

# Auf die Ergebnisqualität kommt es an! Besser werden mit Peer-Review

14. Gesundheitspflege-Kongress Hamburg

Uwe Westhues & Carl Poersch, 05.11.2016

HELIOS ENDO-Klinik GmbH

# Agenda



1. Kurzvorstellung HELIOS Kliniken Gruppe
2. Qualitätsproblematik und Qualitätsdimensionen
3. Qualitätsindikatoren in der Pflege (International, Bund, HELIOS)
4. Das Peer-Review-Verfahren
5. Weiterentwicklung von Indikatoren und Peer-Reviews
6. Fazit

# HELIOS Kliniken – Daten und Fakten



<b>Kliniken</b>	112 HELIOS Kliniken in 9 HELIOS Regionen
<b>Leistungs- spektrum</b>	Integriertes Versorgungsspektrum: von Akutmedizin über ambulante Versorgung bis zu Rehabilitation und Seniorenpflege
<b>Mitarbeiter</b>	rund 71.000
<b>Patienten</b>	über 4,7 Mio. pro Jahr (davon rund 1,3 Mio. stationär)
<b>Umsatz</b>	5,6 Mrd. Euro (2015)

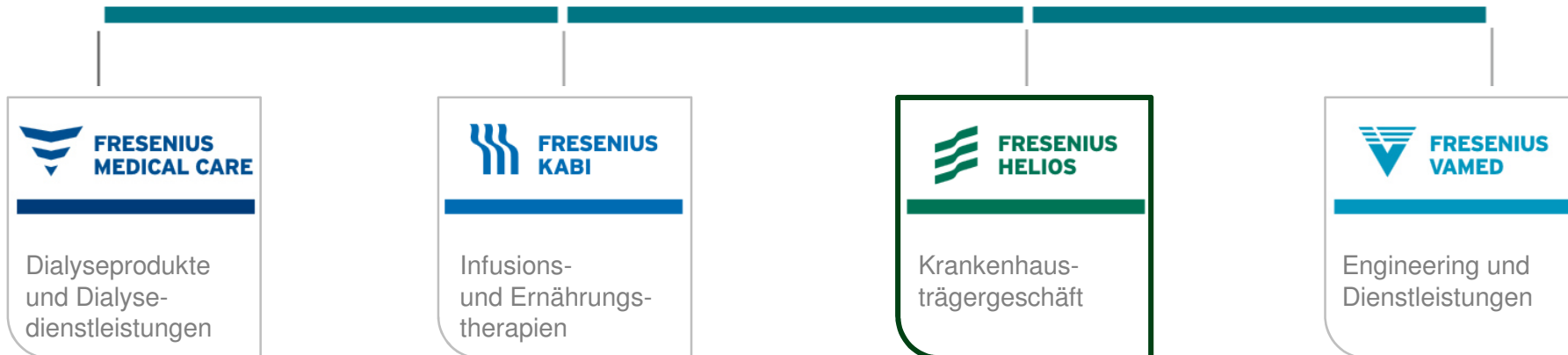
Stand 02/2016



# HELIOS gehört zum Gesundheitskonzern Fresenius



## FRESENIUS



- Fresenius ist ein weltweit tätiger Gesundheitskonzern
- Über 200.000 Mitarbeiter arbeiten in mehr als 100 Ländern
- 27,6 Mrd. Euro Umsatz (2015)



Else Kröner (1925-1988) war die Ziehtochter des Firmengründers Dr. Eduard Fresenius und langjährige Eigentümerin des Unternehmens. Ihr Vermögen vermachte sie der **Else Kröner-Fresenius-Stiftung**, bis heute größter Anteilseigner der Fresenius SE & Co. KGaA.

# HELIOS Kliniken – Leistungsspektrum



## Flächendeckende Präsenz

- Kliniken der Maximalversorgung
- Akutkliniken
- Akut- und Rehakliniken
- Rehakliniken
- ➔ Unternehmenszentrale

# Strategische Ziele HELIOS



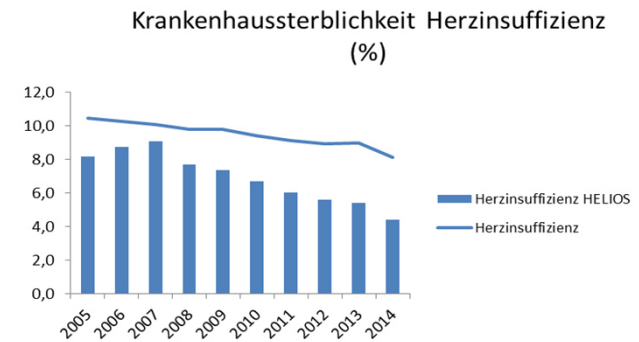
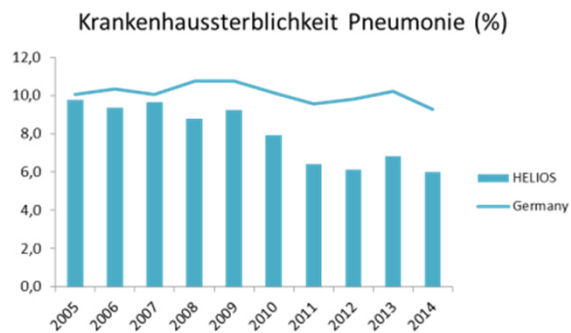
## Die Zielmatrix der HELIOS Kliniken als Eckpfeiler für den medizinischen und wirtschaftlichen Erfolg:

Steigerung Patientennutzen und Qualitätsführerschaft	Ausbau HELIOS zum Wissensunternehmen
<b>Patientennutzen</b>	<b>Wissen</b>
<b>Wirtschaftlichkeit</b>	<b>Wachstum</b>
Nachhaltige Sicherung und Entwicklung der Kliniken	Selektives Wachstum und Stärkung der Marktposition



- **medizinische Fehler mit neg. Folgen in 3,7% der Krankenhausaufnahmen**  
Harvard Medical Practice Study - NEJM 1991;324:370-6
- **44.000-98.000 Todesfälle in USA im Zusammenhang mit medizinischen Fehlern**  
Institute of Medicine Report (NEJM 2002;347:1965-7;2000;342:1123-5)
- **22,7% potentiell / 6% wahrscheinlich oder eindeutig vermeidbare Krankenhaustote aufgrund fehlerhafter Behandlung**  
JAMA 2001;286:415-20
- **16,6% stat. Aufnahme mit Komplikationen, davon vermeidbar 51% und Todesfolge 4,9%**  
Med J Aust 1995;163:458-71
- **10,8% Komplikationen während stat. Aufenthalt, davon 50 % vermeidbar und 33% mit bleibenden Folgen oder Tod**  
BMJ 2001;322:517-9

