

# Wem nutzen Patientensicherheitsindikatoren?

Nachdenken über einen internationalen Status und  
seine Spezifizierung für das deutsche  
Gesundheitswesen

Workshop am 3.09.11 im Rahmen des ENNA Kongresses  
mit Silke Kuske und Ulrike Toellner-Bauer

# Agenda

- Was ist ein Indikator?
  - Definition
  - Warum brauchen wir Indikatoren?
- Sicherheitsprobleme in der Pflege erkennen
  - Behandlungsfehler
  - Problemfelder
- Patientensicherheitsindikatoren
  - Definition
  - Anwendung anhand eines Beispiels



# Agenda

---

1

## Was ist ein Indikator?

- **Definitionen**
- **Warum brauchen wir Indikatoren**

# Was ist ein Indikator

---

- Ein ist ein quantitatives oder qualitatives Maß dafür, wie nahe die Erreichung eines festgelegten Ziels ist
- Mit Hilfe von Indikatoren können **Leistungen** über
- Bevölkerungsgruppen oder
- geografische Gebiete

hinweg analysiert und verglichen werden

## QUALIFY: Gütekriterien und Kategorien

	Methodisches Gütekriterium
Relevanz	Bedeutung des mit dem Qualitätsindikator erfassten Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem
	Nutzen
	Berücksichtigung potenzieller Risiken / Nebenwirkungen
Wissenschaftlichkeit	Indikatorevidenz
	Klarheit der Definitionen (des Indikators und seiner Anwendung)
	Reliabilität
	Statistische Unterscheidungsfähigkeit
	Risikoadjustierung
	Sensitivität
	Spezifität
Praktikabilität	Validität
	Verständlichkeit und Interpretierbarkeit für Patienten und interessierte Öffentlichkeit
	Verständlichkeit für Ärzte und Pflegende
	Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung
	Datenverfügbarkeit
	Erhebungsaufwand
	Implementationsbarrieren berücksichtigt
	Die Richtigkeit der Daten kann überprüft werden
Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden	
Die Vollzähligkeit der Daten kann überprüft werden	

# Was ist ein Indikator

---

Ein Indikator ist **kein** direkter Maßstab für Qualität, es ist vielmehr ein **tool** (Werkzeug), das benutzt werden kann, um die Qualität der Leistungen einzuschätzen und die Aufmerksamkeit auf potentielle Probleme, die vielleicht einer intensiveren Betrachtung innerhalb der Organisation bedürfen, zu lenken.

Quelle: JCAHO (1990): Primer on Indicator Development and Application – Measuring Quality in Health Care)



# Was ist ein Indikator

---

„Ein Indikator ist ein gut messbarer Parameter, der definierte unerwünschte Ereignisse valide vorhersagt.“  
(Schrappe, 2001, 2004)

Qualitätsindikatoren sind **Hilfsgrößen**, die die Qualität einer Einheit durch Zahlen, bzw. Zahlenverhältnisse indirekt abbilden.  
Mann könnte Sie auch als qualitätsbezogene Kennzahlen bezeichnen.

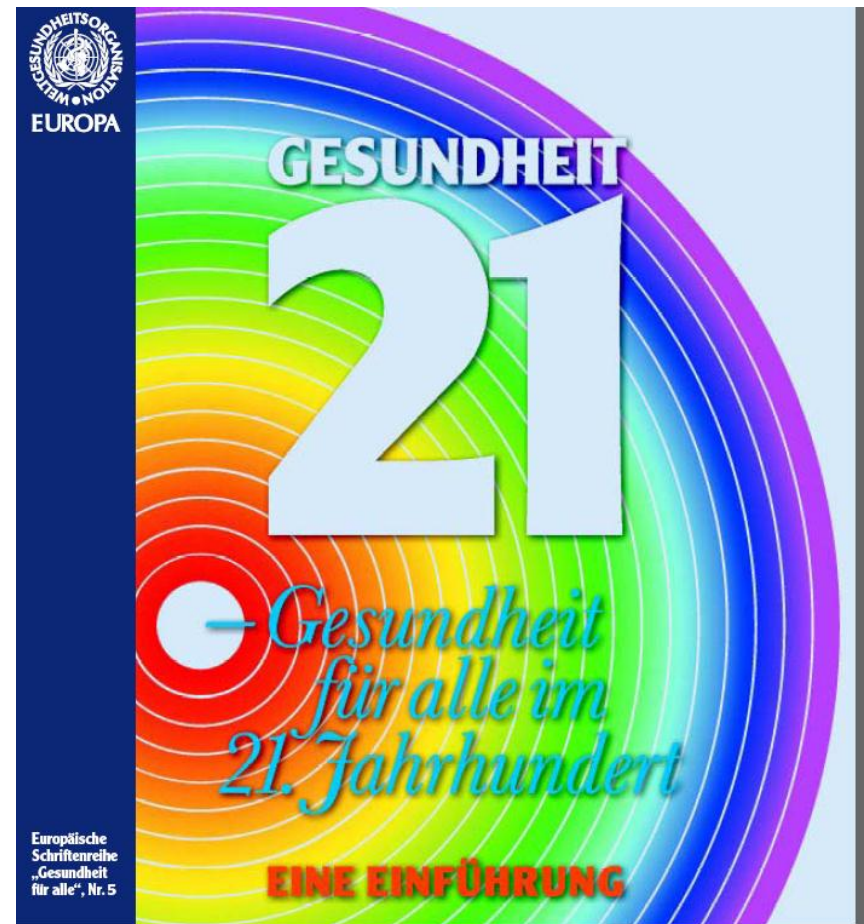
(Pietsch-Breitfeld et al. 1996)



