AKTUELLER STAND DER UMSETZUNG DES PEER REVIEW IN NIEDERSACHSEN, BREMEN UND DEN NACHBARREGIONEN

Hanswerner Bause
Hamburg
Vorsitzender
Ausschuss Qualitätssicherung
ÄK Hamburg

Grundlagen für Peer Reviews

ESICM Erklärung zur Patientensicherheit, Wien 2009

SEE I + II (2005 und 2009)

Basic requirement for ICU 2011 (recommendations)

Kerndatensatz Intensivmedizin (neu 2013)

Medizinische Leitlinien, Fehlermanagement, Personalmanagement, Hygiene, Changemanagement, Effizienz, Medizinökonomie

Quality control

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

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

Every ICU is required to have a quality assessment and improvement program in order to compare with a national/European benchmark. This should include a report of complications and adverse events, and a system in which indicators that reflect quality and safety of care are continuously monitored.

These indicators should cover the process of care (i.e., mechanical ventilation, sedation, medication, IV lines, management, or complications), outcome (i.e., risk-adjusted mortality), and structure (i.e., staffing adequacy, protocol availability, medication errors protocol) [58, 59].

Morbidity and mortality conferences are strongly recommended. It is beyond the scope of present recommendations to go into detail to determine which quality indicators are best suited for these purposes [60–62].

The participation in regional, national, or international data collection and comparison systems should be encouraged, in order to maximize the safety and quality culture of the ICU.

Jede ICU soll ein Qualitäts-programm haben, um sich mit dem internationalen Standard zu vergleichen.

.....Indikatoren sollen die Qualität und Sicherheit überwachen

A. Valentin, P. Ferdinande
ESICM Working Group
on Quality Improvement
Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects
Intensive Care Med (2011) 37:1575–1587

Duales Konzept Qualitätssicherung
in der Intensivmedizin der DGAI

DGAI
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin

2005-2014

Benchmark-Projekt*

Datensatz (Untergruppe DIVI/DGAI)

Minimal*

Untermenge DGAI/ DIVI

DGAI/ DIVI

*SAPS II, Haupdiagnose+ Liegedauer

*In der Auswertungsdatenbank befinden sich über **145.000 Patientendatensätze**, mit insgesamt über **675.000 Patiententagen**.

- Strukturdaten
- Patientenbezogene Daten ITS
- Patientenbezogene Daten zum Krankenhausaufenthalt
- Leistungsmerkmale

QM-Katalog für ITS

Aufbau regionaler Netzwerke
Berlin, Baden-Württbg, HH, S-H, Hessen

- SOP´S,
- Behandlungspfade,
- Formulare etc.
- im SOP Tauschbereich DGAI

1. Zertifizierungsverfahren (nach ISO /)Fachexperten der DGAI
2. PEER-Review-Verfahren

so fing alles an

Umsetzung im Rahmen von regionalen Netzwerken oder Klinikzusammenschlüssen.

Derzeit existieren mehrere Netzwerke Intensivmedizin:

- Netzwerk Intensivmedizin Baden-Württemberg seit 2006
- Netzwerk Intensivmedizin Hamburg
- Netzwerk Intensivmedizin Berlin-Brandenburg
- (Netzwerk Intensivmedizin Rhein-Neckar)
- QUIT Thüringen

- **2006 Beginn als „kollegiale Besuche“ oder „Visitationen“**

DIVI

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin

Nationale Steuerungsgruppe:
Braun, Brinkmann, Bause, Bloos, Greim, Muhl, Marx, Weiler, Chop