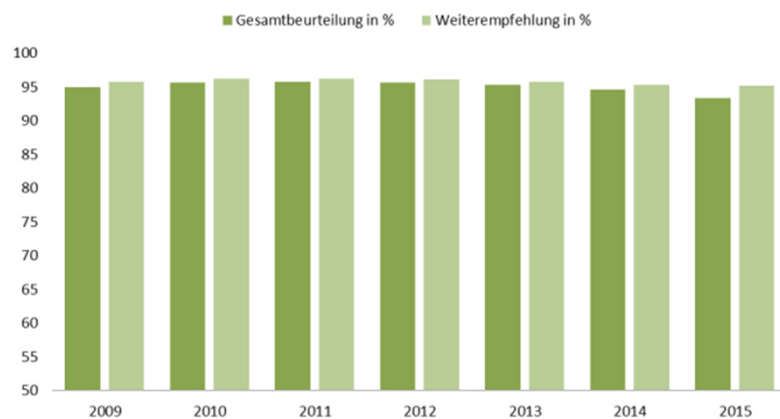
# Patientennutzen: Entwicklung vier ausgewählter Konzernziele im Bundesvergleich



# Patientennutzen: Patientenbefragung und Patientensicherheit



## Ergebnisse Patientenbefragung



## Für unsere Patienten - Gemeinsam sicher

- Checkliste „PRÄ“
- Checkliste „PERI“
- „M&M-Konferenzen“
- Fachgruppen und Handlungsempfehlungen
- Mehr Sicherheit mit dem Patientenarmband





**“... Ergebnisse bleiben im Großen und Ganzen die ultimative Beurteilungsebene für die Wirksamkeit und Qualität der medizinischen Versorgung...”**  
(Donabedian, 1966)



## Deutschland

- Erhebung des Indikators „Dekubitus“ durch den GBA 2007 als Generalindikator „Dekubitus“ gesetzlich im SGB V festgelegt. Daten werden seit 2015 (davor AQUA / BQS) über die IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) gesammelt, ausgewertet und veröffentlicht.

## Schweiz:

- Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) koordiniert Qualitätsmessungen und publiziert Ergebnisse
- Dekubitus
- Sturz
- Mangelernährung
- Freiheitsentziehende Maßnahmen



## Qualitätsindikatoren in der Pflege

### USA:

#### NDNQ ( National Database of Nursing Quality Indicators)

- 1900 Krankenhäuser und 18 000 Stationen liefern Daten
- Daten zu folgenden Indikatoren werden u.a. gesammelt (Auszug)
  - Personalausstattung
  - Personalschlüssel
  - Personalfrequenz
  - **Stürze**
  - **Dekubitalulcera**
  - Körperliche und sexuelle Übergriffe psychiatrischer Patienten
  - **Freiheitsentziehende Maßnahmen**
  - **Katheterassoziierte Sepsis**
  - **Katheterassoziierte Blasenentzündung**
  - Beatmungsassoziierte Ereignisse

## Ausgangssituation



- Qualität in der Pflege lässt sich nur schwer greifen – soft skills
- Zuwendung und Empathie lässt sich nicht messen
- Benchmark von Qualitätsindikatoren heißt Äpfel mit Birnen vergleichen
- Nur wieder ein neuer Trend und führt zu einer Abschwächung der emotionalen Kompetenz
- Wir brauchen keine Datenfriedhöfe



Mehr Cartoons unter:  
[www.rippenspreizer.com](http://www.rippenspreizer.com)



## These.....

- ~~Qualitätsindikatoren in der Pflege bringen gar nichts.....~~
- ~~Sie vergrößern nur den Datenfriedhof~~

...es sei denn die Pflegekräfte sind **bereit** und **in der Lage** sich mit den Ergebnissen auseinanderzusetzen und sie im Sinne der Patienten zur Qualitätsverbesserung zu nutzen



## 2011 Zentralreview „Dekubitus“

- 50 Fälle analysiert
- > 60 Prozent unter 74 Jahre alt
- Expertenstandard nicht erkennbar

## 2011 Zentralreview „ Sturz“

- > 50 Prozent der Fälle Verbesserungen erkennbar
- Keine Risikoeinschätzung erkennbar

**Seit 2012**

# Schulungskonzepte / Handlungsempfehlungen / Klinikinterne PR-Maßnahmen



**Dekubitusgefahr**

## Der Fingertest zeigt's!

Wie funktioniert der Fingertest?  
 • Drücken Sie mit einem Finger in die gestrichelte Position.  
 • Ziehen Sie den Finger weg.  
 • Beobachten Sie die eingedrückte Hautstelle.

Wann die Bildung bedrohlich ist, Maßnahmen ergründen!  
 Standard Operating Procedure (SOP) „Dekubitusmanagement“ beachten!

www.helios-kliniken.de

**HELIOS Kliniken**  
 Jeder Patient ist Individuell

## STANDARD OPERATING PROCEDURE DEKUBITUSPRÄVENTION

Zur Vermeidung von Dekubitalulcerationen wird in allen medizinischen Fachabteilungen der HELIOS Kliniken GmbH nachfolgendes Dekubitus-Management-System angewendet.

**BEGRIFFE**  
**Anisidekubitus-Assessoren:** Anisidekubitus-Assessoren im Sinne der HELIOS Kliniken GmbH sind Instrumente, die entsprechend dem nationalen Expertenstandard der DNQP anhand intrinsischer und extrinsischer Faktoren den Patienten in seinem individuellen Risiko einschätzen und es dem Anwender direkt ermöglichen, Maßnahmen abzuleiten.

**VERANTWORTUNG**  
 Für die Umsetzung des Anisidekubitus-Managementes zeichnen alle am Behandlungs- und Pflegeprozess beteiligten Berufsgruppen verantwortlich.

**VORGEHEN**  
 Kernstück des Anisidekubitus-Managementes ist der Konsens aller am Heilungsprozess beteiligten Berufsgruppen bei der Verabschiedung und Umsetzung von Maßnahmen, sowohl initial nach Eingangs-Assessoren als auch nach entstandenem Dekubitus und vollzogenem Review. Dieser Grundriss gilt für alle Einrichtungen der HELIOS Kliniken GmbH.

