



Initiative Qualitätsmedizin e.V.

Routinedaten :: Transparenz :: Peer Review

*Für die bestmögliche medizinische
Behandlungsqualität*

Wer ist IQM?

- gemeinnütziger Verein
- Gründung 2008
- durch 15 führende Krankenhausträger
- Mitglieder sind Träger von Akutkliniken aus A, CH und D
- IQM ist offen für alle die freiwillig mehr machen wollen als vorgeschrieben
- DRG-Fälle als Voraussetzung

Ziel, Herausforderungen und Weg

- medizinische Behandlungsqualität verbessern (Zielgruppe: Chefärzte)
- offene Qualitäts- und Fehlerkultur
- Instrumente für aktives Fehlermanagement anbieten
- trägerübergreifende Unterstützung als Hilfe zur Selbsthilfe

Instrumente

Die drei Grundsätze von IQM

Qualitätsmessungen auf Basis von

QI aus Routinedaten

Transparenz der Ergebnisse durch deren

Veröffentlichung

Aktive Qualitätsverbesserungen durch

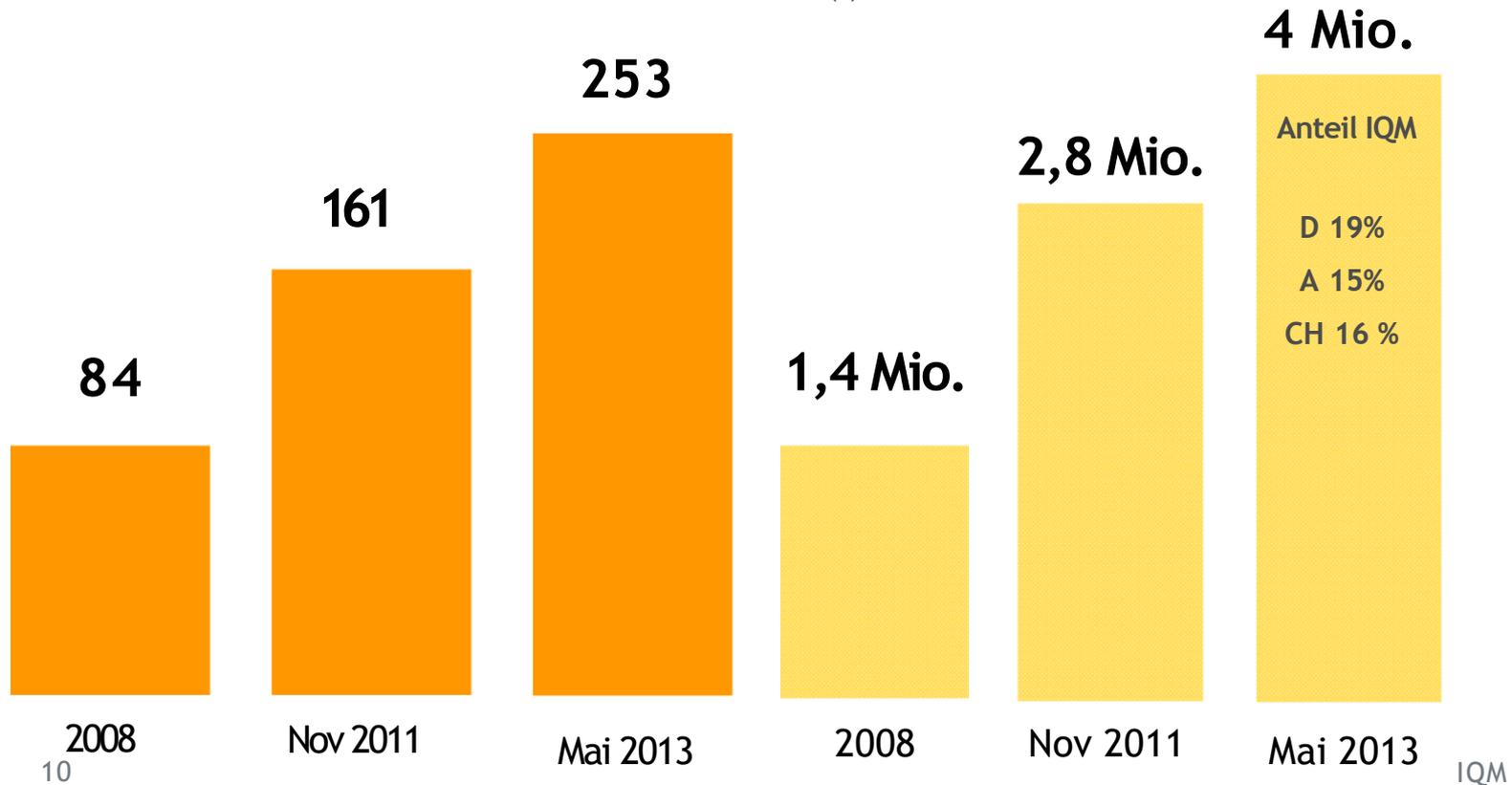
Peer-Review-Verfahren

Entwicklung 2008 - 2013

teilnehmende Krankenhäuser

stationäre Behandlungsfälle

Bund (D): 18 Mio.



