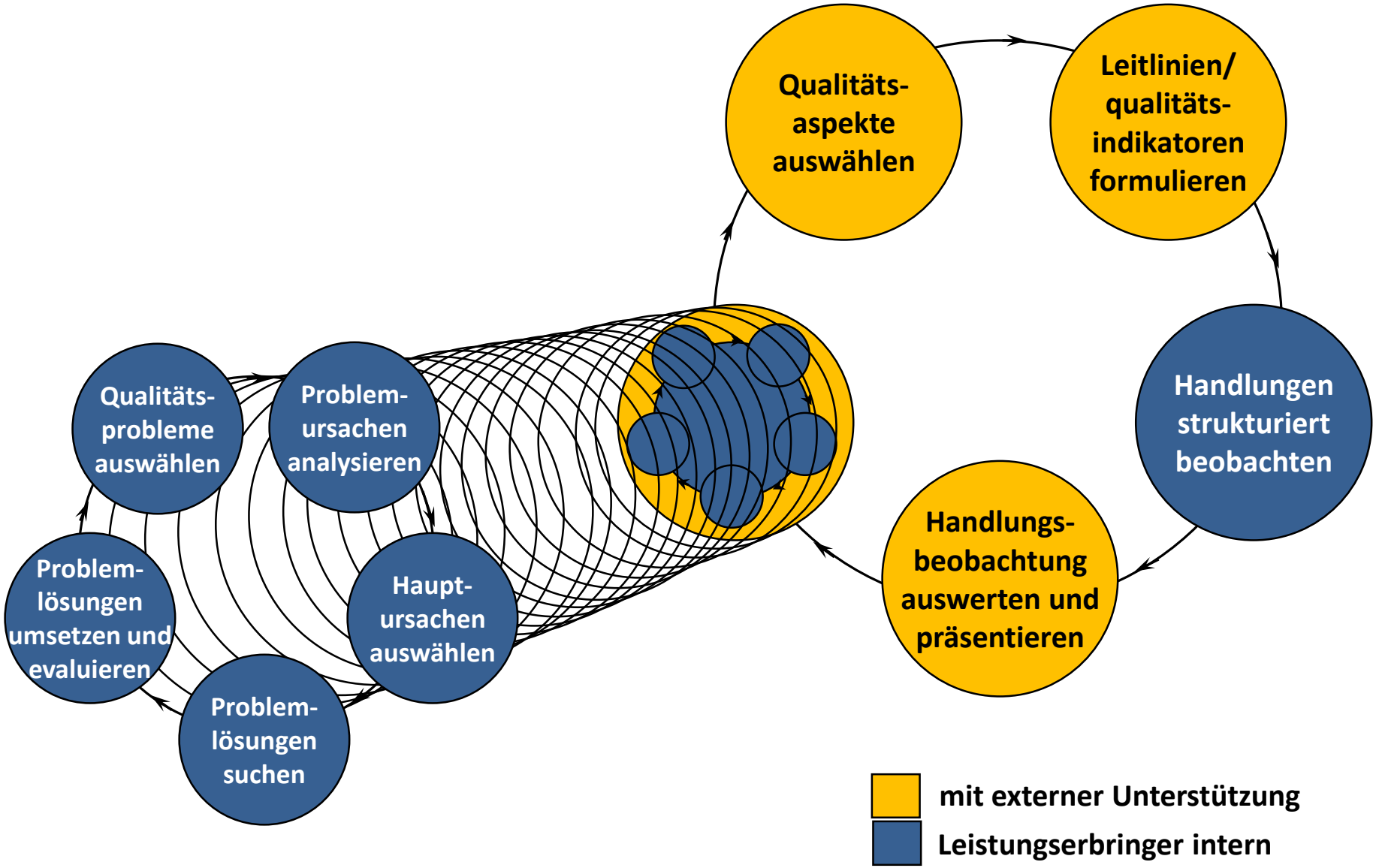
Nutzt Qualitätssicherung den Patienten

Dr. B. Misselwitz MPH

Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen GbR (LAGQH)
Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH)

Externe vergleichende Qualitätssicherung



Qualitätsmanagementzyklus nach Selbmann und Geraedts, IMI Tübingen 1997

	GQH Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen	LAGQH Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen
Träger	▪ Hessische Krankenhausgesellschaft e.V. ▪ Verbände der Krankenkassen in Hessen	▪ Hessische Krankenhausgesellschaft e.V. ▪ Verbände der Krankenkassen in Hessen ▪ Kassenärztliche Vereinigung Hessen ▪ Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen
Aufgaben	Umsetzung der gesetzlichen stationären QS-Verfahren (gemäß QSKH-RL und Landesvereinbarung)	Umsetzung der gesetzlichen QS-Verfahren gemäß DeQS-RL (vormals Qesü-RL)
Beteiligte Leistungs-erbringer	Zugelassene Krankenhäuser	Zugelassen Krankenhäuser, Vertragsärzte und MVZ
Anzahl QS-Verfahren	16 indirekte Bundesverfahren 2 Landesverfahren (SA/MRE)	3 indirekte Bundesverfahren (QS-WI, QS-PCI, QS-CHE)
Übergeordnete Gremien	Lenkungsausschuss	Gesellschafterversammlung Lenkungsgremium
Expertengremien	8 Fachausschüsse	3 Fachkommissionen

QS PCI

Qualitätssicherung Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)

QS PCI

LAGQH

- Erstes Qesü-/DeQS-Verfahren (Beginn 2016)
- „Sektorgleiche“ Qualitätssicherung
- 55.000 Fälle (2018) aus 38 Praxen und 68 Krankenhausstandorten in Hessen
- 14 Qualitätsindikatoren
  - Indikationsstellung
  - Dokumentationsqualität
  - Prozessqualität
  - Ergebnisqualität
- Geplant:
  - Follow-up-Indikatoren (N = 6) aus Sozialdaten der Krankenkassen (§ 301 SGB V)
  - Patientenbefragung

QS PCI: Strahlenbelastung und Kontrastmittelapplikation

LAGQH

Early release, published at www.cmaj.ca on February 7, 2011. Subject to revision.

CMAJ RESEARCH

Cancer risk related to low-dose ionizing radiation from cardiac imaging in patients after acute myocardial infarction

Mark J. Eisenberg MD MPH, Jonathan Afilalo MD MSc, Patrick R. Lawler MD, Michal Abrahamowicz PhD, Hugues Richard MSc, Louise F

See related commentary by Mercuri a

ABSTRACT

Background: Patients exposed to
izing radiation from cardiac ima
apeutic procedures after acu
infarction may be at increased ri

Methods: Using an administra
we selected a cohort of patien
acute myocardial infarction b
1996 and March 2006 and no
cer. We documented all cardia
therapeutic procedures involv
ionizing radiation. The primary
risk of cancer. Statistical analy
formed using a time-depende
adjusted for age, sex and exp
dose ionizing radiation from no
ing to account for work-up of ca

Arch Intern Med. 2008 Jun 23;168(12):1325-32.

Prevention, incidence, and outcomes of contrast-induced acute kidney injury.

Weisbord SD, Mor MK, Resnick AL, Hartwig KC, Sonel AF, Fine MJ, Palevsky PM.

Center for Health Equity Research and Promotion, VA Pittsburgh Healthcare System, Mail Stop 111F-U, 7E Room 120, Pittsburgh, PA 15240, USA. weisbordsd@upmc.edu

Abstract

BACKGROUND: Little is known about whether health care providers (physicians) implement preventive care for contrast-induced acute kidney injury (CIAKI). The objectives of our prospective cohort study were (1) to assess provider use of preventive strategies for CIAKI, (2) to determine the incidence of CIAKI, and (3) to examine the association of CIAKI with adverse outcomes at 30 days, including death, need for dialysis, and hospital admission.

METHODS: We prospectively identified patients with estimated glomerular filtration rates less than 60 mL/min/1.73 m(2) undergoing procedures with intravascular radiocontrast agents and recorded the use of intravenous fluids and N-acetylcysteine and the discontinuation of nonsteroidal anti-inflammatory medications. We measured postprocedure serum creatinine levels to quantify the incidence of CIAKI and tracked 30-day mortality and need for dialysis or hospitalization to evaluate the association of CIAKI with these outcomes.