Muhl
Leffmann

Nöldge-Schomburg

Bause
Jungbluth

Braun
Schaefer

Koppert, Quintel, Sens

Wrigge, Eberlein Gonska

Marx,Huber

Greim
Hopf
Walter

Bloos
Liebeskind

Mischo

Briegel, Forst, Weidringer

Brinkmann
Felsenstein

NIEDERSACHSEN, BREMEN, HAMBURG

Niedersachsen: 6 Kliniken

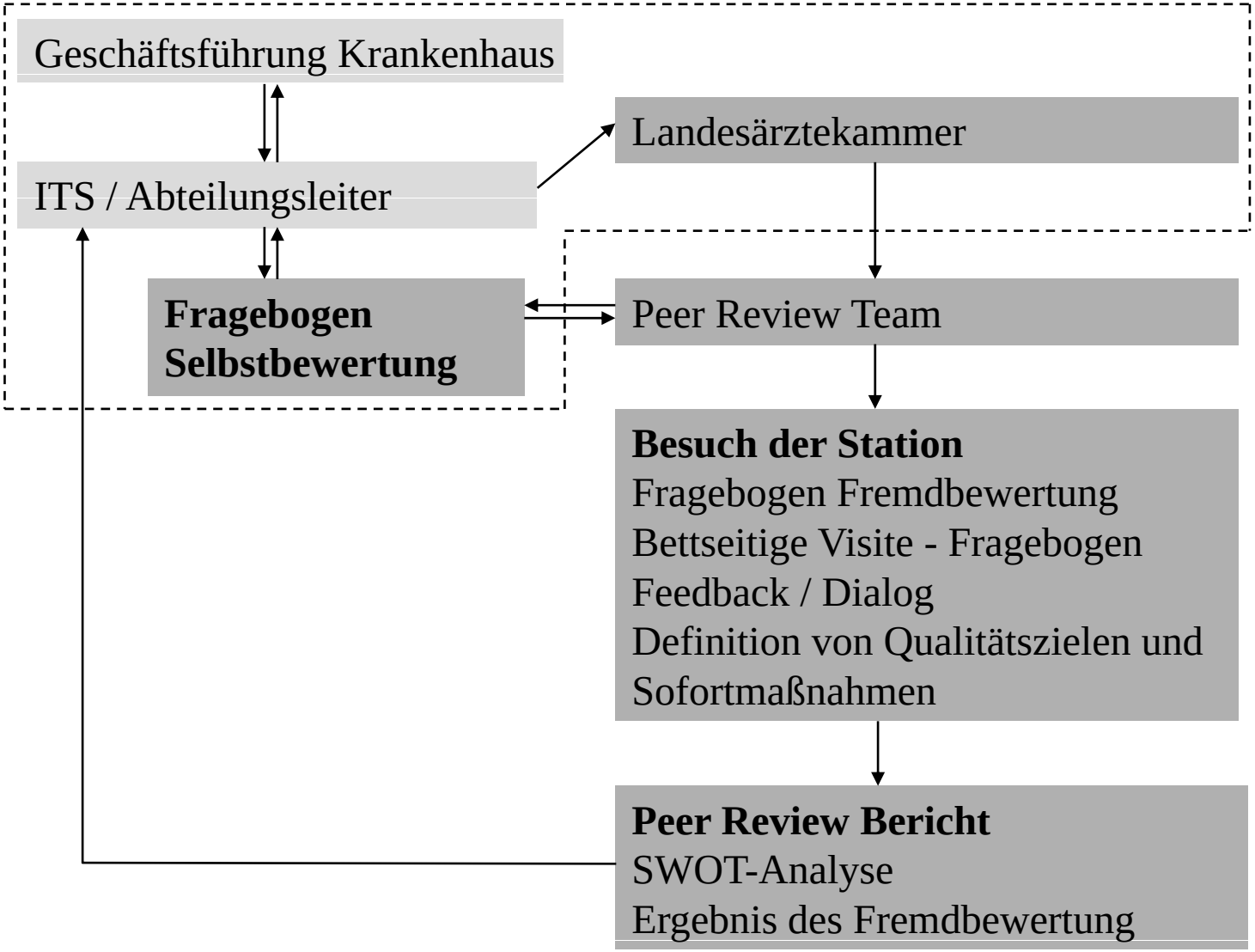
Bremen: 3 Kliniken

Mecklenburg-Vorpommern: 1 Klinik

Hamburg: 12 Kliniken

Hessen: 1 Klinik

ABLAUF PEER REVIEW



ESSENTIALS DES PEER REVIEW „INTENSIVMEDIZIN“

① Qualitätsindikatoren

② Erhebungsbogen

③ Interprofessionalität

Peer Review – Erhebungsbogen erfaßt: Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität

- **Verabschiedet von der DIVI**
- **Insgesamt ca. 52 Fragen, jeweilige Antwortmöglichkeit**

Kategorie:

- **Trifft nicht zu** **(1) < 10%**
- **In sichtbarer Planung/Umsetzung** **(2) > 10-50%**
- **Trifft teilweise zu** **(3) >50-90%**
- **Trifft zu** **(4) >90%**

INTENSIVMEDIZINISCHES PEER REVIEW

Klinik:	Bereich/Station:	Reviewer:
Datum:	Ansprechpartner:	

Frage/Überprüfung				Anmerkungen / Fragen / Kommentare
Bewertung: **1** = trifft nicht zu **2** = in sichtbarer Planung/Umsetzung **3** = trifft teilweise zu **4** = trifft zu				
I. Grundlagen und Organisation der Intensivstation				
	Strukturqualität (…ist vorhanden)	**Prozessqualität** (…ist im Alltag umgesetzt bzw. ist bekannt und etabliert)	**Ergebnisqualität**	
1. Definition der Intensivstation Beschreibung / Charakterisierung der Station / Qualitätshandbuch / Organigramm / Geschäftsordnung	1 2 3 4	1 2 3 4		
2. Standardisierung medizinische SOPs Pflegestandards Standardausstattung pro Bettplatz	1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4	1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4		

Qualitätsindikator
ist kein direktes Maß der Qualität

Neue deutsche Qualitätsindikatoren

Intensivmedizinische Qualitätsindikatoren für Deutschland 2013 – zweite Auflage

Zusammenfassung

Qualitätsindikatoren sind elementare Bestandteile des Qualitätsmanagements. Die Qualitätsindikatoren für die Intensivmedizin der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI) aus dem Jahre 2010 sind nun im Rahmen der geplanten Geltungsdauer überarbeitet und angepasst worden. Insgesamt wurde ein Indikator ersetzt und drei weitere zum Teil wesentlich überarbeitet. Der alte Indikator I „Oberkörperhochlagerung" wurde durch den Indikator „Tägliche multiprofessionelle, klinische Visite mit Dokumentation von Tageszielen" ersetzt und in den neu geschaffenen Indikator IV „Weaning und Maßnahmen zur Vermeidung von ventilatorassoziierten Pneumonien (kurz: Weaning/VAP Bundle)" (VAP = ventilator-assoziierte Pneumonie) integriert, der auf ein Verringerung der VAP-Inzidenz abzielt. Der Indikator VIII „Dokumentation von strukturierten Angehörigengesprächen" wurde weiter präzisiert. Der Indikator X „Leitung der Intensivstation durch einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, der keine anderen klinischen Aufgaben hat" anhand der aktuellen Studienlage ebenfalls präzisiert. Die aktualisierten Qualitätsindikatoren sind Bestandteil der intensivmedizinischen Peer Reviews. Ihre nächste Aktualisierung ist für das Jahr 2016 geplant.

Schlüsselwörter: Qualitätsmanagement, Intensivmedizin, Peer Review

Jan-Peter Braun[1]
Oliver Kumpf[1]
Maria Deja[1]
Alexander Brinkmann[2]
Gernot Marx[3]
Frank Bloos[4]
Arnold Kaltwasser[5]
Rolf Dubb[6]
Elke Muhl[6]
Clemens Greim[7]
Hanswerner Bause[8]
Norbert Weiler[9]
Ines Chop[10]
Christian Waydhas[11]
Claudia Spies[1]