Bei IQM verwendete Indikatorenset:

Stationärer Aufenthalt

- A-IQI*, CH-IQI*, G-IQI*
- PSI (patient safety indicators)*
- SQG (vormals BQS)

Sektorenübergreifend

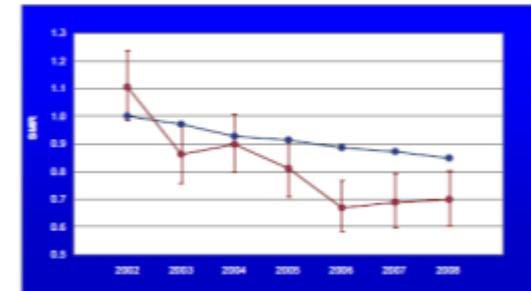
- AOK-QSR*

* aus Routinedaten

G-IQI | German Inpatient Quality Indicators Version 3.1

Definitionshandbuch der Version 3.1 für das Datenjahr 2010
Stand: 18.03.2011

Thomas Mansky, Ulrike Nimptsch, Claudia Winklmair, Klemens Vogel,
Friedhelm Hellerhoff



Fachgebiet Strukturentwicklung und
Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen
Technische Universität Berlin

Berlin, März 2011



German Inpatient Quality Indicators (G-IQI)

G-IQI

- 48 wesentliche Krankheitsbilder und Verfahren
- 184 Kennzahlen mit über 40 Qualitätszielen
- Aufgreifkriterium für Peer-Review-Verfahren
- Weiterentwicklung durch TU Berlin, Prof. Thomas Mansky

International anerkannter Indikatorsatz



ca. 500 Kliniken - freiwillig



alle 200 Akutspitäler - bundesweit verpflichtend (A-IQI)



alle 177 Akutspitäler - schweizweit verpflichtend (CH-IQI)

Warum Transparenz so wichtig ist weit mehr als gesetzlich vorgeschrieben



Qualitätsergebnisse
der Mitgliedskliniken der Initiative Qualitätsmedizin

[Leseanleitung zu den IQM Qualitätsindikatoren](#)
[Download \(PDF\)](#)

IQM-Version 2.1
Stand: 19.04.2013



IQM-Qualitätsindikatoren

HERZERKRANKUNGEN

HERZINFARKT

Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinfarkt
Alle Patienten > 19 Jahre

| Quelle | IQM-Durchschnittswert Fallzahl 2012 | IQM-Erwartungswert SMR 2012 |
|--------------------|---|-----------------------------------|
| < Erwartungswert 1 | 8,0% 3.210 von 40.040 | 9,7% 0,82 |

HERZINSUFFIZIENZ

Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinsuffizienz
Alle Patienten > 19 Jahre

| | | |
|--------------------|--------------------------|--------------|
| < Erwartungswert 1 | 7,3% 4.652 von 63.984 | 9,3% 0,78 |
|--------------------|--------------------------|--------------|

LINKSHERZKATHETER

Anzahl aller Linksherzkatheter zur Koronardiagnostik

| | | |
|------------|---------|--|
| Mengeninfo | 136.560 | |
|------------|---------|--|

Todesfälle mit Linksherzkatheter bei Herzinfarkt
Alle Patienten > 19 Jahre

| | | |
|--------------------|--------------------------|--------------|
| < Erwartungswert 4 | 5,4% 1.504 von 28.007 | 8,7% 0,62 |
|--------------------|--------------------------|--------------|

HERZRHYTHMUSSTÖRUNGEN

Patienten mit Herzrhythmusstörungen

| | | |
|------------|--------|--|
| Mengeninfo | 68.885 | |
|------------|--------|--|

OPERATIONEN AM HERZEN

Patienten mit Herz-OP

| | | |
|------------|--------|--|
| Mengeninfo | 20.911 | |
|------------|--------|--|

Todesfälle bei alleinigen offenen Aortenklappenersatz

| | | |
|----------|----------------------|--|
| < 3,2% 2 | 3,3% 75 von 2.286 | |
|----------|----------------------|--|

Todesfälle bei alleiniger OP an den Koronargefäßen bei Herzinfarkt

| | | |
|--------------------|-----------------------|--------------|
| < Erwartungswert 4 | 6,0% 149 von 2.489 | 8,2% 0,73 |
|--------------------|-----------------------|--------------|

Todesfälle bei alleiniger OP an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt
Alle Patienten > 19 Jahre

| | | |
|----------|-----------------------|--|
| < 2,3% 2 | 2,2% 146 von 6.642 | |
|----------|-----------------------|--|

