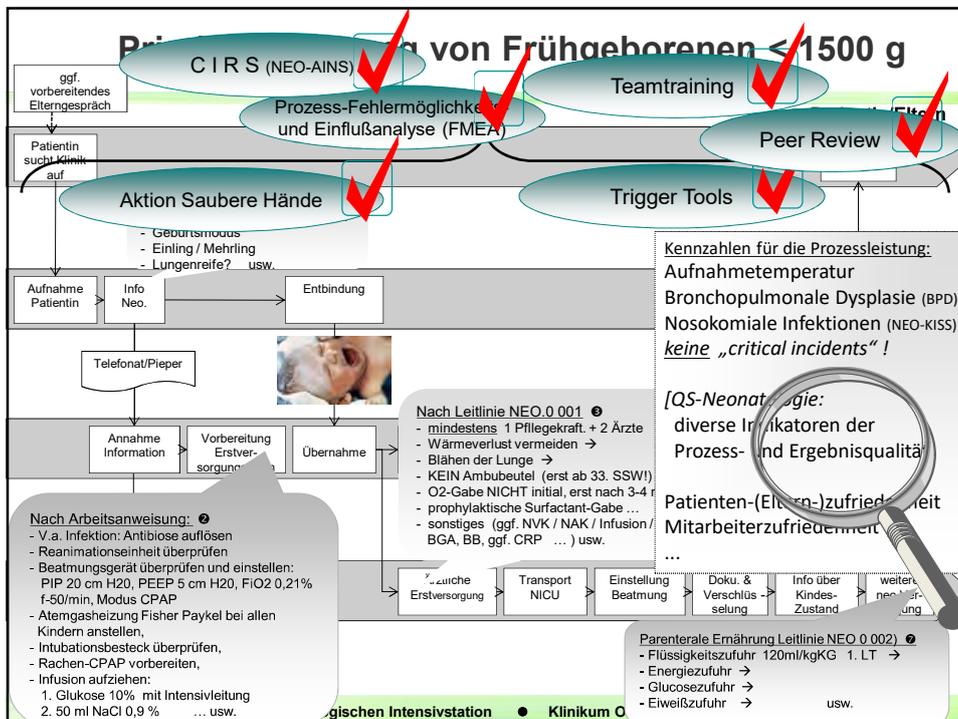
- Measures
- Changes
- Tools
- Improvement Tip: Focus on Harm, Not Errors

**What's New**

**IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events**

*IHI Innovation Series white paper*

This white paper provides comprehensive information on the development and methodology of the IHI Global Trigger Tool, with step-by-step instructions for using this easy-to-use method to accurately identify adverse events (harm) and measure the rate of adverse events over time.



# Was

ist **Qualität** im Gesundheitswesen ?

**Wie können wir sie zukünftig realisieren ?**

## Aktuelle Probleme → künftige Herausforderungen

- **Unsere Gesundheitssysteme sind zu teuer = nicht „lean“**  
(„Über-/ Unter-/ Fehlversorgung“)
- **Die Versorgung ist zersplittert – fragmentiert – sektoriert**  
(Riesenaufwand für die Nahtstellen!)
- **Wir brauchen lange bis zur Implementierung neuesten Wissens**  
und innovativer Versorgungskonzepte (IT!)
- **Wir denken und arbeiten nicht patientenorientiert!**
- **Wir schauen auf „Krankheit“, nicht auf Gesundheit!**
- **... und wir haben gewaltige Veränderungen vor uns:**  
demographische Veränderungen  
= weniger Geld in den Kassen einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung  
= andere Patientenklientele mit chronischen Erkrankungen – Multimorbidität  
– weniger Angehörigen ... (und junge, IT-affine, bestens Informierte!)  
= andere (personalintensive / IT-basierte) Versorgungskonzepte
- **andere Erwartungen der Professionals** („Landarzt“?) kombiniert mit Fachkräftemangel ...