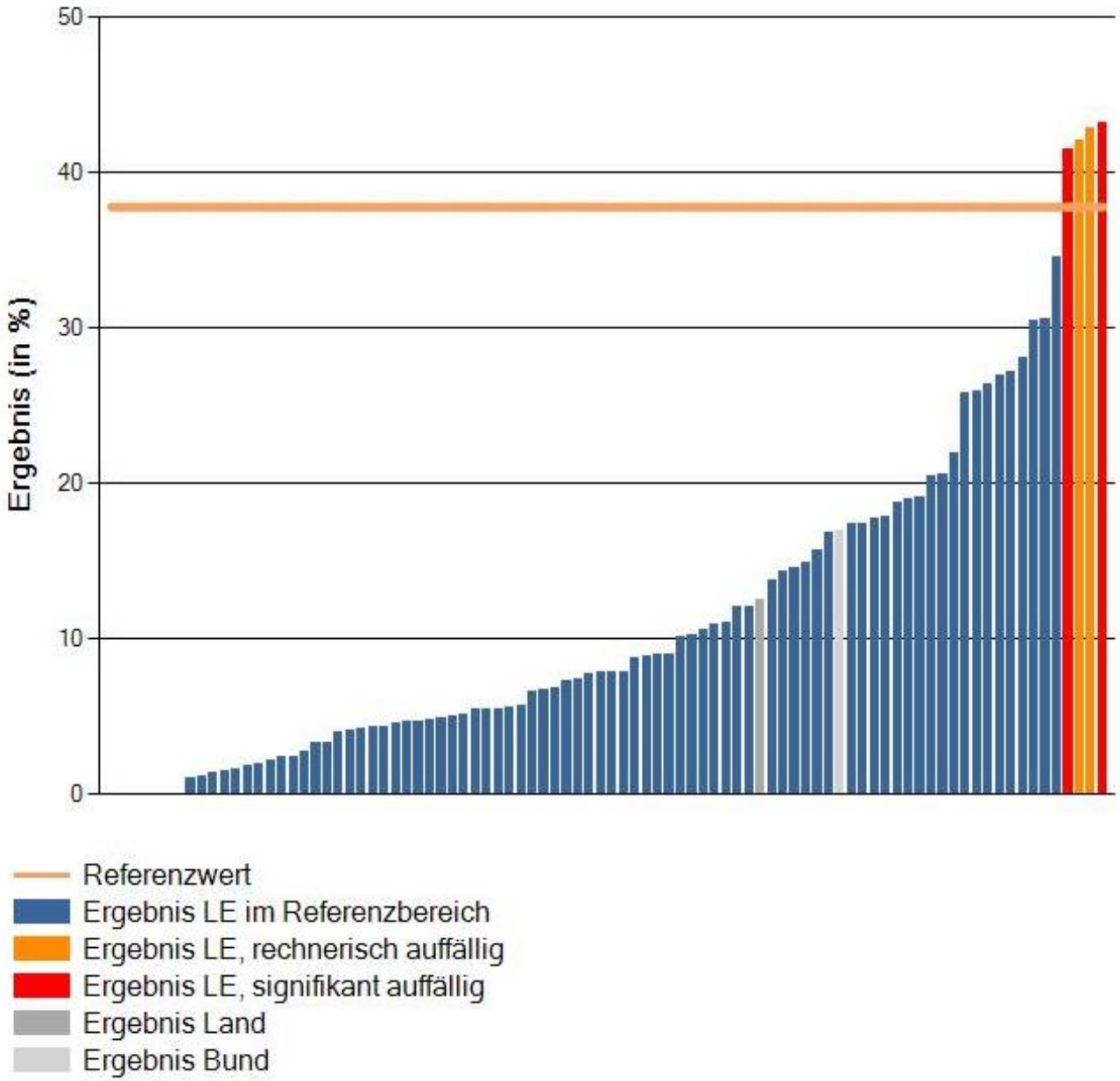
RESULTS: Preprocedure and postprocedure intravenous fluids were administered to 264 of 660 study patients (40.0%), more commonly with coronary angiography than with computed tomography (91.2% vs 16.6%, P < .001). N-acetylcysteine was administered to 39.2% of patients, while only 6.8% of patients using nonsteroidal anti-inflammatory drugs were instructed to discontinue the medication. In a propensity analysis, the use of intravenous fluids was associated with a reduced rate of CIAKI. The incidence of CIAKI was lowest following computed tomography (range, 0.0%-10.9%) and was highest following noncoronary angiography (range, 1.9%-34.0%). Eleven patients (1.7%) died, 1 patient (0.2%) required dialysis, and 83 patients (12.6%) were hospitalized; however, CIAKI was not independently associated with hospital admission or death.

CONCLUSIONS: Strategies to prevent CIAKI are implemented nonuniformly. Although biochemical evidence of CIAKI is relatively common, clinically significant CIAKI is rare. These findings should help health care providers focus the use of preventive care on the highest-risk patients and have important implications for future clinical trials.

QS PCI:
Strahlenbelastung bei Koronarangiographie

QI 56005:
Isolierte Koronarangiographie mit Flächen-Dosis-Produkt über 2.800 cGy x cm²

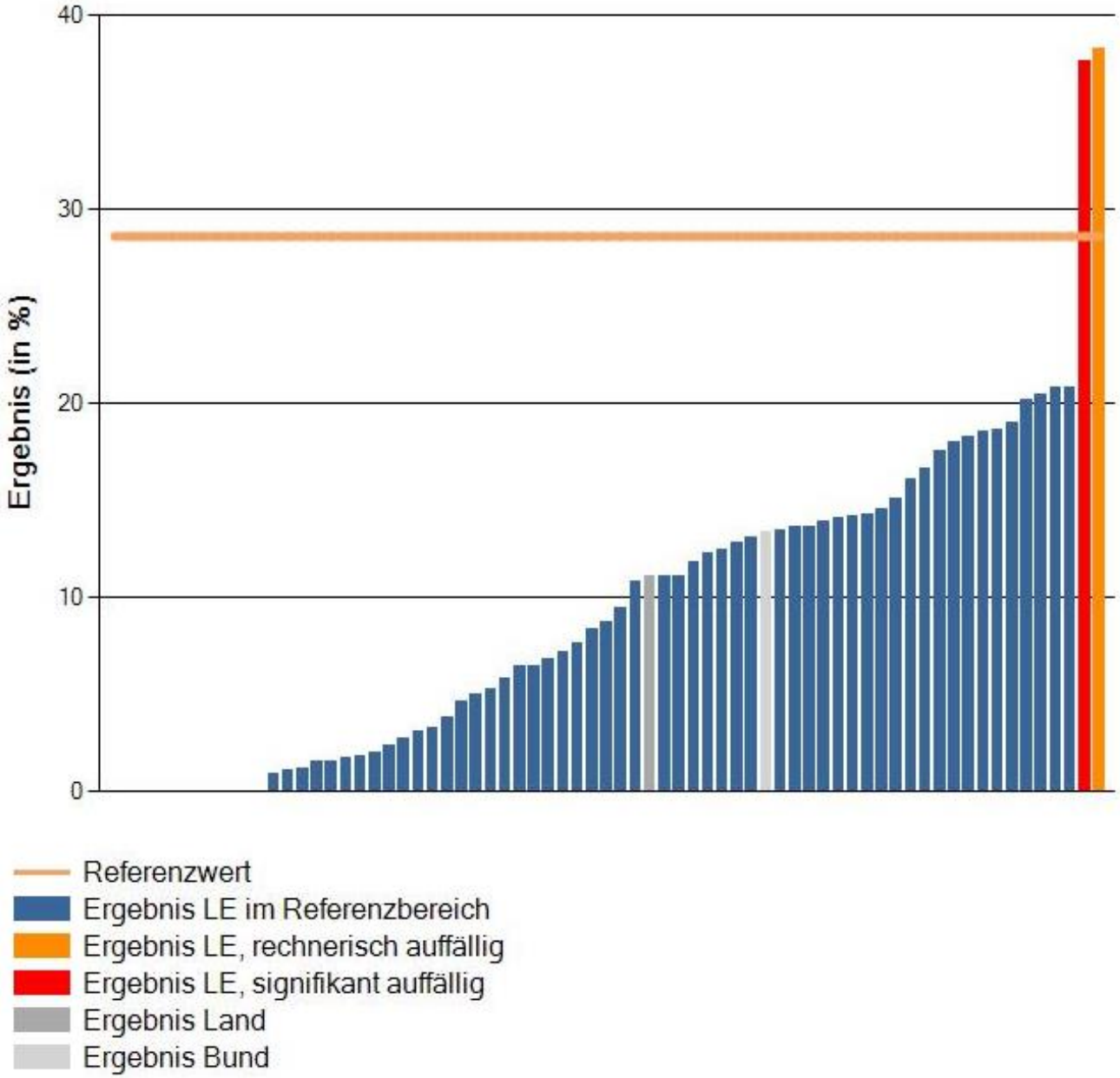
Ziel:
Möglichst niedriges Flächendosisprodukt