Auswirkung der Ergebnisveröffentlichung

- Signalisiert Bereitschaft zu kontinuierlichen Qualitätsverbesserungen
- Publikation guter Ergebnisse motiviert, diese weiter zu verbessern
- Auffällige Ergebnisse erzeugen gesunden Druck auf die KH-Organisation

Situation in der Schweiz: Verordnete Transparenz durch das BAG

- Verwendung desselben Indikatorensystems (CH-IQI)
- Ab 2010 Veröffentlichung von Ergebnissen, zunächst freiwillig, im Rahmen einer Pilotstudie
- Seit 2012 verpflichtende Veröffentlichung der Resultate aller Akutspitäler

Statistiken zur Krankenversicherung
Statistiques de l'assurance-maladie
Statistiche sull'assicurazione malattia

Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler
Indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus
Indicatori della qualità degli ospedali per cure acute svizzeri
2007

Bericht über die Pilotstudie
Risultate von 65 Spitälern auf freiwilliger Basis

Rapport de l'étude pilote
Résultats livrés sur une base volontaire par 65 hôpitaux

Rapporto sullo studio pilota
Risultati forniti su base volontaria da 65 ospedali



 Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Office fédéral de la santé publique OFSP
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Publikation auf BAG Webseite

- Spitalweise Übersichtstabellen (PDF)
- Detailauswertungen je Indikator (nur spitalintern abgegeben)
- Publikation vollständig
- Bemerkungen der Krankenhäuser werden mit veröffentlicht
- Webzugang: www.bag.admin.ch/qiss

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Bundesverwaltung admin.ch
Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Startseite | Übersicht | Kontakt | Index | Glossar | Häufige Fragen | Druckhilfe | Deutsch | Français | Italiano | English

Aktuell Themen Dokumentation Dienstleistungen Das BAG

Spitalstatistiken

Spitalsuche
Kennzahlen
Qualitätsindikatoren
Vergleiche
Abfrage
Dokumentation
Patientenwanderung
Download

Vergleich zwischen Spitalern und Indikatoren

Die Vergleiche beschränken sich auf maximal drei Spitäler und maximal drei Indikatoren.

Spital 1: Inselspital Bern, Bern
Spital 2: Universitätsspital Zürich, Zürich
Spital 3: Universitätsspital Basel, Basel

Indikator 1: HD Herzinfarkt (Alter >19), Mortalität
Indikator 2: Hirninfarkt (ICD-10 I63, Alter >19), Mortalität
Indikator 3: HD Sepsis, Mortalität

[ganze Auswahl zurücksetzen](#)

Schnellwahl: [hilfe](#)

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Kontakt | Rechtsinfos

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Bundesverwaltung admin.ch
Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Startseite | Übersicht | Kontakt | Index | Glossar | Häufige Fragen | Druckhilfe | Deutsch | Français | Italiano | English

Aktuell Themen Dokumentation Dienstleistungen Das BAG

Spitalstatistiken

Spitalsuche

nach Kanton
nach Betriebsart
Kennzahlen
Qualitätsindikatoren
Patientenwanderung
Download

Kanton wählen

Spitalsuche

Schritt 1: Wählen Sie den Kanton, in dem sich das gewünschte Spital befindet.

Daten vorhanden

Medienreaktionen über die letzten Jahre

«Lies, damn lies, and statistics»: Bemerkungen zu den Outcome-Zahlen des Bundesamtes für Gesundheit

Thomas F. Lüscher

Departement für Innere Medizin, Klinik für Kardiologie, Herzkreislaufzentrum, UniversitätsSpital Zürich und Institut für Physiologie, Kardiovaskuläre Forschung, Universität Zürich

Kardiovaskuläre Medizin 2009;12(9):229–233

Spiel mir das Lied der Mortalitätsstatistik...



Daniel Herren

Man nehme eine Handvoll Routinedaten, vermische sie beliebig miteinander, würze sie mit einer Prise Ignoranz – und fertig ist die Mortalitätsstatistik des Bundes.

Unter dem politischen Druck – seit Anfang Jahr verlangen der Artikel 22a des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und der Artikel 31 der dazugehörigen Krankenversicherungsver-

die diskriminierende Variable, die den Spreu von Weizen trennen soll, und die Patienten haben keinen Informationsgewinn, da die Zahlen nichts aussagen.

Ungenügende Daten auf einer intransparenten Datenbasis sind schlechte Voraussetzungen für gültige und relevante Aussagen. Solange keine Risikoanpassung vorgenommen wird, solange Tracer-Operationen gewählt werden, bei denen die Mortalität kein Qualitätskriterium darstellt, und solange die Datenqualität – und vor allem auch die Datenquantität – nicht kritisch hinterfragt und geprüft werden – solange wird die Diskussion um Qualitätsunterschiede in den verschiedenen Spitätern keine Verbesserung erfahren. Im Gegenteil: Sollten diese Daten irgendeinen Steuerungseffekt auslösen, dann dürfte wohl mehr Zeit in die Patientenselektion und in die Beschönigung der Zahlen investiert werden als in wirkliche Qualitätsverbesserungsmassnahmen.