Die Einschätzung des Patienten erfolgt durch Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten. Diese hieraus resultierenden unterschiedlichen prophylaktischen und therapeutischen Ansatzmöglichkeiten der Berufsgruppen finden in einer gemeinsamen Strategie Anwendung. Im Falle eines aufreißenden Dekubitus erfolgt die Dokumentieren in einer Wunddokumentation. Die Gründe für den entstandenen Dekubitus müssen von allen Berufsgruppen einem fachspezifischen Review (z.B. Dekubitusvisite) unterzogen werden. Ist der Dekubitus während des stationären Aufenthaltes entstanden und bei der Entlassung noch nicht abgeheilt, muss der Fall in die Risk Console eingegeben werden. Die Ergebnisse fließen in einen neuen Konsens ein, welcher entsprechende justierte Maßnahmen abbildet muss.

**Wie funktioniert der Fingertest?**

1. Drücken Sie mit einem Finger in die gerötete Hautstelle
2. Ziehen Sie den Finger weg
3. Beobachten sie die eingedrückte Hautstelle

**bleibt die Rötung bestehen?**

- Review und Dokumentation
- Anpassung von Maßnahmen (z.B. Druckentlastung)

**Diverses:**  
 Für weitere Informationen nutzen Sie bitte die myhelios-Seiten der Fachgruppe Pflege.

**Historie:**  
 Neue SOP, Version 1, 2012

```

    graph TD
        A[Aufnahme] --> B[Assessoren und Maßnahmen  
Sollow-Anpassung von Risiko und Maßnahmen]
        B --> C[Konsens]
        C --> D[Behandlung und Pflege]
        D --> E[Entlassung]
        
        B --> F[Dokumentation]
        F --> G[Dekubitus]
        G --> H[Dokumentation]
        
        H --> I[Review und Anpassung]
        I --> B
    
```

**HELIOS Kliniken**  
 Jeder Patient ist Individuell

## STANDARD OPERATING PROCEDURE STURZPRÄVENTION

Zur Vermeidung von Stürzen wird in allen medizinischen Fachabteilungen der HELIOS Kliniken GmbH nachfolgendes Sturz-Management-System angewendet.

**BEGRIFFE**  
**Sturz-Assessoren:** Sturz-Assessoren im Sinne der HELIOS Kliniken GmbH sind Instrumente, die entsprechend dem nationalen Expertenstandard der DNQP anhand intrinsischer und extrinsischer Faktoren, den Patienten in seinem individuellen Risiko einschätzen und es dem Anwender direkt ermöglichen, Maßnahmen abzuleiten.

**VERANTWORTUNG**  
 Für die Umsetzung des Sturz-Managementes zeichnen alle am Behandlungs- und Pflegeprozess beteiligten Berufsgruppen verantwortlich.

**VORGEHEN**  
 Kernstück des Sturz-Managementes ist der Konsens aller am Heilungsprozess beteiligten Berufsgruppen bei der Verabschiedung und Umsetzung von Maßnahmen, sowohl initial nach Eingangs-Assessoren als auch nach Sturzgefallen und vollzogenem Review. Dieser Grundriss gilt für alle Einrichtungen der HELIOS Kliniken GmbH.

Die Einschätzung des Patienten erfolgt von Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten. Diese hieraus resultierenden unterschiedlichen prophylaktischen und therapeutischen Ansatzmöglichkeiten der Berufsgruppen finden in einer gemeinsamen Strategie Anwendung. Im Falle eines Sturzes erfolgt die Dokumentation in einem Sturzprotokoll.

Bei einem Sturzereignis ist eine dazu nachstehenden Interventionen muss der Sturz in die Risk Console eingegeben werden. Die Gründe für den Sturz müssen von allen Berufsgruppen einem fachspezifischen Review unterzogen werden. Die Ergebnisse fließen in einen neuen Konsens ein, welcher entsprechende justierte Maßnahmen abbildet muss.

**Wie funktioniert der Fingertest?**

1. Drücken Sie mit einem Finger in die gerötete Hautstelle
2. Ziehen Sie den Finger weg
3. Beobachten sie die eingedrückte Hautstelle

**bleibt die Rötung bestehen?**

- Review und Dokumentation
- Anpassung von Maßnahmen (z.B. Druckentlastung)

**Diverses:**  
 Für weitere Informationen nutzen Sie bitte die myhelios-Seiten der Fachgruppe Pflege.

**Historie:**  
 Neue SOP, Version 1, 2012

```

    graph TD
        A[Aufnahme] --> B[Assessoren und Maßnahmen  
Review Anpassung von Risiko und Maßnahmen]
        B --> C[Konsens]
        C --> D[Behandlung und Pflege]
        D --> E[Entlassung]
        
        B --> F[Dokumentation]
        F --> G[Sturz]
        G --> H[Dokumentation]
        
        H --> I[Review und Anpassung]
        I --> B
    
```

**HELIOS Kliniken**  
 Jeder Patient ist Individuell

## STANDARD OPERATING PROCEDURE STURZPRÄVENTION

Zur Vermeidung von Stürzen wird in allen medizinischen Fachabteilungen der HELIOS Kliniken GmbH nachfolgendes Sturz-Management-System angewendet.

**BEGRIFFE**  
**Sturz-Assessoren:** Sturz-Assessoren im Sinne der HELIOS Kliniken GmbH sind Instrumente, die entsprechend dem nationalen Expertenstandard der DNQP anhand intrinsischer und extrinsischer Faktoren, den Patienten in seinem individuellen Risiko einschätzen und es dem Anwender direkt ermöglichen, Maßnahmen abzuleiten.

**VERANTWORTUNG**  
 Für die Umsetzung des Sturz-Managementes zeichnen alle am Behandlungs- und Pflegeprozess beteiligten Berufsgruppen verantwortlich.

**VORGEHEN**  
 Kernstück des Sturz-Managementes ist der Konsens aller am Heilungsprozess beteiligten Berufsgruppen bei der Verabschiedung und Umsetzung von Maßnahmen, sowohl initial nach Eingangs-Assessoren als auch nach Sturzgefallen und vollzogenem Review. Dieser Grundriss gilt für alle Einrichtungen der HELIOS Kliniken GmbH.

Die Einschätzung des Patienten erfolgt von Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten. Diese hieraus resultierenden unterschiedlichen prophylaktischen und therapeutischen Ansatzmöglichkeiten der Berufsgruppen finden in einer gemeinsamen Strategie Anwendung. Im Falle eines Sturzes erfolgt die Dokumentation in einem Sturzprotokoll.