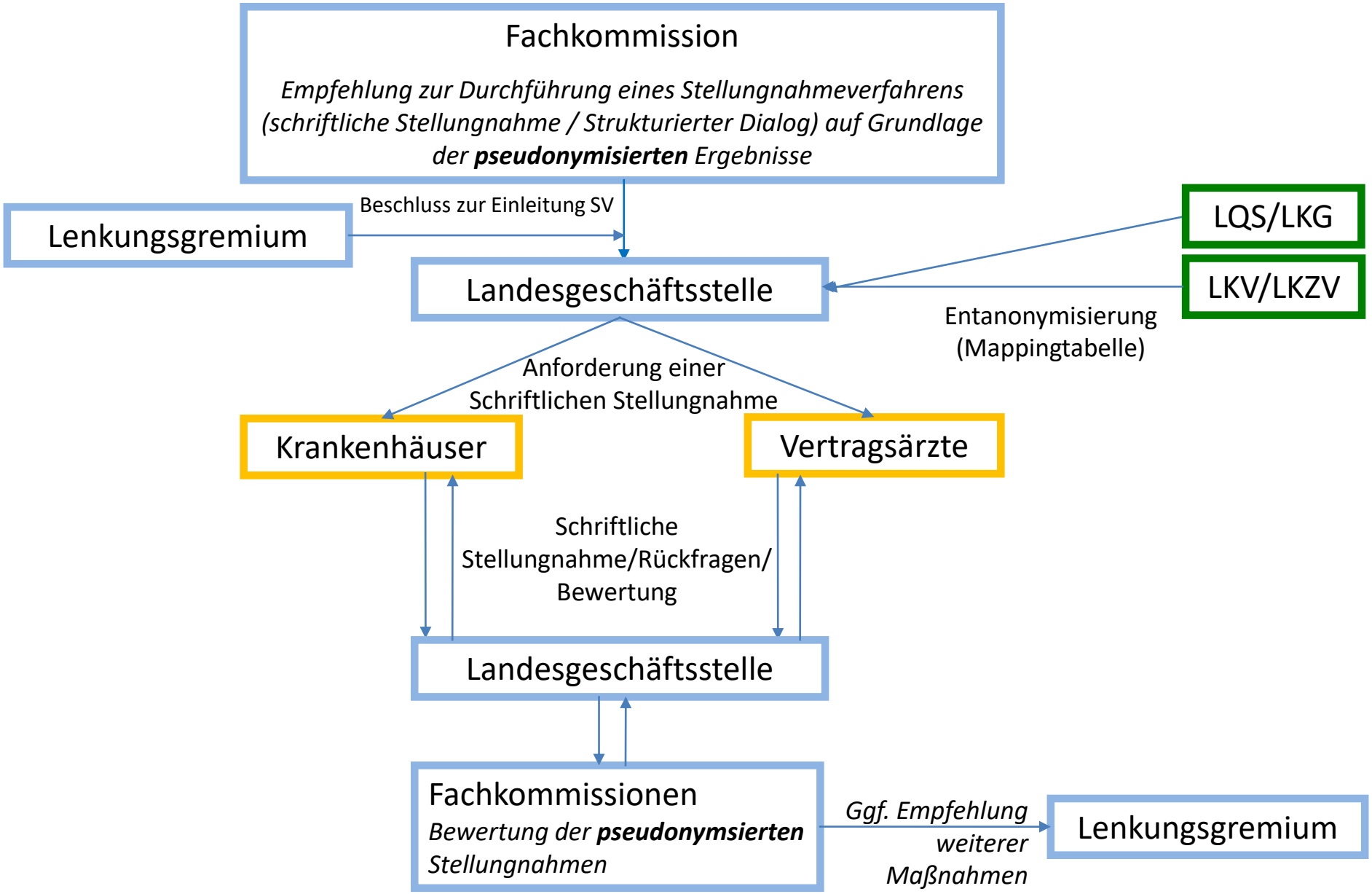
QS PCI:
Kontrastmittelmenge bei PCI

QI 56011:
Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge >250ml

Ziel:
Möglichst geringe Kontrastmittelmenge



QS PCI:
Durchführung des Stellungnahmeverfahrens



GQH

QS Schlaganfall

Akutversorgung, Frührehabilitation, Weiterführende Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung

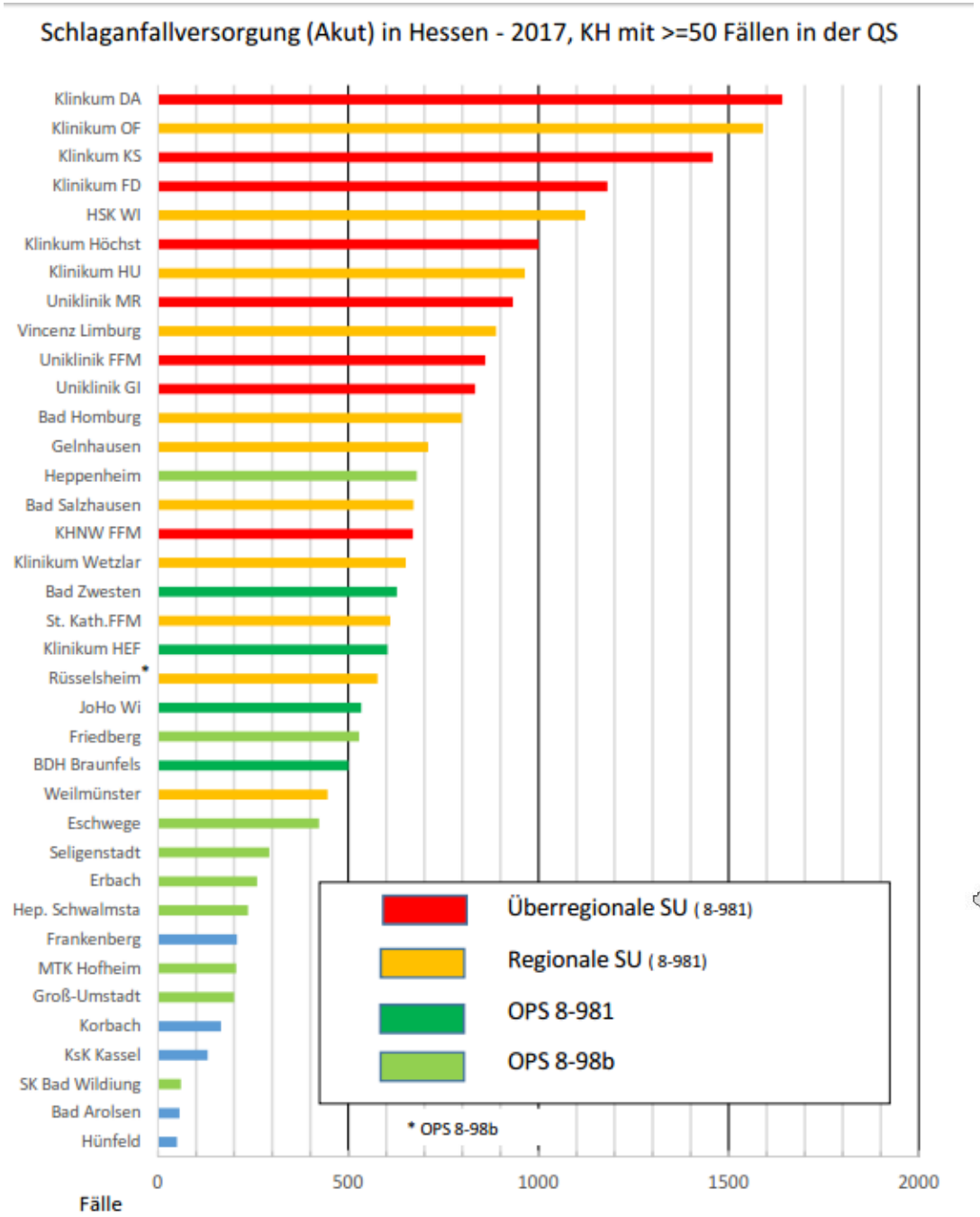
QS Schlaganfall

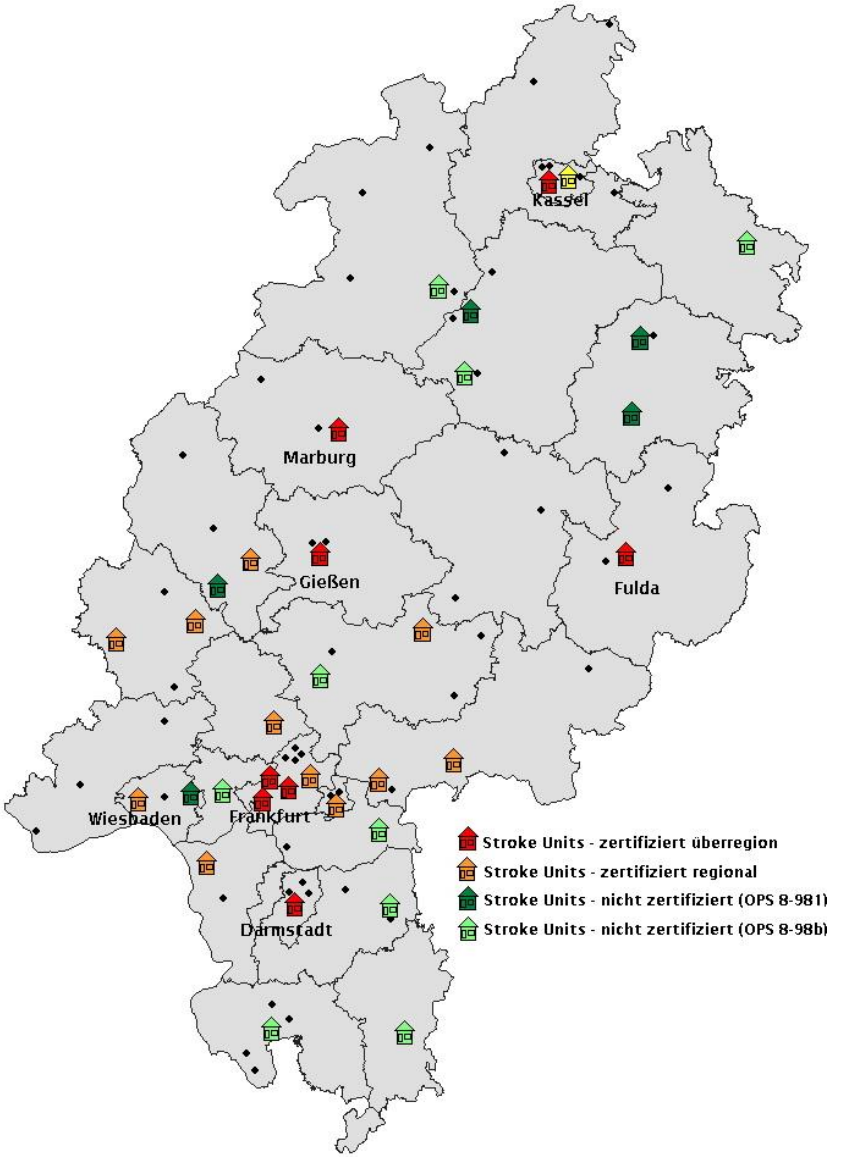
GQH

- Landesverfahren (Beginn 1996)
- Sektorenübergreifend (Phasen A-D)
- 25.000 Akutfälle, 2.500 Frühreha-Fälle und 8.500 Reha-Fälle aus 130 Klinik-Standorten
- 27 Qualitätskennzahlen im Akutbereich, primär zur Überprüfung der Prozessqualität
- Darstellung der Versorgungsqualität