Ungenügende Daten auf intransparenter Datenbasis sind schlechte Voraussetzungen für gültige und relevante Aussagen

Wir Ärztinnen und Ärzte müssen unsere Qualitätsaktivitäten aktiv gegen aussen tragen

ordnung (KVV) unter anderem die Publikation von Qualitätsdaten – macht es sich das Bundesamt für Gesundheit (BAG) leicht und publiziert nun Mortalitätszahlen, die in

Schweizerische Ärztezeitung | Bulletin des médecins suisses | Bollettino dei medici svizzeri | 2009;90: 17

44 | HÔPITAUX

Les hôpitaux universitaires en tête de classement pour les infarctus

Infarctus du myocarde, plus de 19 ans

| Rang | Hôpital | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|------|--|------|------|------|------|
| 1 | Universitätsspital Basel (US) | 2049 | 2009 | 1922 | 1877 |
| 2 | Universitätsspital Basel (US) | 1471 | 1469 | 1321 | 1252 |
| 3 | CHUV (VS) | 1242 | 1234 | 1167 | 1111 |
| 4 | HUG (GE) | 1027 | 1036 | 1009 | 978 |
| 5 | Centre hospitalier universitaire de Lausanne (CHU) | 1016 | 1006 | 952 | 927 |
| 6 | Universitätsspital Zürich (USZ) | 852 | 826 | 776 | 741 |
| 7 | Hôpital Neuchâtelain (HN) | 493 | 507 | 506 | 511 |
| 8 | HFR (NW) | 429 | 387 | 362 | 357 |
| 9 | Universitätsspital Bern (USZ) | 322 | 311 | 301 | 291 |
| 10 | Kantonsspital Aargau (KS Aargau) | 305 | 291 | 274 | 267 |
| 11 | Hôpital de la Croix-Blanche (HCB) | 246 | 233 | 223 | 211 |
| 12 | Hôpital de la Tour (HT) | 204 | 197 | 187 | 183 |
| 13 | Universitätsspital Basel (US) | 200 | 182 | 169 | 161 |
| 14 | HFR Bas, Sion, Collège Saint-Denis (HFR) | 190 | 175 | 161 | 156 |
| 15 | Hôpital de Jura (HJ) | 183 | 167 | 157 | 151 |
| 16 | Hospitaux universitaires de La Côte (HUC) | 174 | 171 | 161 | 156 |
| 17 | Hôpital de Chaux-de-Fonds (HCF) | 166 | 161 | 154 | 148 |
| 18 | CHUV (VS) | 154 | 146 | 138 | 131 |
| 19 | Hôpital de Lavaux (HL) | 148 | 141 | 131 | 126 |
| 20 | Hôpital de Chaux-de-Fonds (HCF) | 140 | 131 | 121 | 116 |
| 21 | HFR (NW) | 131 | 121 | 111 | 106 |
| 22 | HFR Talera (HT) | 114 | 106 | 101 | 96 |
| 23 | HFR (NW) | 101 | 96 | 91 | 86 |
| 24 | HFR (NW) | 91 | 86 | 81 | 76 |
| 25 | CHUV (VS) | 81 | 76 | 71 | 66 |
| 26 | Hôpital de la Providence (HP) | 71 | 66 | 61 | 56 |
| 27 | Hôpital de Yverdon (HY) | 61 | 56 | 51 | 46 |

COMMENT LIRE LES TABLEAUX
Interprétation des indicateurs

Les indicateurs réalisés par l'EMBO en 2009. Un indicateur particulièrement important est-il considéré en regard de sa qualité au sein. En effet, le nombre de cas de mortalité de ces traitements ou de taux de mortalité, pour 2008 et 2009. Le classement établi ici se base sur le nombre de cas constatés entre 2008 et 2009.

MIEUX COMPRENDRE | 43

11. Chirurgie de Dérivation 12. Chirurgie de Valvules Pulv. 13. Primar 14. Amov. Pacien 15. Tumeur

La Suisse manque cruellement de qualité qui permettraient de classer systématiquement les hôpitaux entre d'autant plus criante que, depuis les assurances helvétiques peuvent dans l'établissement de leur choix à tenté d'y remédier.

Hôpitaux
Comment choisir le bon établissement

Leur centre d'origine. Mais malgré ce nouvel éventail de possibilités, il leur est presque impossible de faire un choix informé en raison du manque d'indicateurs de qualité. «On ne dispose que très partiellement de ces données».