Überarbeitung DIVI und Fachgesellschaften

Beginn Mai 2012

Überarbeitung bis April 2013

Endgültige Konsentierung Mai 2013

Publikation

Aktualisierung 2016

GMS German Medical Science 2013, Vol. 11, ISSN 1612-3174

Änderungen bei den QI 2013

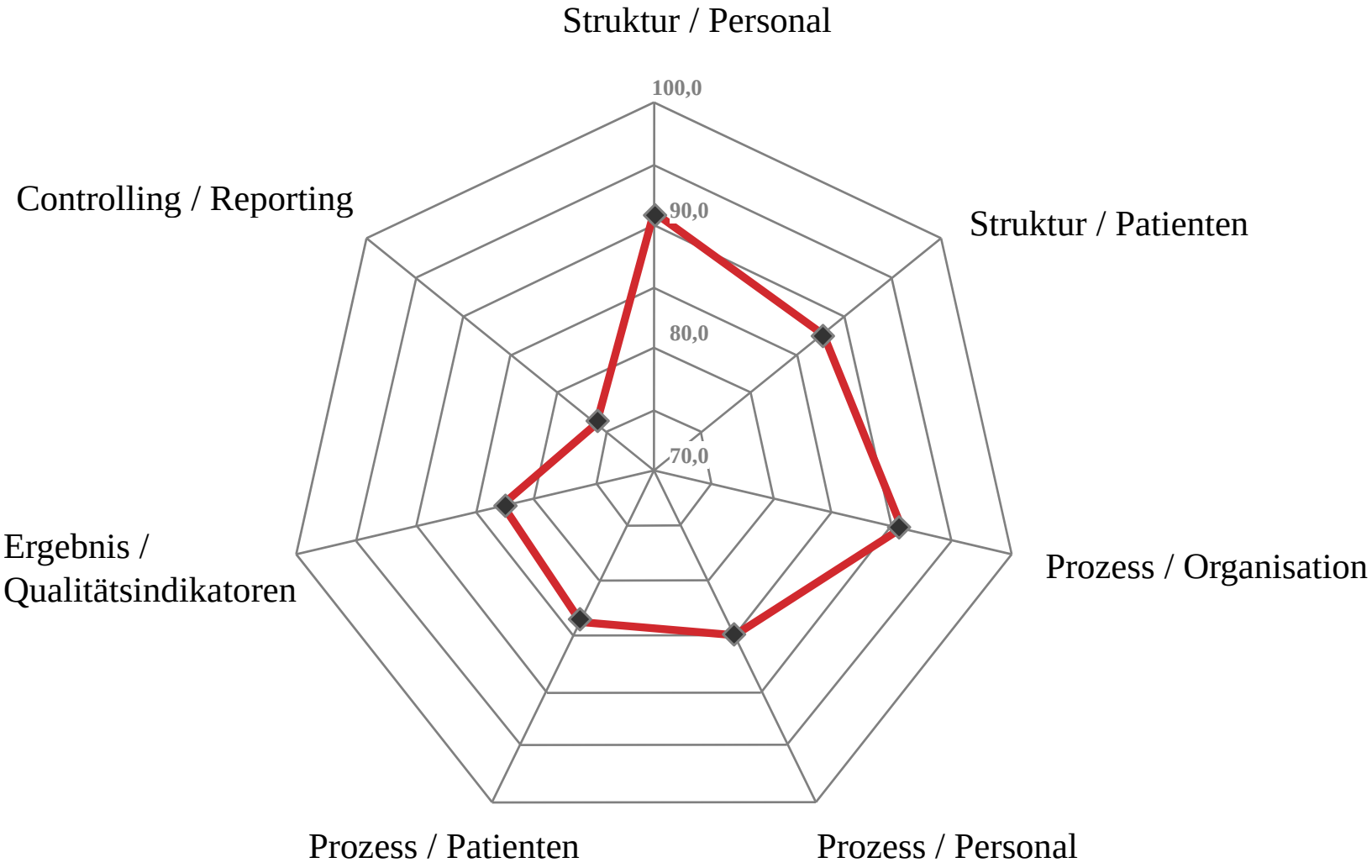
Anhang 1

Qualitätsindikatoren Intensivmedizin

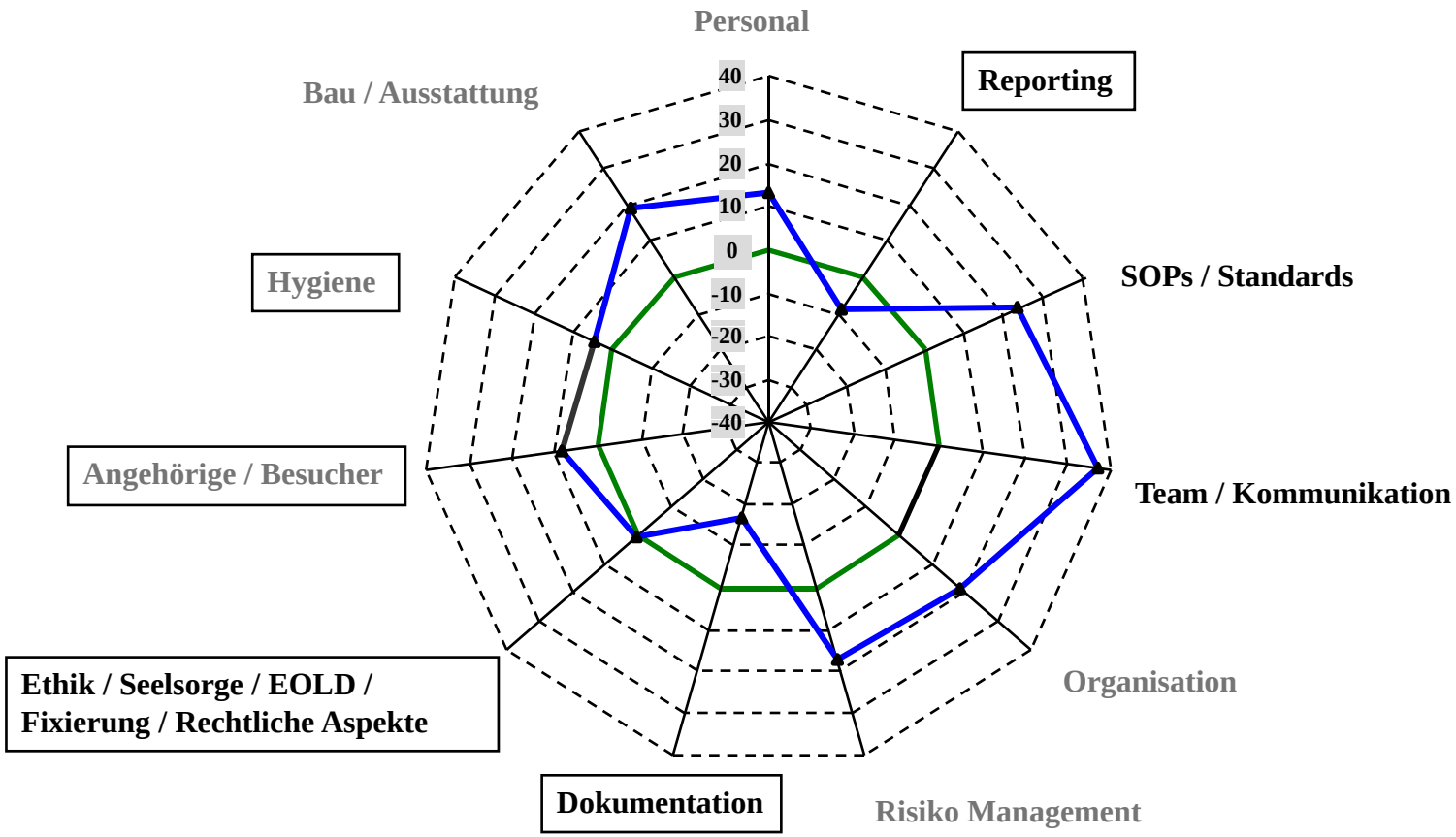
Nummer	Hauptindikatoren I–X
I	Tägliche multiprofessionelle, klinische Visite mit Dokumentation von Tageszielen
II	Monitoring von Sedierung, Analgesie und Delir
III	Lungenprotektive Beatmung
IV	Weaning und andere Maßnahmen zur Vermeidung von ventilatorassoziierten Pneumonien
V	Frühzeitige und adäquate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

Anhang 1 zu: Braun JP, Kumpf O, Deja M, Brinkmann A, Marx G, Bloos F, Kaltwasser A, Dubb R, Muhl E, Greim C, Bause H, Weiler N, Chop I, Waydhas C, Spies C. The German quality indicators in intensive care medicine 2013 – second edition. GMS Ger Med Sci. 2013;11:Doc09. DOI: 10.3205/000177, URN: urn:nbn:de:0183-0001778
Online frei zugänglich unter: http://www.egms.de/en/journals/gms/2013-11/000177.shtml

Netzdiagramm zur Darstellung der Ergebnisse der externen Fragebogenbewertung



Netzdiagramm zur Darstellung der Plus/Minus Analyse der SWOT-Berichte
Auswertung aus 20 Kliniken



NIEDERSACHSEN EVALUATION 1

Zufriedenheit mit Terminplanung	Voll zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
Klinik 1	x			
Klinik 2	x			
Klinik 3	x			
Klinik 4	x			
Klinik 5	x			
Klinik 6	x			
Klinik 7	x			
Klinik 8	x			