GQH

2017 wurden mehr als 95% der akuten Schlaganfälle auf in KH mit Stroke-Unit behandelt

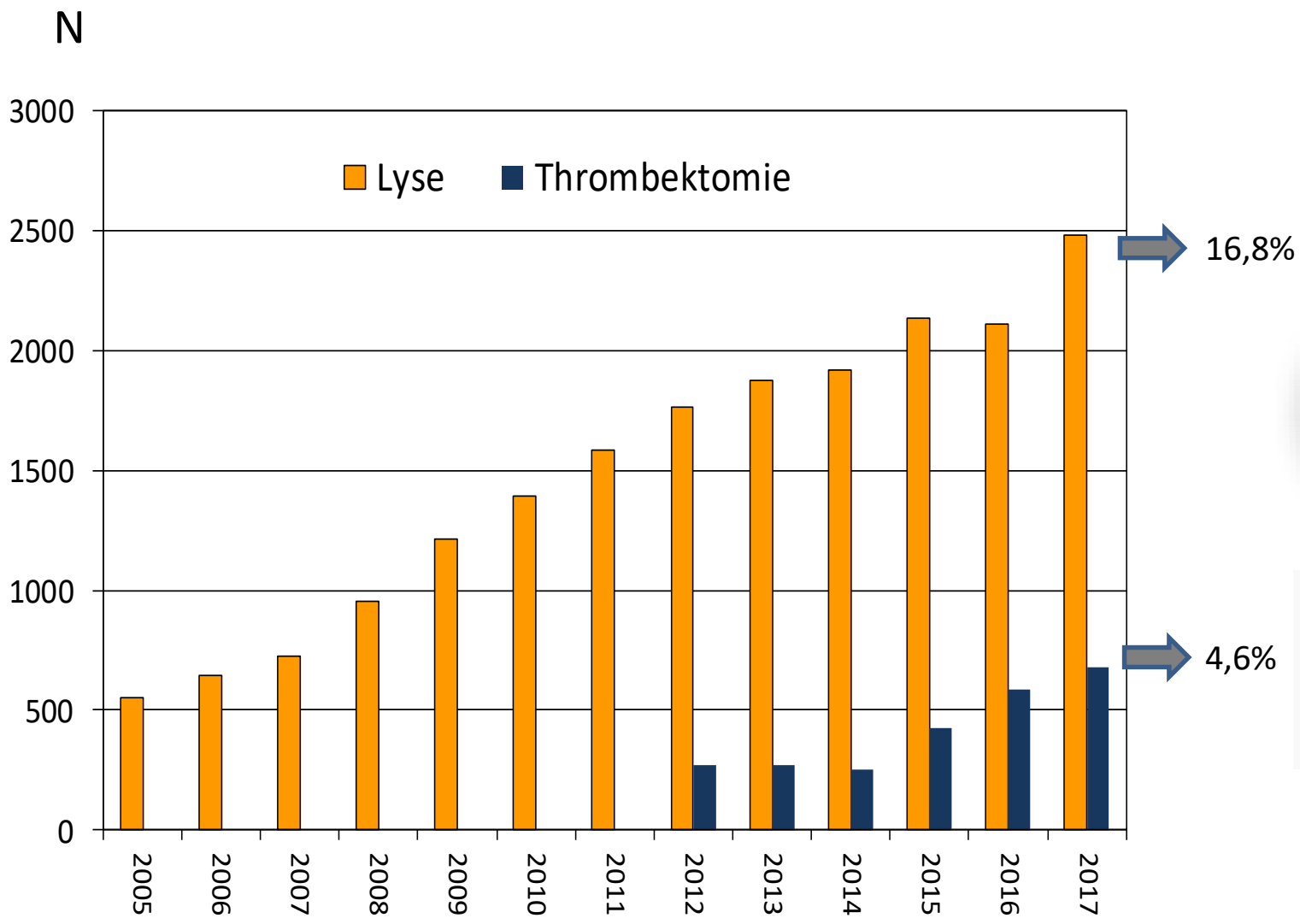


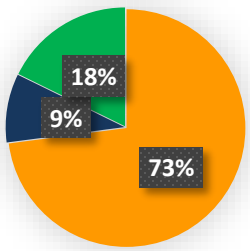


© GQH 2018

QS Schlaganfall:
Rekanalisation bei Hirninfarkt

Entwicklung in Hessen (N = ca. 15.000/Jahr)





nur Lyse

nur Thrombektomie

Kombination

NEUROLOGIE

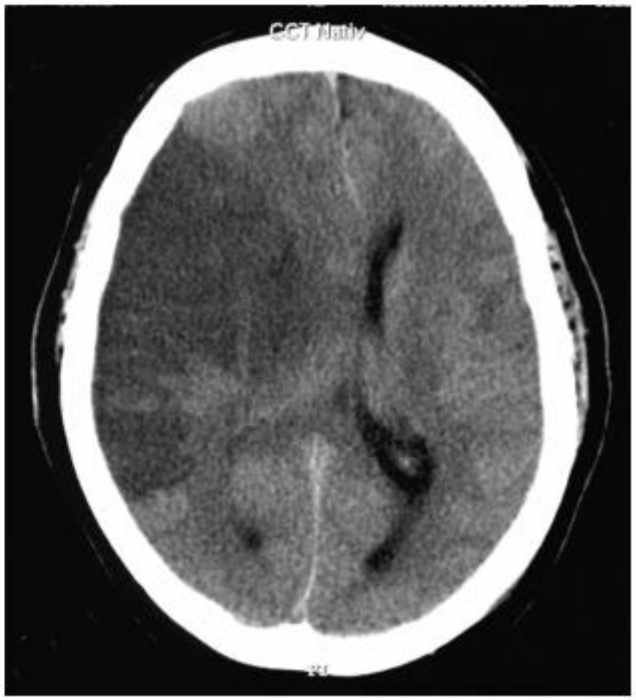
Hirninfarkt „Time is brain“

Bei einem Patienten mit einem territorialen Hirninfarkt

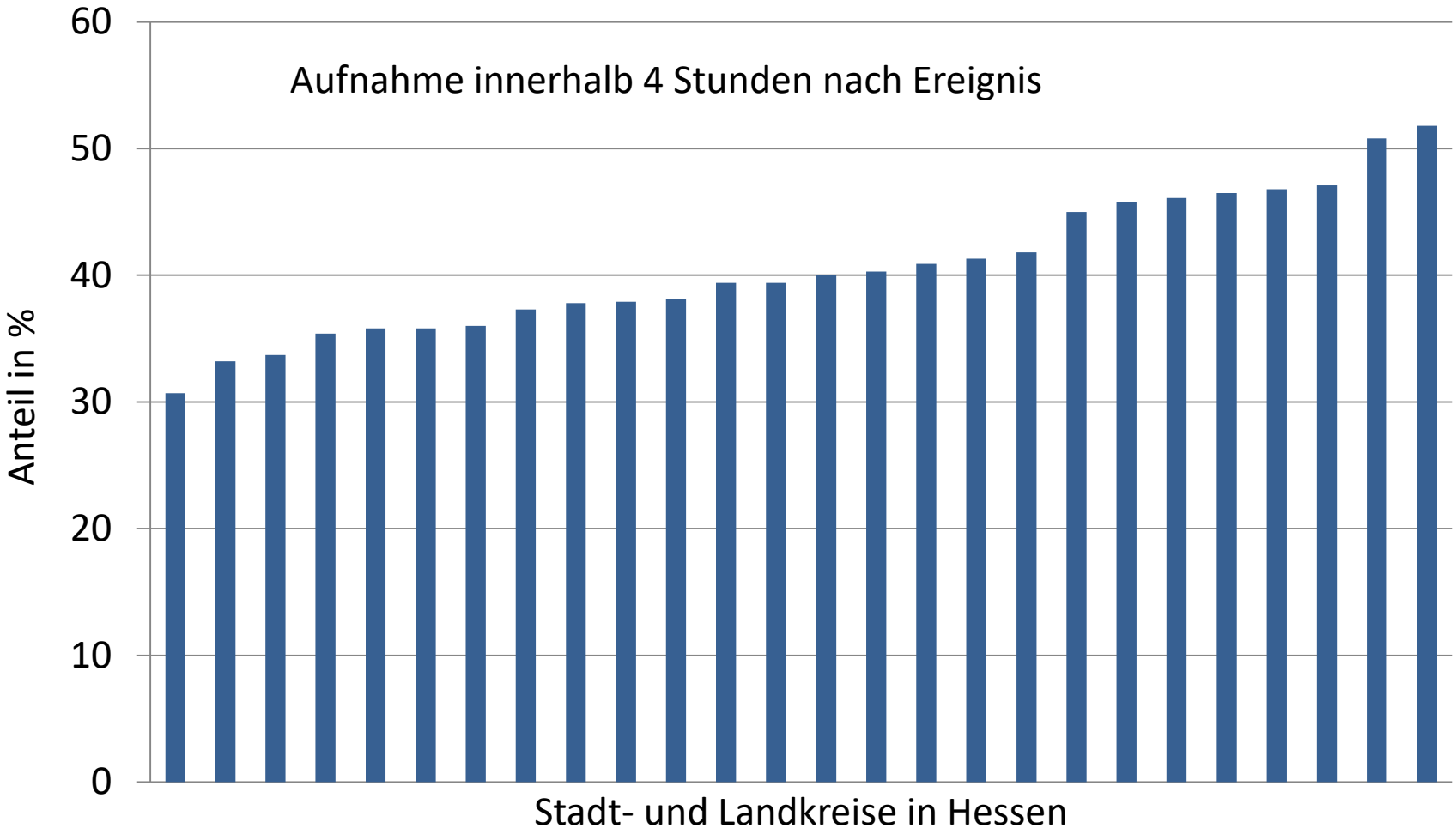
werden **in jeder Minute**

- 1,9 Millionen Neurone
- 12 km Faserverbindungen

zerstört



QS Schlaganfall:
Zeitintervall Ereignis-Aufnahme bei Hirninfarkt
bezogen auf Wohnort (Kreis)