Heike Spitaldaten zu den Sterberaten sorgen für Kritik

GESUNDHEIT Hier überlebt man eher einen Herzinfarkt, dort stehen die Überlebenschancen bei einem Schlaganfall besser. Solche Spitaldaten sind nun öffentlich



az AARGAUER ZEITUNG
DE LUZERN UND NORDWESTSCHWEIZ

Ist der Spitalvergleich hilfreich oder unnützlich?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Hilfreich, ich kann für meinen Eingriff die beste Klinik aussuchen. **49%**

Unnützlich, ich gehe sowieso immer ins gleiche Spital. **43%**

Egal, ich bin zum Glück nie krank. **8%**

DER SPIEGEL

PFUSCHER ODER RETTER?

WIE PATIENTEN DEN RICHTIGEN ARZT FINDEN

Was unternimmt das Inselspital?

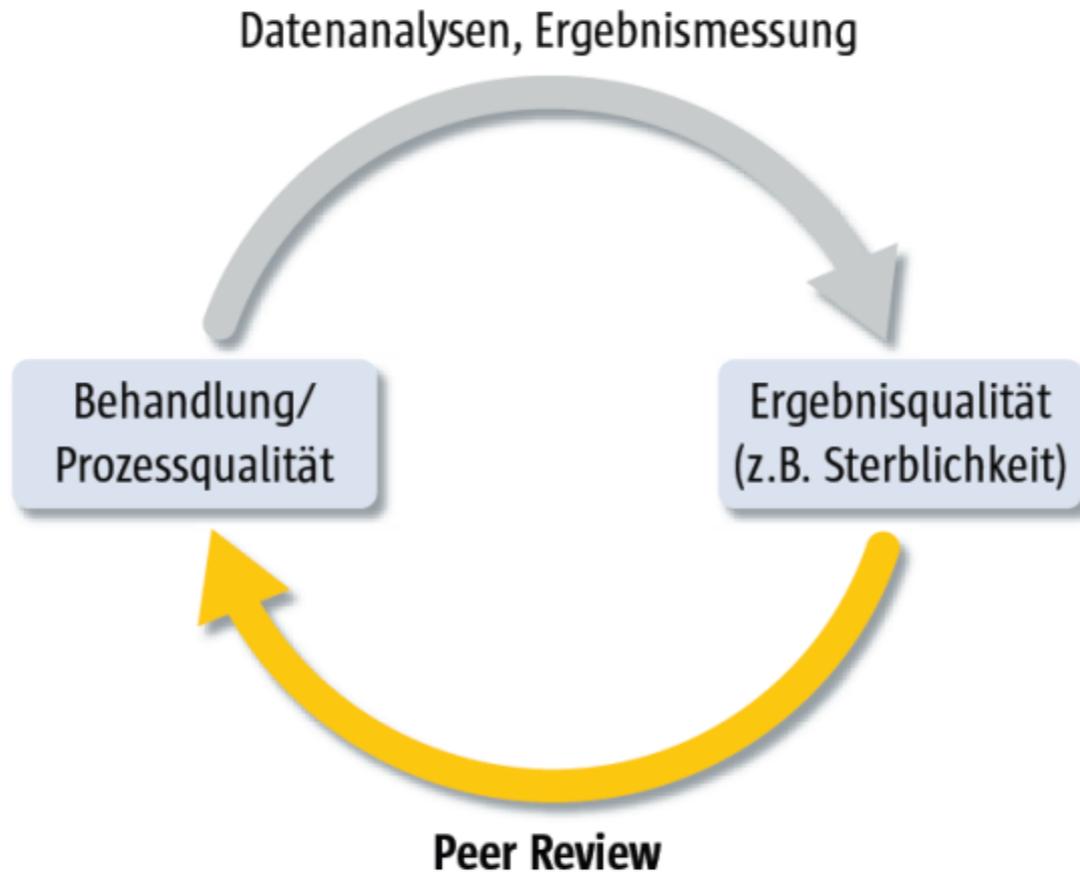
- IQM Beitritt im Jahr 2010
- Erster Schweizer IQM Peer: Chefarzt der Universitätsklinik für Intensivmedizin, seit 2010
- Weiterer Peer: Chefarzt der Universitätsklinik für Kardiologie seit 2011
- Interne Umsetzung und Kommunikation: Q-Strategie, Kaderinfos
- Durchführung der ersten Schweizer Pilot Peer-Review im 2011 zum Thema: Sepsis und Todesfall
- Integration der QIs in internes Management-Reporting System, seit 2012
Publikation auf Insel-Webseite

Das Peer Review Verfahren

Wie wir Qualität gemeinsam verbessern

Das Peer-Review-Verfahren im PDCA-Zyklus

Kontinuierlichen Verbesserungsprozess anstoßen



Hintergrund

Reaktion auf reine Benchmarks

Benchmarks produzieren erhebliche Skepsis:

- „die Zahlen stimmen nicht“
- „Wir haben aber die schwereren Fälle!“
- „uns kann man mit anderen Abteilungen nicht vergleichen“
- „unsere Umfeldbedingungen sind völlig anders“

Aber die Erfahrung zeigt

- **Es gibt Fehler in der Medizin !**
- **Die Fehlerquote ist beeinflussbar !**

Das Peer-Review-Verfahren von IQM ist ...