VORBEREITUNG DES TEAMS

Wie war das Team vorbereitet?	Voll zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
Klinik 1	x			
Klinik 2	x			
Klinik 3		x		
Klinik 4	Keine Antwort	Keine Antwort	Keine Antwort	Keine Antwort
Klinik 5		x		
Klinik 6	x			
Klinik 7	x			
Klinik 8		x		

DAUER DES PR

Dauer des Peer Reviews	Zu lang	Genau richtig	Zu kurz
Klinik 1		x	
Klinik 2		x	
Klinik 3		x	
Klinik 4		x	
Klinik 5		x	
Klinik 6		x	
Klinik 7		x	
Klinik 8		x	

Atmosphäre des PR

	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher wohl nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
Klinik 1	x			
Klinik 2	x			
Klinik 3	x			
Klinik 4	x			
Klinik 5	x			
Klinik 6	x			
Klinik 7	x			
Klinik 8	x			

KOMPETENZ DES PR TEAMS

	Hervorragend	Gut	Weniger gut	enttäuschend
Klinik 1	x			
Klinik 2	(x)	(x)		
Klinik 3	x			
Klinik 4	x			
Klinik 5	x			
Klinik 6	x			
Klinik 7	x			
Klinik 8	x			

Verbesserungs vorschläge

	sehr hilfreich	hilfreich	weniger hilfreich	gar nicht hilfreich
Klinik 1	x			
Klinik 2	x			
Klinik 3		x		
Klinik 4		x		
Klinik 5		x		
Klinik 6	x			
Klinik 7		x		
Klinik 8		x		

ERWARTUNGEN AN DAS PR

	voll erfüllt	teilweise erfüllt	gar nicht erfüllt
Klinik 1	x		
Klinik 2	x		
Klinik 3	x		
Klinik 4	x		
Klinik 5	x		
Klinik 6	x		
Klinik 7	x		
Klinik 8	x		

TEAM PARTNER PFLEGE

7. Hat sich der Team Partner Pflege ausreichend artikuliert?
ja
ja
ja
ja
nein

War das Feedback gespräch angemessen?

angemessen
Meiner Erfahrung nach ist der Tag insgesamt sehr anstrengend, so dass im Feedback Gespräch nur die wichtigsten Dinge angesprochen werden können, mehr kann man nicht aufnehmen. Glücklicherweise werden beim Durchgehen des 52er Bogens sehr vielen Fakten, Meinungen und auch weiche Faktoren ausgetauscht.
angemessen
angemessen
angemessen

Hat der PR Bericht Ihre Erwartungen und Ansprüche erfüllt?

Ja, war hilfreich und informativ
Ja es war ganz besonders gut.
Ja, war hilfreich und informativ
Ja, war hilfreich und informativ
Ja, war hilfreich und informativ

Was konnten Sie bisher umsetzen bzw. verändern?

- Verbesserung der Interprofessionalität durch gemeinsame Stationsbesprechungen; transparentere Dienstplangestaltung; Umstellung des Dienstmodells
- Wir haben zunächst die kritischen Punkte ausführlich diskutiert und auch einige sofortige Änderungen eingeleitet. Jetzt bearbeiten wir einen Plan für die Schrittweise Bearbeitung der übrigen Punkte.

-

-

- Umsetzung bisher noch ausstehend

Was werden Sie noch verändern?

- Leitlinie Analgosedierung
- Weiterhin versuchen wir über die TISS Erfassung aller Tage eine gleichmäßigere Oatientenverteilung im operativen Bereich zu etablieren und die Personalsteuerung zu verbessern.
-
-
- Ausbau-/Weiterentwicklung von Standards

Welche "tools" benötigen Sie für den Veränderungsprozess?

- PDMS auf allen Bettplätzen
- Wir arbeiten gerade mit TISS, dem 23 er Datensatz, um ökonomische Erwartungen zu versachlichen. Diesbezüglich wären schon gemachte Erfahrungen wertvoll.
-
-
-

„Patientensicherheit“ ist Das Ziel unserer Bemühungen

„Salus aegroti suprema lex“ = „Qualität“

„Primum nil nocere“ = „patient safety“