QS Schlaganfall:
Qualitätsindikatoren Akutversorgung

GQH

ADSR* – Qualitätsindikatoren
Behandlung auf Stroke-Unit
Primärdiagnostik: Erste Bildgebung, Frühzeitige Gefäßdiagnostik, Screening für Schluckstörungen
Primärtherapie: Thrombolyse, Door-to-needle-time, Intraarterielle Therapie (IAT), Door-to-punkture-time, Frühzeitige Verlegung zur IAT, Erreichen des Rekanalisationsziels
Rehabilitation: Physiotherapie, Logopädie, Mobilisierung
Sekundärprophylaxe: Thrombozytenaggregationshemmer, Antikoagulation bei Vorhofflimmern, Antihypertensiva bei Entlassung, Station-Gabe bei Hirninfarkt, Karotisrevaskularisation bei symptomatischer Karotisstenose
Komplikationen: Pneumonie bei Patienten mit Hirninfarkt, Todesfälle bei Patienten mit Hirninfarkt, Sterblichkeit nach Rakanalisation
Nachbehandlung: Entlassungsziel Rehabilitation von Patient(inn)en mit alltagsrelevanten Behinderungen

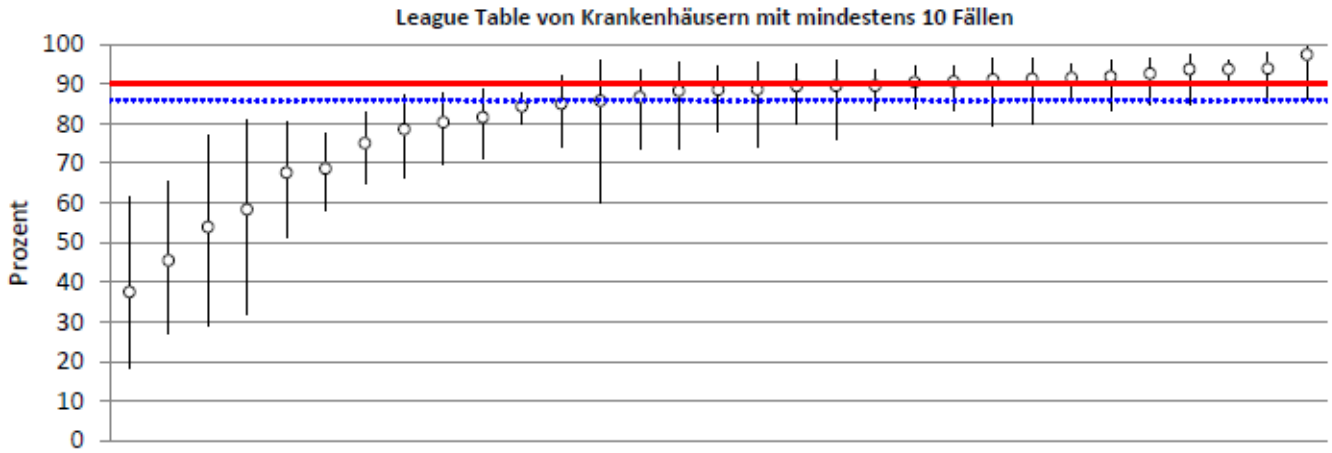
*Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfall-Register

QS Schlaganfall:
Door-to-needle-time

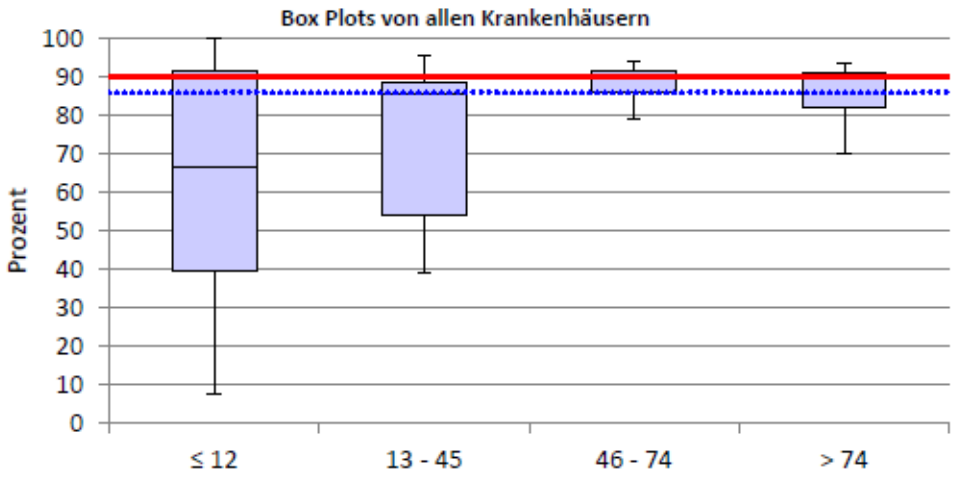
GQH

KNZ: 16-002
Door-to-needle-time
<= 1 Stunde

Ziel:
Möglichst geringe Zeit zwischen Aufnahme und Lyse



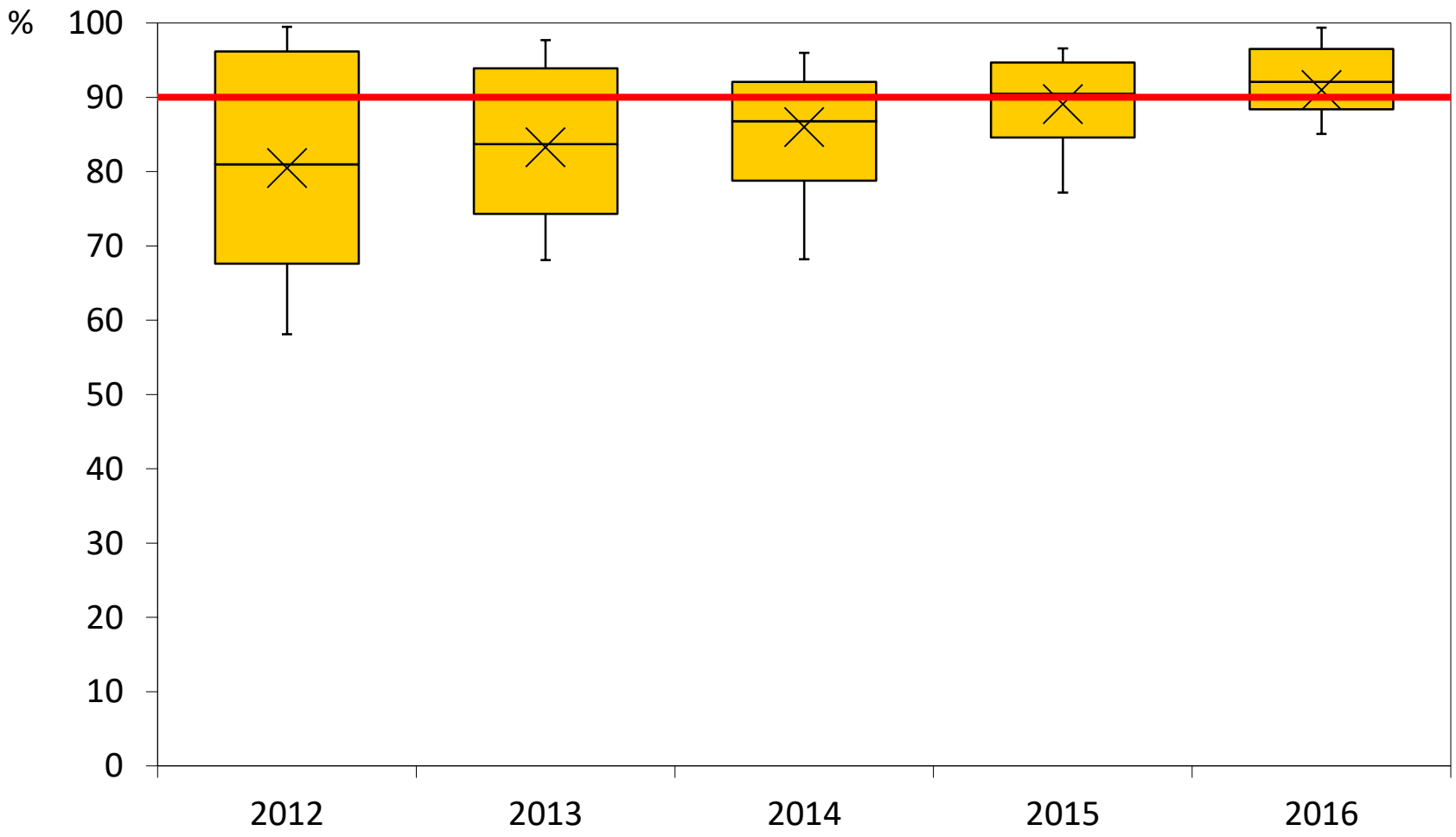
Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	37,5	58,3	79,4	88,5	81,9	91,2	93,7	97,4