- ein **originär ärztliches Verfahren**
- ein unbürokratisches, auf **kollegialen Austausch** fokussiertes Instrument der ärztlichen Qualitätssicherung.
- Klinisch tätige Ärzte analysieren, anhand von Fallakten verstorbener Patienten, systematisch **Prozesse und Strukturen** auf mögliches Optimierungspotenzial
- Kernstück ist die **kollegiale Falldiskussion auf Augenhöhe** zw. Peer-Team und dem verantwortlichen Chefarzt
- Alle IQM-Peers werden nach dem **Curriculum „Ärztliches Peer Review“** der Bundesärztekammer geschult

Die IQM-Peers aus A, CH und D

Über 250 Chefärzte aller Mitgliedskliniken



Der Verfahrensablauf

Analyse / Beurteilung ausgewählter Fälle

1. Vorab: Selbstanalyse Chefarzt

2. Review-Tag: Analyse durch Peer-Team

3. Diskussion Peer-Team und Chefarzt

**Offene Diskussionskultur
Übereinstimmung?**

Die Analysekriterien

Diagnostik und Behandlung adäquat und zeitgerecht?

- präoperativ/intaoperativ/postoperativ?
- diagnostische Maßnahmen?
- konservative Therapie/Interventionen?

Behandlungsprozess zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt?

- Existieren Arbeitsdiagnosen?
- Problemerkennung/-lösung zeitnah?

Indikation zur OP/Intervention/Intensivtherapie inhaltlich angemessen und rechtzeitig?

- Schnittstellenprobleme?
- Komplikationsmanagement?
- Management Risikopatient?

Wurden Behandlungsleitlinien/Standards berücksichtigt?

- Einhaltung von LL oder begründete Abweichung?
- erkennbare sinnvolle Therapiestandards?

Kontrollen der Behandlungsverläufe?

- durch behandelnde Ärzte der Abteilung?
- ärztliche Übergaben?
- OA-/ChA-Visiten?
- Konsiliarärzte?
- Kooperation Pflege/therapeutische Teams?

interdisziplinäre Zusammenarbeit reibungslos?

- präoperativ/postoperativ?
- prä-/postinterventionell?
- Intensivmedizin/Konsiliardienste?

War die Dokumentation umfassend und schlüssig?

- Aufklärung zur OP/Intervention?
- Behandlungsverlauf?
- Therapieentscheidungen?
- OP-Bericht und Verlegungsberichte?
- Konsile?
- Therapiebegrenzungen?
- Arztbrief inhaltlich logisch?

Die gemeinsame Falldiskussion



Die Ergebnisse

Konkrete Maßnahmen zur Verbesserung festlegen

Festlegen von Maßnahmen zur Verbesserungen bei ...

1. Abläufen
2. Behandlungsstandards
3. Interdisziplinäre Zusammenarbeit
4. Diagnostik- und Therapiekonzepte
5. Strukturen
6. Dokumentation

Abschlussgespräch:

Definition nachhaltiger u. erreichbarer Maßnahmen

Ziele und Fristen



CÄ und ÄD/GF/VWL

Beispiel Hirninfarkt

Zum Thema Hirninfarkt und Tod wurden acht Peer-Review-Verfahren durchgeführt und insgesamt 147 Fälle analysiert. Die Ergebnisse:

| In / Von Kliniken | Optimierungspotenzial |
|-------------------|--|
| 7 / 8 | Arbeitshypothesen und Konsequenzen (z.B. Fibrinolyse) nicht nachvollziehbar oder nicht hinterfragt |
| 6 / 8 | Mikrobielle Diagnostik / Antibiotikatherapie / Sepsis nicht zeitnah und adäquat durchgeführt |
| 4 / 8 | Intensivtherapie zu optimieren (Infusionstherapie, Ernährung, Beatmungsstrategie, Antikoagulation) |
| 3 / 8 | Bildgebende Diagnostik nicht zeitnah über 24h verfügbar (CT, Doppler) |
| 3 / 8 | Dysphagiediagnostik nicht ausreichend |
| 2 / 8 | Schnittstellenprobleme Notaufnahme / Diagnostik / Stroke Unit oder IMC |
| 2 / 8 | Konsequente Therapiebegrenzung, Nachweis von Patientenverfügungen |