## Das Modell der Zukunft: Value-based Healthcare

### **Mehrwert** durch

individualisierte  
um den Patienten herum organisierte  
differenzierte  
aktivierende  
kennzahlenbasierte, kosten-kumulierende,  
auf Ergebnisqualität gerichtete,  
regionale  
in berufsgruppenübergreifend agierenden,  
interdisziplinären, innovativen Einheiten gebündelte

### **Gesundheits(versorgungs)konzepte!**

## „Crossing the Quality Chasm“ *(re-design)*

Die Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit überwinden ...

“Health care should be:

- **Safe** – avoiding injuries to patients from the care that is intended to help them.
- **Effective** – providing services based on scientific knowledge to all who could benefit and refraining from providing services to those not likely to benefit (avoiding underuse and overuse, respectively).
- **Patient-centered** – providing care that is respectful of and responsive to individual patient preferences, needs, and values and ensuring that patient values guide all clinical decisions.
- **Timely** – reducing waits and sometimes harmful delays for both those who receive and those who give care.
- **Efficient** – avoiding waste, including waste of equipment, supplies, ideas, and energy.
- **Equitable** – providing care that does not vary in quality because of personal characteristics such as gender, ethnicity, geographic location, and socioeconomic status.”

*(sicher - wirksam – patientenzentriert – zeitnah – effizient – für alle gleich)*

Committee on Quality of Health Care in America : Crossing the Quality Chasm - Establishing Aims for the 21st-Century Health Care System (2001)

Michael E. Porter, Elizabeth O. Teisberg:  
Redefining Health Care - Creating Value  
Based Competition on Results (2006)

## Value-Based Health Care Delivery

**CHOICE & COMPETITION**      **VALUE = PATIENT HEALTH**      **POSITIVE-SUM**  
 for patients are powerful forces to      **OUTCOMES PER \$ SPENT**      **COMPETITION**  
 encourage continuous improvement        
 in value and restructuring of care.

**CREATE INTEGRATED PRACTICE UNITS (IPUs)**

Organize care around patient medical conditions and distinct patient segments.

**MEASURE OUTCOMES**

Measure health outcomes for every patient.

**MEASURE COSTS**

Measure the actual costs of patient care.

**BUNDLED PRICES**

Reimburse the full care cycle for medical conditions.

**SYSTEMS INTEGRATION**

Clinically integrate care across separate units and facilities using an IPU structure.

**GEOGRAPHIC EXPANSION**

Increase the geographic reach of leading providers in their areas of excellence.

**BUILD AN ENABLING INFORMATION TECHNOLOGY PLATFORM**

Use information technology to help restructure care delivery and accurately measure results.

... a framework for restructuring health care systems with the overarching goal of value for patients – not access, cost containment, convenience, or customer service.

[www.isc.hbs.edu/health-care/vbhcd/pages/default.aspx](http://www.isc.hbs.edu/health-care/vbhcd/pages/default.aspx)

## Value-Based Health Care Delivery

### Integrated Practice Units

**ORGANIZING CARE AROUND PATIENT MEDICAL CONDITIONS**

To deliver more value, providers need to focus on quality—on deepening their expertise, and expanding their ability to serve the complex and interrelated needs of each patient over the full course of care.

The greatest improvements in health care outcomes and efficiency will come from sustained, team-based focus on a carefully defined set of medically integrated services and practices. Integrated practice units will achieve scope and scale by growing locally and geographically in their areas of strength, rather than expanding the breadth of their service.



**Care Study**      **WESTERN CARE**      Germany

By restructuring to create an IPU, a West German migraine headache center was able to...