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 12	10
13 - 45	11
46 - 74	9
> 74	10

QS Schlaganfall:
Entwicklung Door-to-needle-time

Entwicklung in Hessen



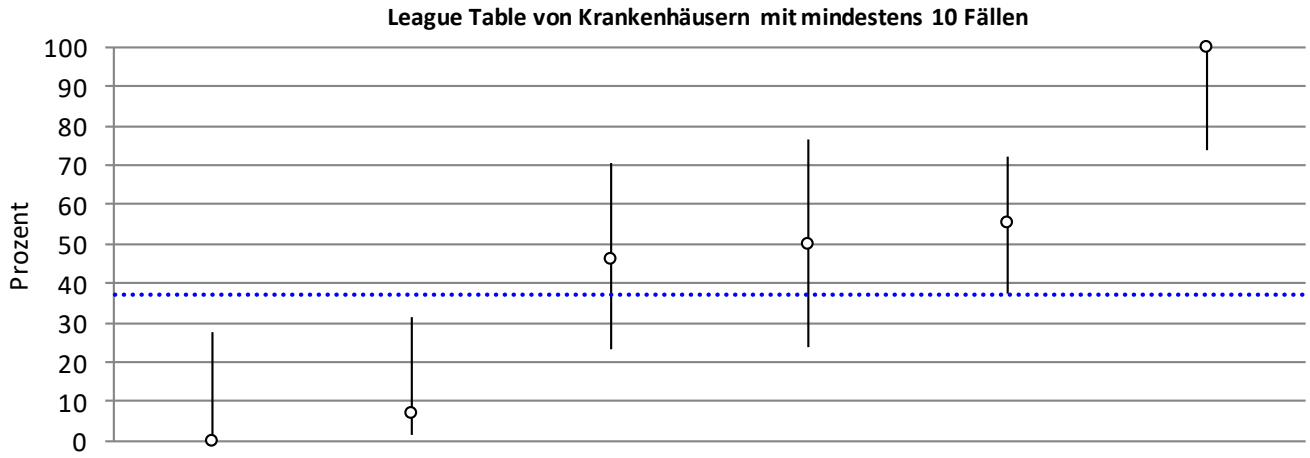
QS Schlaganfall:
Frühzeitige Verlegung zur intraarteriellen Therapie

KNZ: 26-001

Frühzeitige Verlegung zur intraarteriellen Therapie innerhalb von 60 Minuten nach Bildgebung

Ziel:

Möglichst geringe Zeit zwischen Bildgebung und Verlegung in ein Zentrum
(bei Thrombektomiekandidaten)



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	3,6	16,9	48,1	43,1	54,2	77,8	100,0

GQH

MRE-Projekt

Qualitätssicherungsmaßnahme zur Analyse der Prävalenz multiresistenter Erreger (MRE) in hessischen Krankenhäusern sowie Maßnahmen zur Reduktion vermeidbarer Infektionen durch MRE

Studie zu Todesursachen

Resistente Keime bald gefährlicher als Krebs

Laut eine … an Krebs. Die wachsen

[redacted]

Medizin

Der Kampf gegen multiresistente Keime

Sie könnten den me… bedrohen: Einige M… in den Ställen der M… multiresistenten Er…

[redacted]

itik Gesellsch…

GESUNDHEIT NEUE UNTERSUCHUNG

Millionen Tote durch multiresistente Keime möglich

03.06.2015 | Lesedauer: 2 Minuten

Wenn ein Krankenhaus zu lax mit der Hygiene ist, können sich schnell gefährliche

SPIEGEL ONLINE SPIEGEL+ Anmelden

Menü | Politik Meinung Wirtschaft Panorama Sport Kultur Netzwelt Wissenschaft mehr

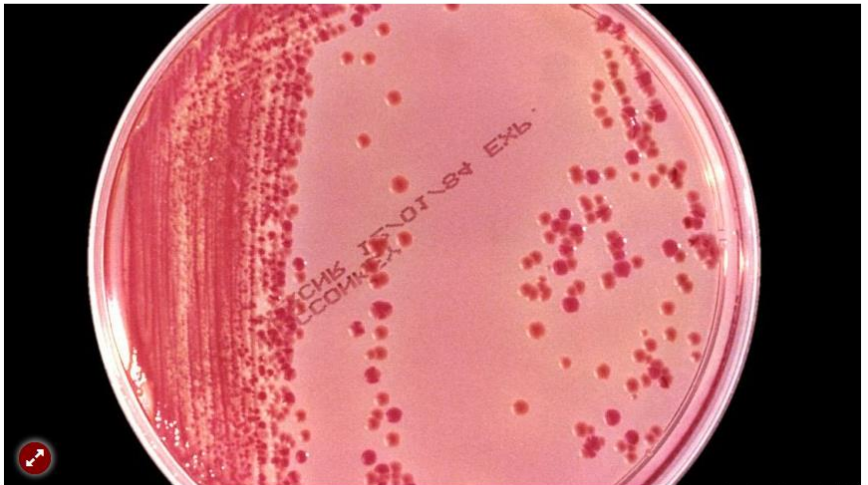
GESUNDHEIT Schlagzeilen | DAX 11.658,51 | Abo

Nachrichten > Gesundheit > Diagnose & Therapie > Globale Gesellschaft > Antibiotika-Resistenz: Extrem resistenter Krankenhauskeim breitet sich …

Antibiotikaresistenz

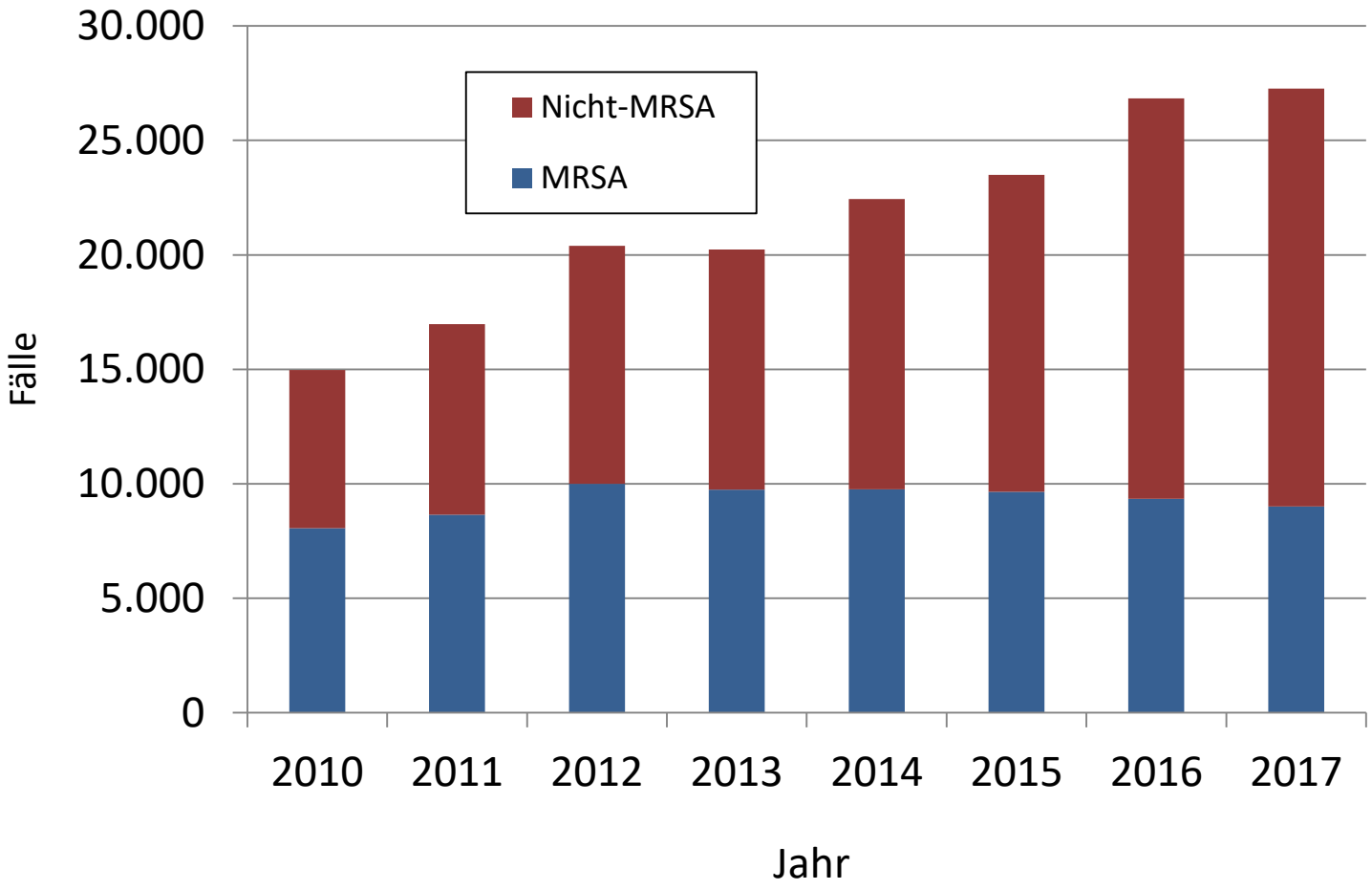
Auf der Spur des Superkeims

Gegen das Darmbakterium Klebsiella pneumoniae sind Ärzte meist machtlos. Die Zahl der Todesfälle hat sich in Europa innerhalb weniger Jahre versechsfacht. Nun haben Forscher den Ursprung des Übels ausgemacht.