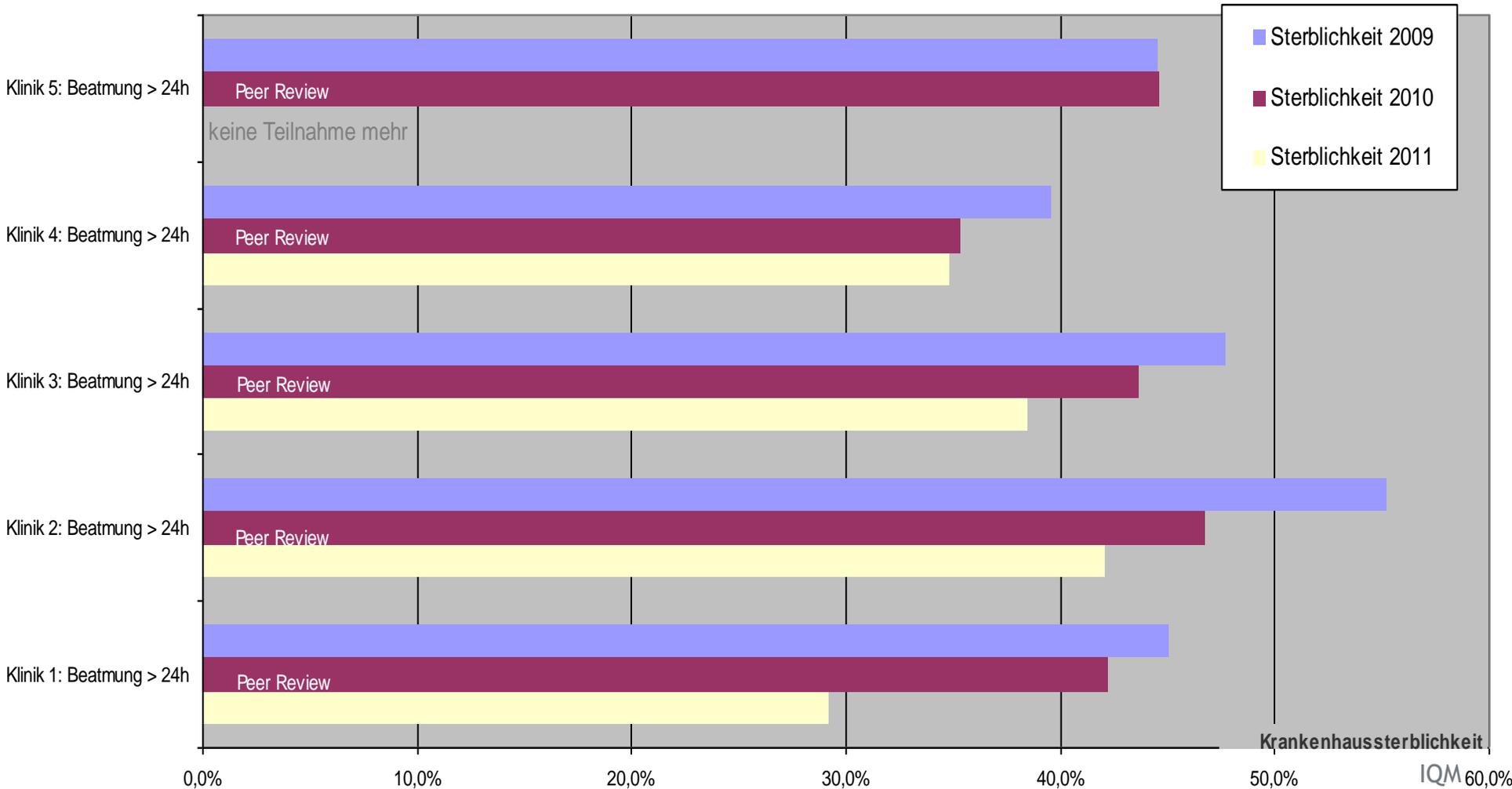
Allgemeine Empfehlungen, die aus diesen Ergebnissen abgeleitet wurden:

- Überprüfung der leitlinienorientierten Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie, insbesondere Indikation zur Fibrinolyse;
- Überprüfung der mikrobiologischen Diagnostik und Antibiotikatherapie (Standards);
- Fokussierung der Sepsis-Früherkennung;
- Überprüfung der Prozesse und Schnittstellen von der Notaufnahme über bildgebende Diagnostik zur Stroke Unit/IMC;
- Überprüfung der Intensivtherapie und Dysphagiediagnostik.

Ergebnisentwicklung nach einem Peer Review

Tracer: Beatmung

Alle 5 im Jahr 2010 durchgeführten Peer-Review-Verfahren bei Beatmung fanden zw. Mai und Oktober statt



Vorgehen Peer-Review

Festlegung der reviewten Häuser

- Zentrale Auswahl durch IQM (Häuser und Krankheitsbilder/Indikationen)
- Grundlage: Ergebnisse der IQM-Kennzahlen, «Zielwert nicht erreicht»
- Besonderheiten können berücksichtigt werden (z.B. Chefwechsel)
- Ausgewählte Abteilungen sind zur Teilnahme am Verfahren verpflichtet

Auswahl der Fälle

- Analyse Behandlungsprozesses auf Patientenebene (stationäre Akte)
- Maximal 20 stationäre Fälle (5 Akten pro Reviewer), die zum auffälligen Qualitätsergebnis (z.B. hohe Mortalität) beigetragen haben
- konstruktiv-kritische Bewertung durch Peers