Bei einem Sturzereignis ist eine dazu nachstehenden Interventionen muss der Sturz in die Risk Console eingegeben werden. Die Gründe für den Sturz müssen von allen Berufsgruppen einem fachspezifischen Review unterzogen werden. Die Ergebnisse fließen in einen neuen Konsens ein, welcher entsprechende justierte Maßnahmen abbildet muss.

**Diverses:**  
 Für weitere Informationen nutzen Sie bitte die myhelios-Seiten der Fachgruppe Pflege.

**Historie:**  
 Neue SOP, Version 1, 2012

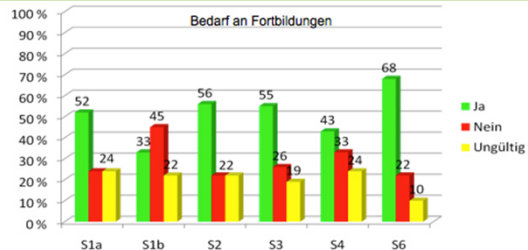
```

    graph TD
        A[Aufnahme] --> B[Assessoren und Maßnahmen  
Review Anpassung von Risiko und Maßnahmen]
        B --> C[Konsens]
        C --> D[Behandlung und Pflege]
        D --> E[Entlassung]
        
        B --> F[Dokumentation]
        F --> G[Sturz]
        G --> H[Dokumentation]
        
        H --> I[Review und Anpassung]
        I --> B
    
```

# Schulungskonzepte / Handlungsempfehlungen / Klinikinterne PR-Maßnahmen



## Fortbildungsbedarf Dekubitusprophylaxe



S1a: Dekubitusentstehung, Risikofaktoren, Einschätzung  
 S1b: Durchführung der systematischen Risikoeinschätzung  
 S2: Gewebeschonende Bewegungs-, Lagerungs- und Transferstechniken  
 S3: Auswahl geeigneter Hilfsmittel  
 S4: Beratung/Anleitung zu Dekubitusrisiko und Maßnahmen  
 S6: Beurteilung und Dokumentation der Effektivität der Maßnahmen

### Projekt „Messbarkeit der Pflege“

Quantitatives Forschungsprojekt der Auszubildenden der Zentralkrankenpflegeschule des HELIOS Klinikums Duisburg in Kooperation mit der Malteser gGmbH im Rahmen der Lerneinheit II.10

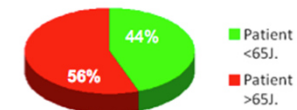
HELIOS Kliniken 100% Menschen in Medizin				
Der Dekubitus	Dekubitusstadien	Die Wunde	Mobilisation	Sonstiges
100	100	100	100	100
200	200	200	200	200
300	300	300	300	300
400	400	400	400	400
500	500	500	500	500

## Patientenbezogene Daten Sturzprophylaxe

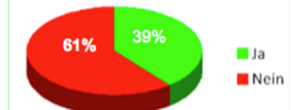


Gesamtzahl der Patienten: 388

### altersspezifische Patientenverteilung



### sturzgefährdete Pat. >65J.



39% der Patienten >65J. sind sturzgefährdet

**Aus Fehlern lernen und  
nicht wiederholen!**

**Ursache ???**

## **Selbstreview**

**Auf den Review-Bögen (Selbsteinschätzung) muss ausgeführt werden:**

- ✓ was nicht gemacht worden ist
- ✓ was man macht, um diesen Fehler in der Zukunft zu vermeiden

# Selbstreview



Analysekriterien "Dekubitus"			
Anhand der folgenden Fragen können Sie die Fälle strukturiert bearbeiten. Vorfallsdatum:			
Patientenname:		Station:	
Fallnummer:		Klinik:	
bei Aufnahme:		bei Entlassung:	
Mobilitätsskala: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> keine	
Schmerzskala: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> keine	
Patient gekommen von:			
Schadensbeschreibung:		1 2 3 4 Ja/Nein Ja/Nein	
Lokalisation _____ Kategorie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		bei Aufn. Vorhanden <input type="checkbox"/> bei Entl. Vorhanden <input type="checkbox"/>	
Lokalisation _____ Kategorie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		bei Aufn. Vorhanden <input type="checkbox"/> bei Entl. Vorhanden <input type="checkbox"/>	
	J	N	Bemerkungen:
1. Gibt es eine durchgängige Erhebung des Pflegebedarfs (z.B. Barthelindex)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Liegt eine Risikoerhebung mit Skala innerhalb der ersten 24 Stunden vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Wurde die kontinuierliche Aktivierung und Mobilisation nach Bewegungsplan umgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Wurde der Dekubitus mit der richtigen Kategorieeinteilung dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Wurde unverzüglich eine geeignete druckverteilende Unterlage eingesetzt? Welches System?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Gibt es eine lückenlose und ausreichende Dokumentation pflegerischer Interventionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Werden die Maßnahmen in regelmäßigen Zeitabständen überprüft und angepasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Gibt es eine nachvollziehbare Dokumentation des DEK-Status bei Entlassung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Gibt es eine erneute Risikoerhebung mit Skala bei Veränderungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Wird der individuelle Hautzustand regelmäßig beurteilt, inkl. Fingertest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Gab es Hinderungsgründe für die Durchführung prophylaktischer Maßnahmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> kritischer Allg. Zustand <input type="checkbox"/> Ablehnung durch den Pat. <input type="checkbox"/> fehlende Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Therapieeinschränkung <input type="checkbox"/> Sonstiges
Welche Verbesserungsmaßnahmen sollen in welchem Zeitraum umgesetzt werden?			
Bemerkungen zur Selbsteinschätzung:			
Bewertung			
<input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten (3) <input type="checkbox"/> Verbesserungsmöglichkeiten sicher (1a) <input type="checkbox"/> Dokumentation sicher nicht schlüssig (2a) <input type="checkbox"/> Verbesserungsmöglichkeiten vermutet (1b) <input type="checkbox"/> Dokumentation vermutlich nicht schlüssig (2b)			

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_ Eingabe in Risk-Console erfolgt: \_\_\_\_\_