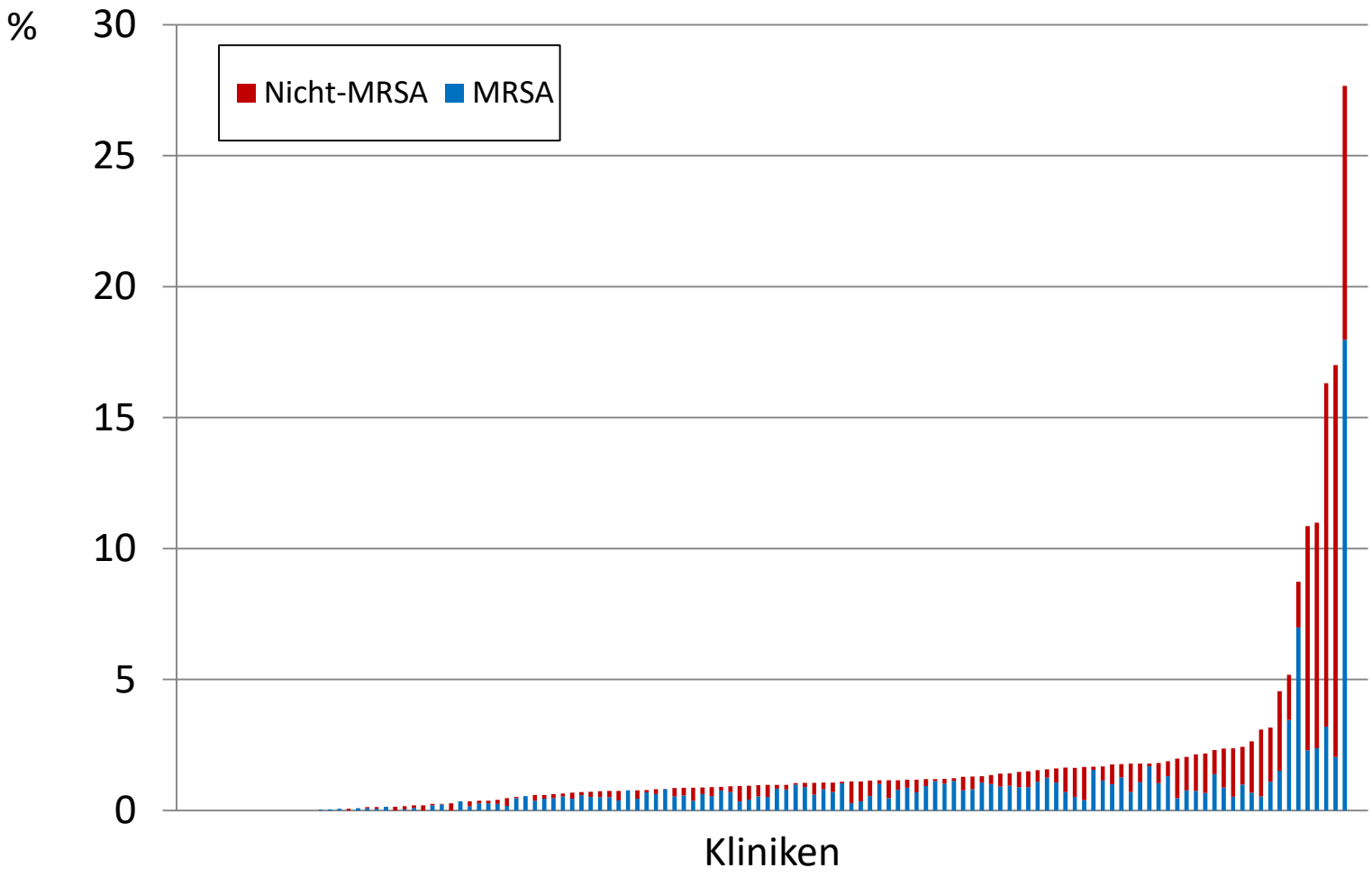
MRE-Fälle (U80) in hessischen Krankenhäusern

Anteil an allen vollstationären Fällen (insgesamt 2,1%)



MRE-Fälle (U80) in hessischen Krankenhäusern 2017

Anteil an allen vollstationären Fällen (insgesamt 2,1%)



Bestehende Gesetze/Verordnungen/Maßnahmen bzgl. Hygiene, Nosokomiale Infektionen und MRE in hessischen Krankenhäusern

GQH

- Infektionsschutzgesetz
- Hessische Hygieneverordnung
- KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System)
- Empfehlungen der KRINKO (RKI)
- MRE-Netzwerke (Rhein-Main, Süd-, Mittel-, Nord- und Ost-Hessen)
- Aktion „Saubere Hände“
- MRE-Siegel (Krankenhäuser in Frankfurt)
- Weiterbildungsordnung (Zusatzweiterbildung Krankenhaushygiene)
- Initiativen und QM in diversen hessischen Krankenhäusern
- …

MRE-Projekt

GQH

- Landesverfahren mit Beteiligung des HMSI
- 7.100 MRSA-Fälle und 250 4MRGN-Fälle* aus 103 Krankenhäusern
- Schlankes, flexibles Verfahren mit geringer Dokumentationslast
- 4 Prozessindikatoren / 8 Inzidenzkennzahlen
- Auswertungen und Strukturierter Dialog quartalsweise
- (Vorerst) Befristung bis 2021

*Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter-baumanii

MRE-Projekt:
Projektschritte

GQH

Analyse

- Standortbezogene Strukturerhebung
- Fallbezogene Datenerhebung/Dokumentation
- Datenanalyse und Definition von Qualitätsindikatoren
- Quartalsweise Datenauswertung (Prozess-QI)

Trans-parenz

- Übermittlung der Ergebnisberichte an die Krankenhäuser
- Berichterstattung an Lenkungsausschuss (LA) und HMSI
- regelmäßige Veranstaltungen für Kliniken und Gesundheitsämter
- Artikel in UHA und Loseblattwerk veröffentlicht

Maß-nahmen

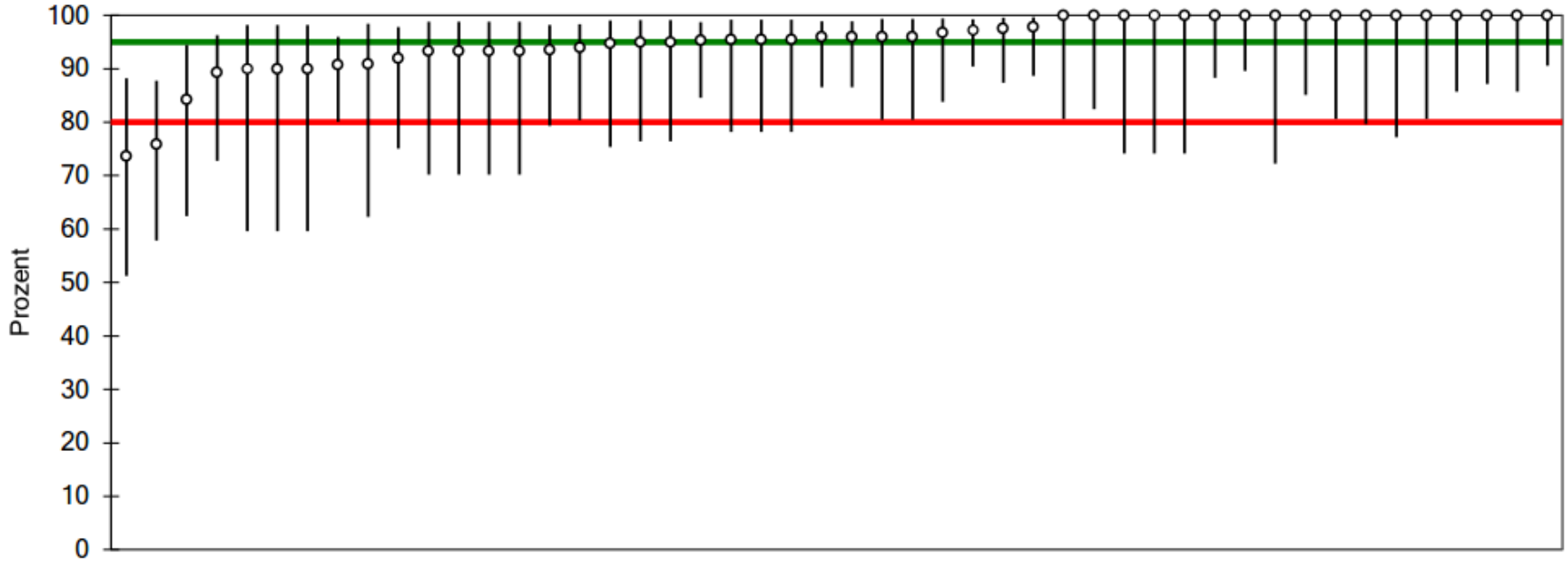
- Durchführung des Strukturierten Dialoges bei rechnerisch auffälligen Krankenhäusern (quartalsweise bzw. jährlich)
- Berichterstattung über die (Zwischen-)Ergebnisse des Strukturierten Dialoges und die ergriffenen Maßnahmen an den erweiterten LA