**20%**

lower costs

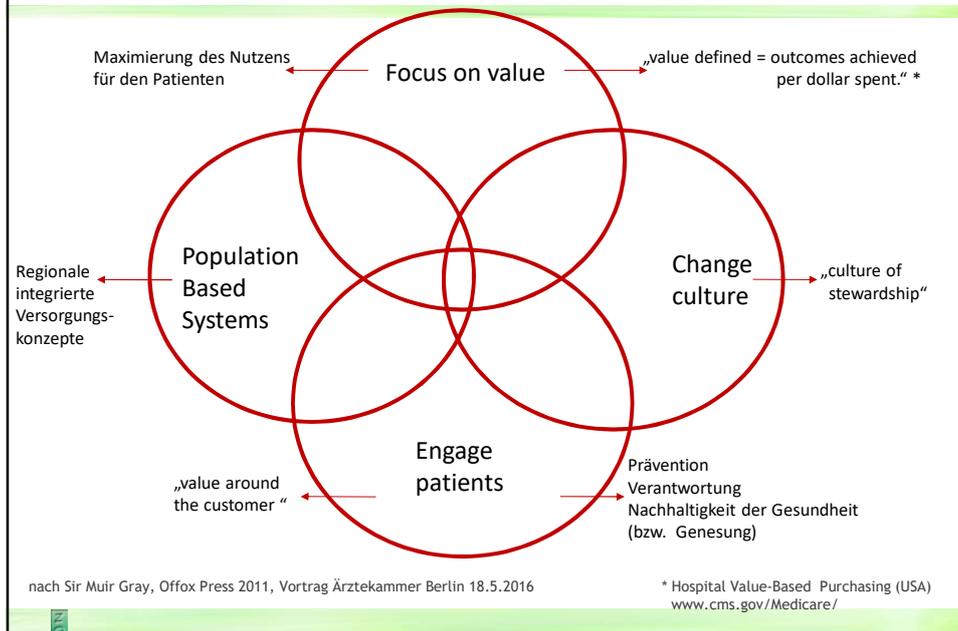
**54%**

improvement in symptoms of patients



This success enabled them to expand, opening more centers in other cities and developing new programs in conditions such as vertigo, rheumatoid arthritis, and acute back pain.

## Paradigma-Wechsel: Value-based healthcare



# Qualität

Das Wohl des Patienten ist das Maß für die Qualität unserer Arbeit. Wir handeln nach höchsten ärztlichen, pflegerischen und psycho-sozialen Standards.

**Das bedeutet für uns:**

- für einen freundlichen Empfang und eine zügige Aufnahme sorgen,
- Ängste wahrnehmen, ernst nehmen, abbauen und Vertrauen gewinnen,
- Bedürfnisse des Patienten und seiner Angehörigen erkennen, deren Stärken nutzen und fördern,
- über die nächsten Schritte informieren,
- umfassend und schnell diagnostizieren,
- über die Diagnosen aufklären, den Behandlungsplan verständlich erklären und vereinbaren,
- im Umgang mit Behörden helfen,
- die erforderliche Anzahl qualifizierter Mitarbeiter haben,
- für patientenorientierte Abläufe sorgen,
- objektive Notwendigkeiten und subjektive Wünsche in Einklang bringen,
- den Patienten den Alltag und die Lebensqualität so weit wie möglich erhalten,
- weitgehend ambulant behandeln,
- Leistungen dokumentieren und Ergebnisse bewerten,
- die Entlassung des Patienten sorgfältig vorbereiten und die weitere Betreuung vereinbaren,
- bei einer notwendigen Neuorientierung helfen,
- in Lehre und Forschung den Patienten in den Mittelpunkt stellen.

**[Päd. Hämatologie-Onkologie, Universitätsklinikum Frankfurt/Main]**

# Was

ist **Qualität** im Gesundheitswesen ?

Wenn **wir selbst aktiv Qualität gestalten, messen und darlegen!**

The screenshot displays the 'kliniksuche.at' website interface. It features a navigation bar at the top with links for 'Startseite', 'Über uns', 'Glossar', 'Im Krankenhausaufenthalt', and 'Kontakt'. The main content area is divided into three panels, each representing a different hospital and its accreditation status:

- Evangelisches Krankenhaus Wien** (1190 Wien, Hans-Sachs-Gasse 10-12): Shows 373 cases over the national average. It lists 'Kriterien für den Aufenthalt' (0 von 1 Kriterien erfüllt) and 'Allgemeine Kriterien zum Krankenhaus' (6 von 8 Kriterien erfüllt).
- Herz-Jesu-Krankenhaus** (1030 Wien, Baumgasse 20a): Shows 314 cases over the national average. It lists 'Kriterien für den Aufenthalt' (1 von 1 Kriterien erfüllt) and 'Allgemeine Kriterien zum Krankenhaus' (6 von 8 Kriterien erfüllt). A comparison table shows 'Wartedauer' (4 Tage vs 5 Tage) with a checkmark. A list of criteria includes Patientensicherheit, Beschwerdefreies/Feedbackmanagement, Patientensicherheit/Risikomanagement, Erlösmanagement, Operationsmanagement, and Maßnahmen für Krankenhaushygiene, all marked with checkmarks.
- Orthopädische Krankenanstalt des Stadt Wien - Gerschof** (1140 Wien, Wollanergasse 28): Shows 372 cases over the national average. It lists 'Kriterien für den Aufenthalt' (0 von 1 Kriterien erfüllt).

The URL [www.kliniksuche.at](http://www.kliniksuche.at) is visible in the bottom right corner of the screenshot.

Suche:

Körperbereich:  Behandlung:  PLZ, Ort oder Bundesland:  Umkreis:

12 Krankenhäuser zur Suchfrage "Geburt" gefunden.  
Krankenhäuser mit neuem Standort (blau), mit altem Standort vor gelblichrot.  
Sortierung nach Anzahl der Fälle absteigend.

**Krankenanstalt Rudolfstiftung der Stadt Wien inklusive dem Standort Semmelweis-Frauenklinik**

Anzahl Fälle Geburt: 4312

**Krankenanstalt Rudolfstiftung der Stadt Wien**  
1030 Wien, Juchgasse 25

Anzahl Fälle Geburt: 1.629 (über dem Bundesdurchschnitt) Kriterien einblenden

Kriterien für den Aufenthalt: 1 von 3 Kriterien erfüllt

	Krankenhaus	Vergleichswert (Bundesweit)	
Versittlich	4 Tage 80% der Fälle im 2. und 4. Trimenon	4 Tage 80% der Fälle im 2. und 4. Trimenon	✓
Geburt auf natürlichem Weg	87,7 %	75,6 %	✗
Tagesklinik	3,7 %	2 %	✗

Allgemeine Kriterien zum Krankenhaus: 5 von 6 Kriterien erfüllt

- Patienentherapie ✓
- Beschwerde-/Feedbackmanagement ✓
- Patientsicherheit/Risikomanagement ✓
- Entlassungsmanagement ✓
- Operationsmanagement ✓
- Medikation für Krankenhauspatienten ✓

Suche:

Entlassungsmanagement ✓

Operationsmanagement ✓

Medikation für Krankenhauspatienten ✓

**Sozialmedizinisches Zentrum Ost - Donauspital**  
1220 Wien, Langobardenstraße 122

Anzahl Fälle Geburt: 3.294 (über dem Bundesdurchschnitt) Kriterien einblenden

Kriterien für den Aufenthalt: 3 von 3 Kriterien erfüllt

Allgemeine Kriterien zum Krankenhaus: 6 von 6 Kriterien erfüllt

**Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien**  
1040 Wien, Währinger Gürtel 18-20

Anzahl Fälle Geburt: 2.283 (über dem Bundesdurchschnitt) Kriterien einblenden

Kriterien für den Aufenthalt: 0 von 3 Kriterien erfüllt

	Krankenhaus	Vergleichswert (Bundesweit)	
Versittlich	5 Tage 80% der Fälle im 2. und 4. Trimenon	4 Tage 80% der Fälle im 2. und 4. Trimenon	✗
Geburt auf natürlichem Weg	82,2 %	75,6 %	✗
Tagesklinik	3,5 %	2 %	✗

Allgemeine Kriterien zum Krankenhaus: 3 von 6 Kriterien erfüllt

- Patienentherapie ✓
- Beschwerde-/Feedbackmanagement ✓
- Patientsicherheit/Risikomanagement ✓
- Entlassungsmanagement ✓
- Operationsmanagement ✓
- Medikation für Krankenhauspatienten ✓