Analysekriterien "Sturz"			
Anhand der folgenden Fragen können Sie die Fälle strukturiert bearbeiten. Vorfallsdatum:			
Patientenname:		Station:	
Fallnummer:		Klinik:	
bei Aufnahme:		bei Entlassung:	
Mobilitätsskala: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> keine	
Schmerzskala: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> keine	
Schadensbeschreibung:			
	Ja	Nein	Bemerkungen:
1. Gibt es eine durchgängige Erhebung der Pflegerisiken (z.B. Barthelindex)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Liegt eine aktuelle systematische Erhebung der Sturzrisikofaktoren innerhalb der ersten 24 Std. nach Aufnahme vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Liegt ein individueller Maßnahmenplan zur Sturzprophylaxe vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Wurden intrinsische und extrinsische Faktoren berücksichtigt sowie Hilfsmittel und Umgebung dem Sturzrisiko angepasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Wird jeder Sturz dokumentiert und analysiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Welche Verbesserungsmaßnahmen sollen in welchem Zeitraum umgesetzt werden?			
Gab es Hinderungsgründe für die Durchführung prophylaktischer Maßnahmen?			
Bewertung:			
<input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten (3) <input type="checkbox"/> Verbesserungsmöglichkeiten sicher (1a) <input type="checkbox"/> Dokumentation sicher nicht schlüssig (2a) <input type="checkbox"/> Verbesserungsmöglichkeiten vermutet (1b) <input type="checkbox"/> Dokumentation vermutlich nicht schlüssig (2b)			
Bemerkung zur Bewertung:			

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_ Eingabe in Risk-Console erfolgt: \_\_\_\_\_

# Erfassung aller „bei Entlassung noch bestehenden und während des Aufenthaltes entstanden Dekubitus Fälle“ in unserer Datenbank



DC - Dekubitus Journal

Kategorien

- Vorfall
- Geschädigter (Pflege)
- Beschreibung
- Patient bei Entlassung
- Selbsteinschätzung
- Bewertung
- Archivdaten
- Akte Eigenschaften

Schmerzskala bei Entlassung  
 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  Keine

Schadenbeschreibung \*

Patient gekommen von  
BITTE Auswahl treffen

**Patient bei Entlassung**

1. Dekubitus Kategorie bei Entlassung \*  
 0  1  2  3  4

1. Dekubitus Lokalisation bei Entlassung  
BITTE LOKALISATION DEKUBITUS EINGEBEN

2. Dekubitus Kategorie bei Entlassung  
 0  1  2  3  4

2. Dekubitus Lokalisation bei Entlassung  
BITTE LOKALISATION DEKUBITUS EINGEBEN

3. Dekubitus Kategorie bei Entlassung  
 0  1  2  3  4

3. Dekubitus Lokalisation bei Entlassung  
BITTE LOKALISATION DEKUBITUS EINGEBEN

4. Dekubitus Kategorie bei Entlassung  
 0  1  2  3  4

4. Dekubitus Lokalisation bei Entlassung  
BITTE LOKALISATION DEKUBITUS EINGEBEN

**Selbsteinschätzung**

Datum Selbsteinschätzung/Fragebogen  
/ /

Pflegebedarf durchgängig erfasst? [1. Pflegebedarf]  
 Ja  Nein

Bemerkung zu Frage 1

# Erfassung aller Stürze in unserer Datenbank mit Intervention



SC - Stürze Journal

Kategorien

- Vorfall
- Geschädigter (Pflege)
- Beschreibung
- Selbsteinschätzung
- Bewertung
- Archivdaten
- Akte Eigenschaften

**Beschreibung**

Mobiskala bei Aufnahme  Keine  1  2  3  4  5  6

Mobiskala bei Entlassung  Keine  1  2  3  4  5  6

Schmerzsкала bei Aufnahme  0  1  2  3  4  5  
 6  7  8  9  10  Keine

Schmerzsкала bei Entlassung  0  1  2  3  4  5  
 6  7  8  9  10  Keine

Schadenbeschreibung

Art des Sturzes \* BITTE ART DES STURZES EINGEBEN

Art der Verletzung bei Sturz \* BITTE ART DER VERLETZUNG EINGEBEN

Medizinische Intervention bei Sturz 1 \* BITTE MEDIZINISCHE INTERVENTION EINGEBEN

Medizinische Intervention bei Sturz 2 BITTE MEDIZINISCHE INTERVENTION EINGEBEN

Gesundheitsschaden \* BITTE GESUNDHEITSSCHADEN EINGEBEN

**Selbsteinschätzung**

Datum Selbsteinschätzung/Fragebogen //

Pflegebedarf durchgängig erfasst?  Ja  Nein

Bemerkung zu Frage 1

Sturzrisikofaktoren innerhalb 24h?  Ja  Nein

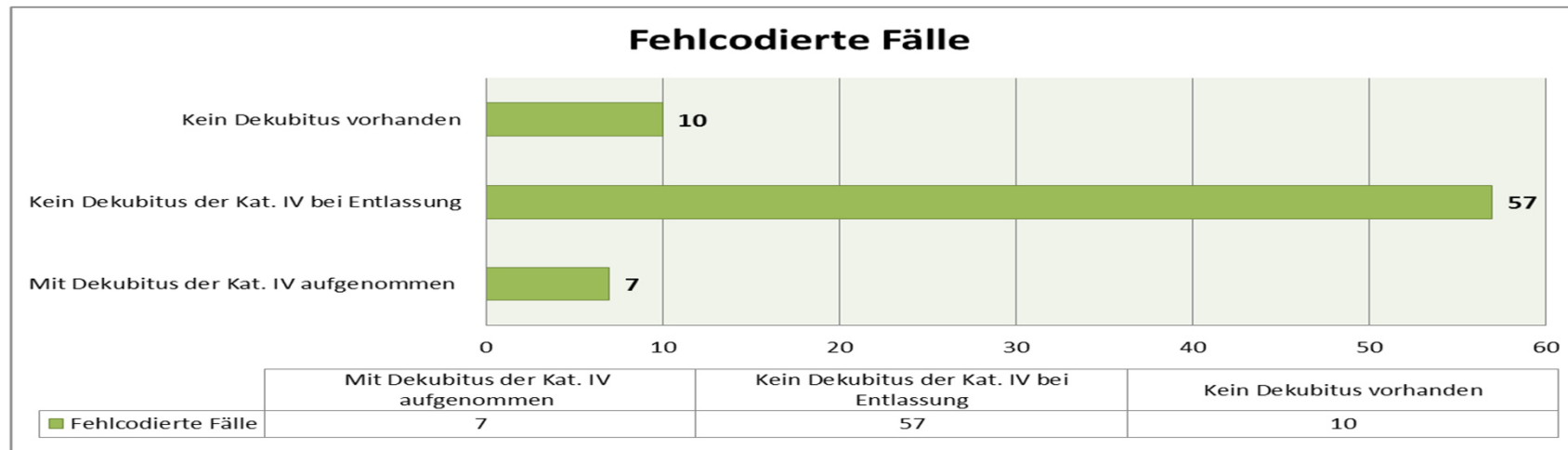
Bemerkung zu Frage 2

# Jährliches Zentralreview zur Überprüfung alle Dekubitusmeldungen der Kategorie IV



2014:

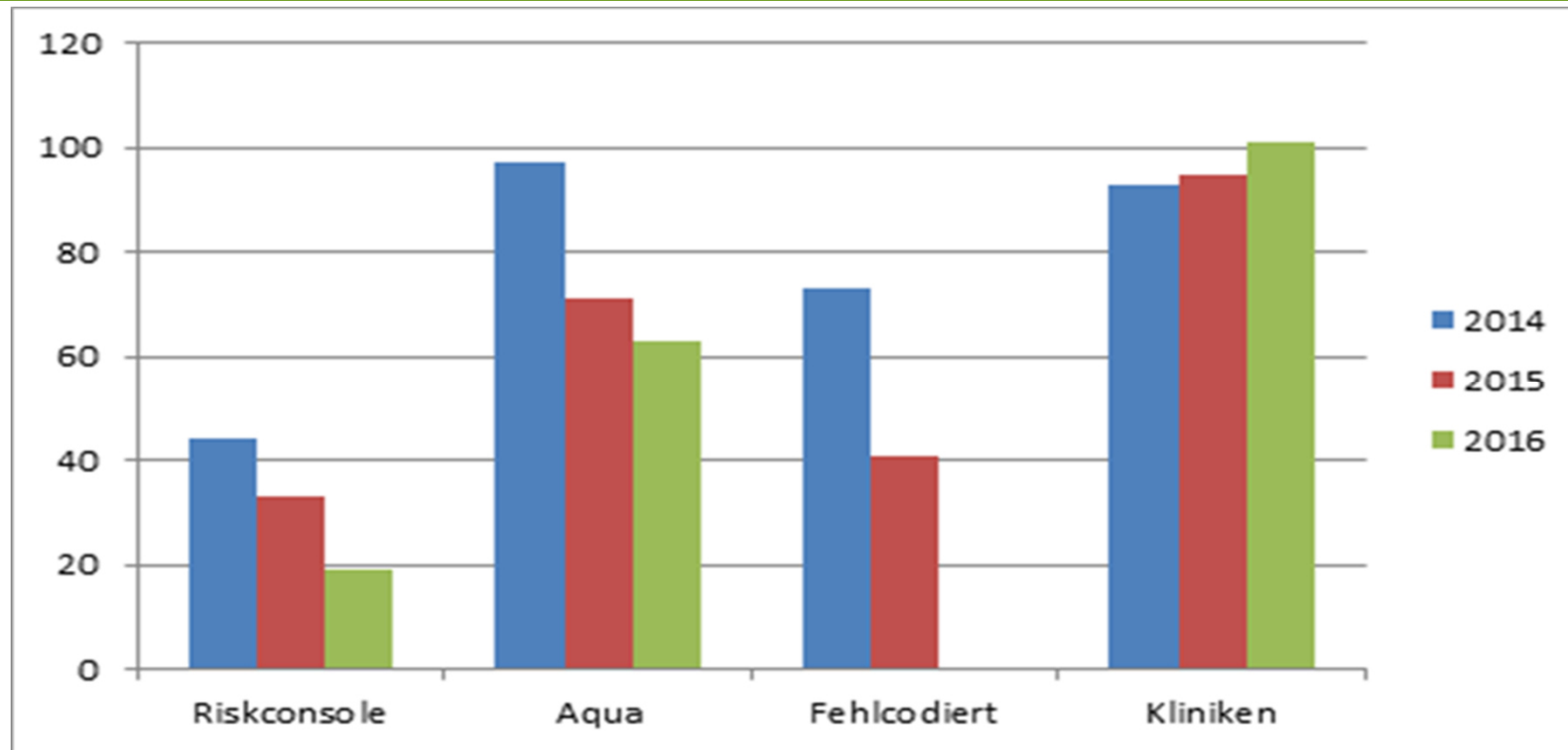
Von 97 Akten waren 74 Fälle nicht korrekt kodiert und fehlerhaft der AQUA gemeldet worden. Das entspricht einer Fehlerquote von rund 72 Prozent!





- Eingeleitete Maßnahmen zur Prophylaxe und Therapie erst nach Ereignis
- Wechseldrucksystem zu spät eingesetzt
- Bezeichnung der eingesetzten Wechseldrucksysteme fehlte
- Individueller Bewegungsplan fehlte oft wurde im Pflegebericht dokumentiert, das gelagert wurde, aber nicht näher bezeichnet wie, wie oft und wie lange
- Lagerungsintervalle teilw. bis zu 10 Std. (teilw. kein Fingertest)
- Nachweisliche Lagerung auf den vorhandenen Dekubitus
- **FALSCHER Kategorie**

## Ergebnisse Zentralreview



## Ergebnis Zentralreview



- 2014: - 97 Dekubitus Fälle mit Kategorie IV der AQUA gemeldet,  
- 74 Fälle falsch kodiert, Fehlerquote 72 Prozent
- 2015: - 71 Dekubitus Fälle mit Kategorie IV der AQUA gemeldet  
- 41 Fälle falsch kodiert, immer noch eine Fehlerquote von 58 Prozent
- 2016: - 63 Dekubitus Fälle mit Kategorie IV der IQTIG gemeldet  
- Fehlerquote ?