MRE-Projekt:
Prozessindikatoren

GQH

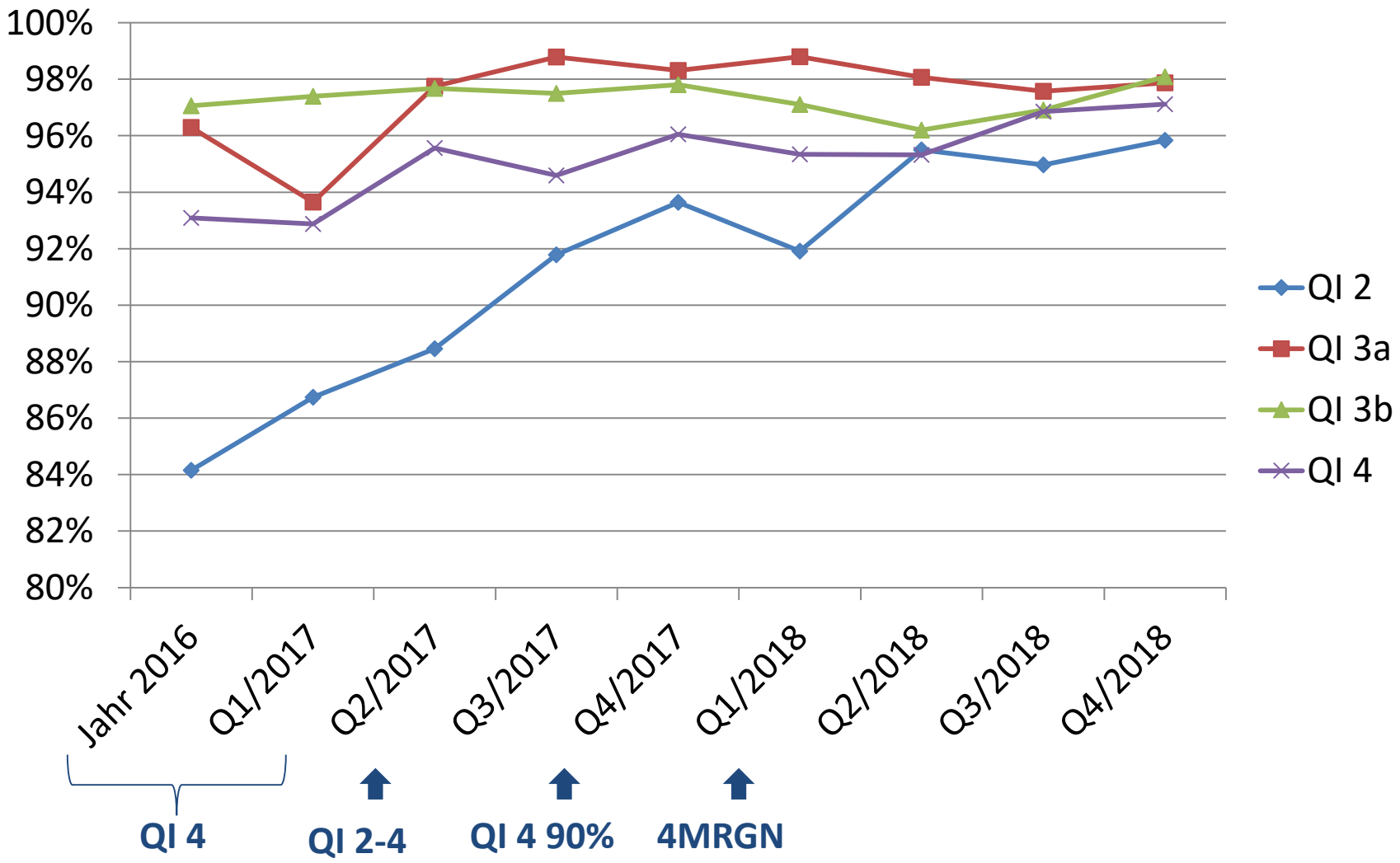
Nr.	Qualitätsindikator
1/5	**Inzidenz der nosokomialen MRE-Fälle pro 1000 Belegungstage**
2	Anteil der MRSA-Fälle mit asymptomatischer Kolonisation, bei denen eine **Dekolonisierung** begonnen/durchgeführt wurde
3a/b	Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle mit bei Aufnahme bekanntem MRE-Status bzw. im Aufnahmescreening festgestellter Kolonisation/Infektion, **die isoliert wurden**
4	Weiterbehandelnde Ärzte nachweislich **informiert**

MRE-Projekt:
Ergebnisse der prozessorientierten Kennzahl 4: Weiterbehandelnde Ärzte nachweislich informiert



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	73,70	90,00	93,30	96,00	95,20	100,00	100,00	100,00

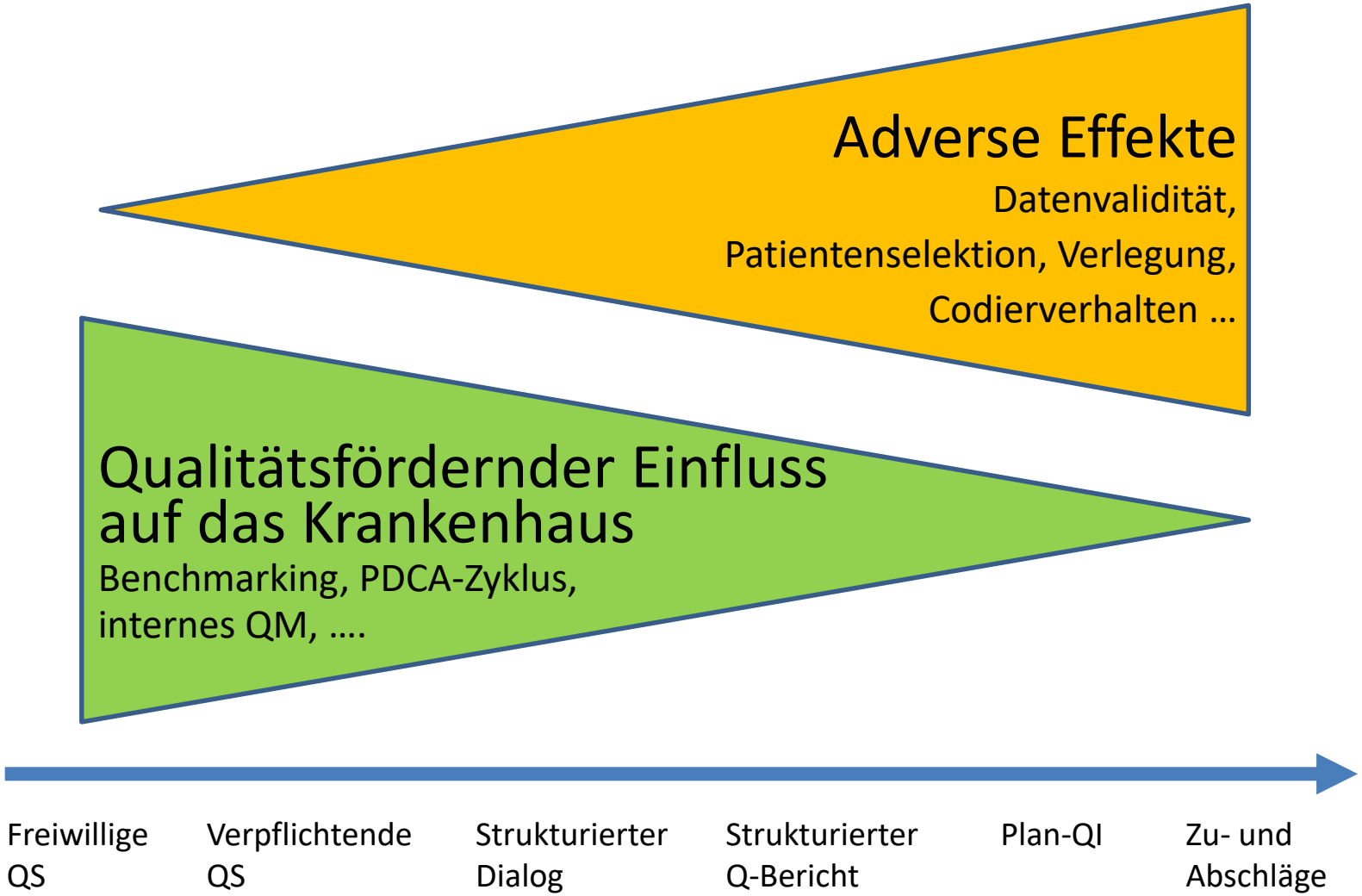
MRE-Projekt:
Entwicklung Prozess-QI



Epilog

Mögliche Risiken und unerwünschte Nebenwirkungen der Qualitätssicherung

Mögliche (Fehl-)Entwicklung im Rahmen der Qualitätssicherung



Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!

Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen GbR (LAGQH)
www.lagqh.de, info@lagqh.de

Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH)
www.gqhnet.de, mail@gqhnet.de

Frankfurter Str. 10-14
65760 Eschborn