Ablauf Peer-Review Inselspital

Tagesablauf (7. April 2011)

| Zeit | Aktivitäten | Involvierte Personen |
|-------------|--|--|
| 08:00 | Transfer vom Hotel ins Inselspital | Reviewer-Team, Dr. D. Zahnd |
| 08:15-12:00 | Begrüssung, Unterzeichnung Vertraulichkeitserklärung, Review der Fälle (10:30-11:00 Pause) | Reviewer-Team, Dr. D. Zahnd (Support) |
| 12:00-13:00 | Mittagspause, Zeitreserve | |
| 13:00-15:00 | Kollegiale Besprechung der Fälle, internes Feedback | Reviewer-Team, Prof. J. Takala, Dr. D. Zahnd, Delegierte Kollegen aus den Kliniken |
| 15:00-16:00 | Gegebenenfalls Ableiten von Massnahmen | Reviewer-Team, Prof. J. Takala, Dr. D. Zahnd, ggf. weitere Personen |
| 16:00-17:00 | Bericht an den Ärztlichen Direktor | Reviewer-Team (teilweise), Prof. A. Tobler, Prof. J. Takala, Dr. D. Zahnd, ggf. weitere Personen |

Erste IQM Peer-Review in der Schweiz



Resultate

Kommentare, Fehlerquellen

- Hinweise betreffend den Einsatz von Vasoaktiva, Volumentherapie und Antibiotikatherapie
- Häufigere Durchführung von Echokardiographie gefordert
- Einzelne weitere Hinweise (Ausschluss Meningoenzephalitis, früherer Einbezug von intensivmedizinischer Kompetenz auf der peripheren Station)

Optimierungsvorschläge

- Vermehrter Einbezug der Echokardiographie in den Stationsalltag bis Jahresende 2011

Ergebnistreffen: Geballtes Verbesserungswissen in Form von 42 Posters

Peer-Review-Verfahren
 Kennzahl/Tracer: Hirninfarkt und Tod
 Analyisierte Akten: 16
 Optimierungspotenzial: 75% **Übereinstimmung: 37,5%**
 Punktzahl: 11



Optimierungspotenzial identifizieren

Verbesserungen umsetzen

- Infusionstherapie und Ernährungstherapie (Magensonde, hochkalorische Ernährung) verbesserungsfähig
- Thromboseprophylaxe verbesserungswürdig
- Mikrobakterielle Diagnostik und Therapie nicht ausreichend an den Krankheitsverlauf adaptiert
- Apparative Diagnostik eventuell ausbauen (CT-Angio, MRT, Doppler/Duplex der hirnversorgenden Arterien, TTE)
- Dokumentation ärztlich und pflegerisch auf Intensiv und Normalstation nicht immer ausreichend durchgeführt
- Darstellen von Arbeitshypothesen und Konsequenzen fehlt, diagnostische und therapeutische Reaktionen auf Veränderungen zu spät
- Keine ausreichend systematische Diagnostik von Syndromen
- Dysphagie-Diagnostik durch Pflege nicht ausreichend dokumentiert; logopädische Diagnostik nicht immer ausreichend früh

- Behandlungsstandards für Thromboseprophylaxe, Infusionstherapie und Ernährung
- Mikrobiologische Visite
- Antibiotikaleitfaden
- Arbeitshypothesen bei der täglichen Visite bzw. mindestens 1xwöchentlich bei der CA-Visite dokumentieren
- Erweiterung der diagnostischen Maßnahmen: CT-Angio, Doppler/Duplex, TTE
- Neuronet als Möglichkeit der Qualitätsverbesserung ist zu überlegen

| Zusammenfassung der Analysekriterien für alle Fälle insgesamt: | ja | weitgehend | nicht immer | nein |
|---|----|------------|-------------|------|
| Diagnostik und Behandlung adäquat und zeitgerecht? | | | ✓ | |
| Behandlungsprozesse zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt? | | | ✓ | |
| Indikation zur OP/Intervention/Intensivtherapie angemessen und rechtzeitig? | | ✓ | | |
| Wurden Behandlungsleitlinien und Standards berücksichtigt? | | | ✓ | |
| War die Dokumentation umfassend und schlüssig? | | ✓ | | |
| Interdisziplinäre Zusammenarbeit reibungslos? | | ✓ | | |
| Kontrollen der Behandlungsvorfälle? | | | ✓ | |

Beispielposter vorgestellt anlässlich des IQ^M Peer-Reviewer Treffens im November 2011 in Berlin

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

Kontakt

Christian Rohn

christian.rohn@initiative-qualitaetsmedizin.de

+49 (0)30 34 66 10 51

Daniel Zahnd

daniel.zahnd@insel.ch

+41 (0)31 632 95 77