## Etablierung eines Berufsgruppenübergreifendes Peer Reviews bei auffälligen Kliniken



- Instrument zur Förderung der Qualität und der Patientensicherheit
- Fokussiert den kollegialen Austausch
- Peer (englisch) bedeutet im beruflichen Kontext Fachkollegin oder Fachkollege





## Ziele eines Peer Reviews

- Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung differenziert zu ermitteln
- Systematisch zu bewerten
- Kontinuierlich und nachhaltig verbessern
- Diese Ziele werden durch einen Besuch der Einrichtung erreicht durch:
  - Die externe Perspektive
  - Blinde Flecken und Verbesserungspotenziale aufzeigen

Datenanalyse, Ergebnismessung



Behandlung /  
Prozessqualität

Ergebnisqualität



Peer Review

- Validierter Prozess
- Transparente Methode
- Einfache Umsetzung
- Kollegiale Ebene
- Ziel ist eine Qualitätssteigerung und nicht die Kostensenkung
- Offene und zielführende Diskussion
- Klare Identifikation von Verbesserungspotenzialen

# Peer Review



## Ergebnisse des Peer Review

Die Einstufung durch die Peers erfolgte in jedem Falle einstimmig; ja

Kategorie¹	Review-Team	Abteilung	davon fallbezogen übereinstimmend²
1a) Optimierungspotenzial sicher	11	6	10
1b) Optimierungspotenzial vermutet	1	4	
2) Kodierungsfehler	0	0	0
3) Keine Verbesserungen	0	2	0
Summe	12	12	10

Fußnoten:

- 1) Fehlende Akten werden als Verbesserungspotential (1a), fehlende Selbstbewertungsbögen als keine Übereinstimmung gewertet.  
2) keine Differenzierung 1a/b

## Analyse der Fälle

Gesamtpunktzahl: 15

Analysekriterien	ja (> 90%) 0 Punkte	weitgehend (50% - 90%) 1 Punkt	nicht immer (10% - 49%) 2 Punkte	nie (< 10%) 3 Punkte
Diagnostik und Behandlung adäquat und zeitgerecht?			X	
Behandlungsprozeß zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt?				X
Indikation zur OP / Intervention / Intensivtherapie angemessen und rechtzeitig?		X		
Wurden Behandlungsleitlinien und Standards berücksichtigt?			X	
War die Dokumentation umfassend und schlüssig?				X
Interdisziplinäre Zusammenarbeit reibungslos?			X	
Kontrollen der Behandlungsverläufe?			X	

## Vorschläge zur Optimierung

Die Optimierungsvorschläge orientieren sich an den Analysekriterien zur Fallanalyse.



Mehr Cartoons unter:  
[www.rippenspreizer.de](http://www.rippenspreizer.de)



## Initiative Qualitätsmedizin – IQM

### **Routinedaten, Transparenz, Peer Review – für die bestmögliche medizinische Behandlungsqualität**

In der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) engagieren sich Krankenhäuser aus Deutschland, Österreich und der Schweiz für mehr medizinische Qualität bei der Behandlung ihrer Patienten.

- initiiert durch HELIOS
- Zusammenschluss acht führender Krankenhausträger 2008 zu IQM
- mehr als 380 Krankenhäuser sowie zahlreiche Universitätsklinika



#### **Die drei Grundsätze der IQ<sup>M</sup>-Mitglieder:**

- Qualitätsmessung auf Basis von Routinedaten
- Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung
- Qualitätsverbesserungen durch Peer Review Verfahren

[www.initiative-qualitaetsmedizin.de](http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de)

### Weiterentwicklung des IQM Peer-Review-Verfahrens

- interprofessionelle Peer Reviews ab 2016
- interprofessionelle Peerschulungen seit 2015
- IQM Fortbildungskonzept
- Fortbildungsveranstaltungen über die Ärztekammern
- Leitfaden Initiativ Review in Evaluationsphase



## Einbezug Pflege

### Interprofessionelle Peer Reviews – was ist zu beachten?

#### Ziel des Konzeptes

Kontinuierliche Einbeziehung der **pflegerischen Perspektive** bei der Selbst- und Fremdbewertung der Behandlungsqualität sowie der Erarbeitung von **interprofessionellen**

**Lösungsansätzen** zur Verbesserung der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung.

**Analysekriterien um Pflegespezifika ergänzt**



## IQM Analysekriterien (ergänzt um Pflegespezifika)

### 1. Diagnostik und Behandlung adäquat und zeitgerecht?

präoperativ/intraoperativ (S/N)/postoperativ, diagnostische Maßnahmen, konservative Therapie/Interventionen

Pflegeanamnese, Einschätzung (ATLs) Aktivitäten des täglichen Lebens,  
Pflegeassessments: Dekubitus (DEK)/ Sturz, Delir, Barthel Index (Selbsthilfefizit/ Unterstützungsbedarf), Schmerz, Checkliste vor OP etc.  
Pflegeberatung  
Verbandwechsel, Lagerungen, Dekubitusmaßnahmen, Unruhe/ Delir, etc.  
Maßnahmen bei unruhigen oder deliranten Patienten (Medikamente, Fixierung, Bewegungseinschränkung): Wer verordnet, dokumentiert, etc.  
Besondere Maßnahmen wie Schmerz- und Dysphagiemanagement, Mobilisation, etc.

### 2. Behandlungsprozess zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt?

Existieren Arbeitsdiagnosen? Problemerkennung / -lösung zeitnah?  
Präventive Maßnahmen?

### 3. Indikation zur OP/Intervention/Intensivtherapie inhaltlich angemessen und rechtzeitig?

Schnittstellenprobleme, Komplikationsmanagement, Management Risikopatient

### 4. Wurden Behandlungsleitlinien/Expertenstandards/Standards berücksichtigt?

Einhaltung oder begründete Abweichung, erkennbare sinnvolle Therapiestandards?

### 5. Kontrollen der Behandlungsverläufe erfolgt?

Durch behandelnde Ärzte der Abteilung, ärztliche und pflegerische Übergaben, OA-/CA-/interprofessionelle Visiten, Konsiliarärzte, Kooperation Pflege/therapeutische Teams, Evaluation, Verantwortlichkeiten

### 6. Interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit reibungslos?

präoperativ/postoperativ, prä-/postinterventionell, Intensivmedizin/Konsiliardienste)  
Auf Anforderungen der Pflege/Ärzte zeitnah reagiert?

Checklisten, Ärztliche Anordnung der Wundtherapie, Wundberichte, Bewegungspläne, Lagerung angeordnet?, Mobilisation, Medikationsplan, Umgang mit mündlichen Anordnungen  
Kommunikation innerhalb und zwischen den Behandlungsteams

### 7. Dokumentation umfassend und schlüssig?

Aufklärung zur OP/Intervention, Behandlungsverlauf, Therapieentscheidungen, OP-Bericht und Verlegungsberichte, Konsile, Therapiebegrenzungen, zeitnahe Kommunikation mit den Angehörigen, Arztbrief inhaltlich logisch, z.B. Überleitung und Entlassungsberichte inhaltlich abgestimmt?  
Pflegeplan/-verordnung, Pflegeverlaufsbericht  
Anordnungen zeitnah und nachvollziehbar durchgeführt?

### Einbezug Pflege

- **Zusammensetzung des Peerteams**

Das Kernteam der ärztlichen Peers **umfasst 3-5 Ärzte** je nach Klinikgröße und wird zukünftig bei geeigneten Peer Reviews durch **2 Pflegepeers** ergänzt.

- *In der Schweiz finden alle Peer Reviews mit Einbeziehung der Pflege mit jeweils 3 Pflegepeers statt.*

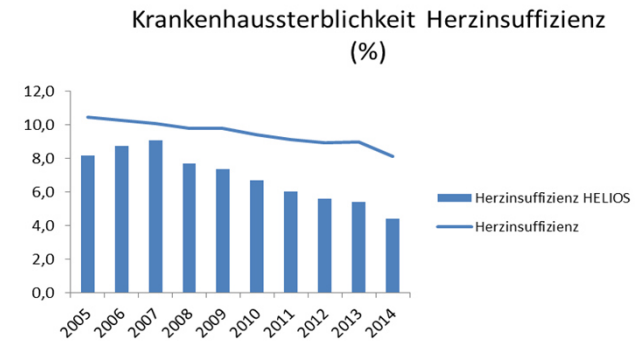
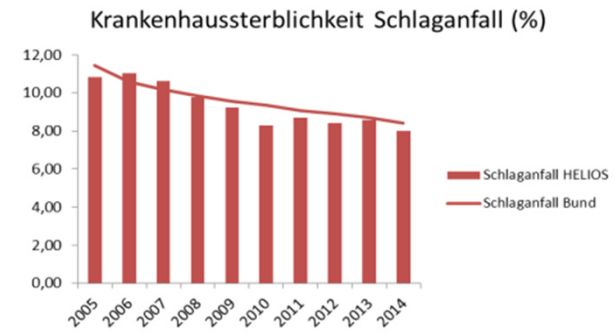
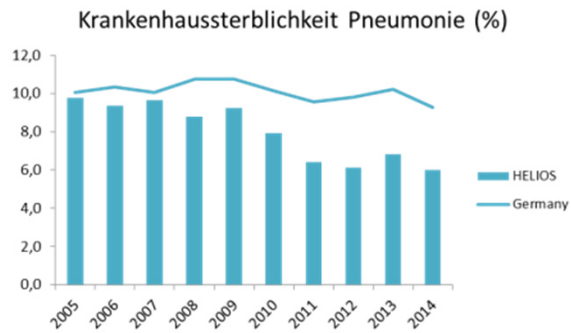


### Einbezug Pflege

- Durchführung der Selbstbewertung in der Klinik  
Die Aktenanalyse wird von relevanten am Behandlungsprozess beteiligten Ärzten und Pflegekräften durchgeführt und eine gemeinsame Bewertung pro Akte abgegeben.
- Durchführung des Peer Reviews (Fremdbewertung)  
Beim Aktenstudium wird **jede Akte jeweils von einem ärztlichen Peer und von einem pflegerischen Peer** analysiert. Anschließend stellen beide Peers jeweils aus ihrer Perspektive ihre Einschätzung im Team vor.
- Abschlussgespräch  
Beim Abschlussgespräch sollte neben der Ärztlichen Direktion und der Geschäftsführung auch die **Pflegedirektion** anwesend sein.



# Patientennutzen: Pflege- und Arztdienst - gemeinsame Fallbetrachtung



## Entwicklung eines neuen Qualitätsindikators

- Auswahl eines relevanten Themas
- Formulierung eines vorläufigen Sets von Indikatoren
- Strukturierte Bewertung und Auswahl geeigneter Indikatoren durch Expertise im Rahmen eines Konsensverfahrens
- Praxistest
- Implementierung



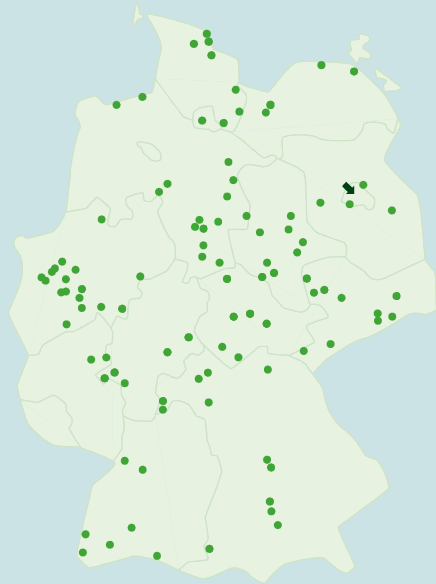


## Fragen für ein Selbstreview „Device“- assoziierte Sepsis

- Device wurde täglich inspiziert / Ein Druckschmerz wurde tgl. durch Palpation geprüft
- Verbandswechsel / Devicepflege wurde ergebnisadjustiert durchgeführt und dokumentiert
- Ein Verbandwechsel wurde mittels No-Touch-Technik oder mit sterilen Handschuhen durchgeführt
- **Die Liegedauer war korrekt dokumentiert / Device wurde zeitnah entfernt**
- **Tgl. Indikationsstellung / Neuordnung durch den Arzt lag vor**
- Einheitliche SOPs zum Thema „Umgang mit Devices“ liegt vor und kennen alle Mitarbeiter
- Ergebnisse des HAND-KISS ist in der Abteilung bekannt
- Mikrobiologische Befunde liegen vor und wurden gesehen
- Leitliniengerechte Antibiotikagabe und Evaluierung nach spätestens 2 Tagen ist erfolgt



- Mit Hilfe von Routinedaten und dem bewährten Instrument der Selbstbewertung, lassen sich die Ergebnis- Prozess- und Strukturqualität in den Kliniken verbessern.
- Das kritische Prüfen und das Hinterfragen dieser Faktoren, sowie der richtige Umgang mit Fehlern, das kontinuierliche Weiterbilden unsere Mitarbeiter und eine gute Patientenedukation führen so, trotz Arbeitsverdichtung, zu einem hohen Patientennutzen und zur einer besseren Qualität.
- Keine Energie für das Erklären und Rechtfertigen von Zahlen investieren, sondern nach den Verbesserungen suchen.
- Interdisziplinäre Fallbetrachtung wichtiger als eine isolierte pflegerische Fallbetrachtung.



Jeder Moment ist Medizin

**Vielen Dank!**  
Zeit für Ihre Fragen...

[www.helios-kliniken.de](http://www.helios-kliniken.de)