# Warum brauchen wir Indikatoren

---

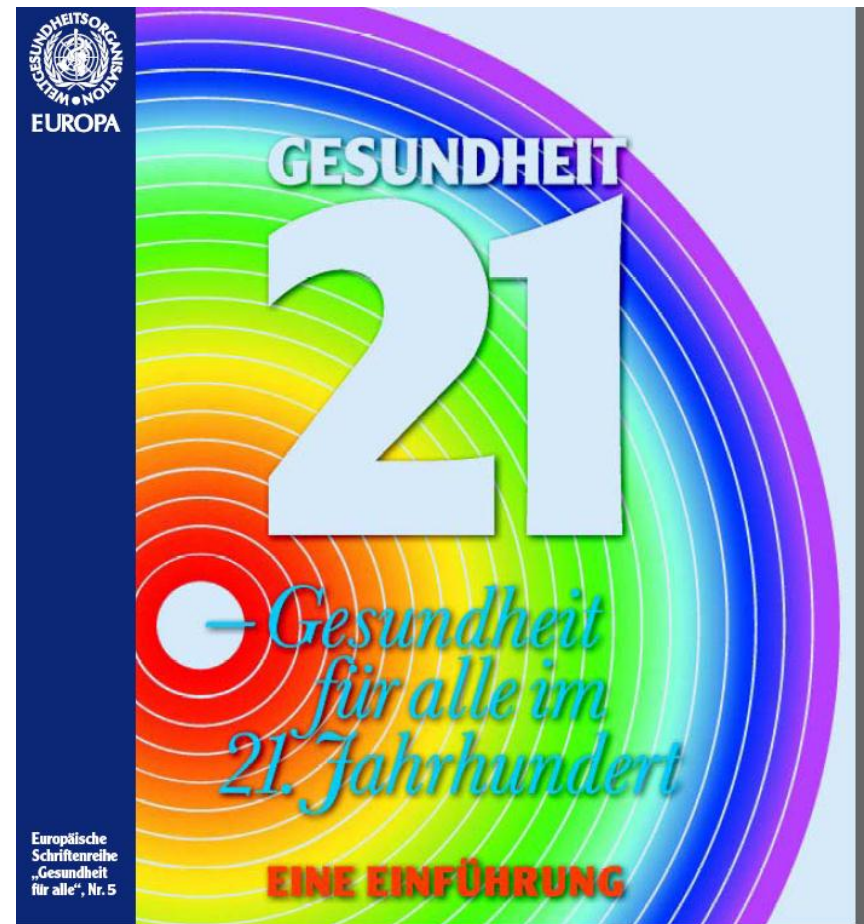
- ‚Chancengleichheit im Gesundheitsbereich‘ und ‚Gesundheit und Lebensqualität‘
- weltweit zehn Risikofaktoren
- ca. 40% der Todesfälle und der durch Behinderung beeinträchtigten



# Warum brauchen wir Indikatoren

---

- chronischen Erkrankungen von denen mindestens 50 von 100 000 Menschen betroffen sind.
- Sie sind die Ursache von 86 % aller Todesfälle in der EU und können vermieden werden
- Ausbau und gleichmäßigere EU-weite Verteilung des Zugangs zu wirksamen Behandlungen einen deutlichen gesundheitlichen und wirtschaftlichen Nutzen für alle EU-Länder bringen.



# Warum brauchen wir Indikatoren

Lebensjahre (DALY – Disability Adjusted Life Years):

- Unterernährung,
- unzureichende Trinkwasserversorgung
- und schlechte sanitäre Bedingungen,
- unzureichende persönliche und Wohnhygiene,
- ungeschützter Geschlechtsverkehr,
- Tabak- und Alkoholmissbrauch,
- schädliche berufliche Exposition,
- Bluthochdruck,
- Bewegungsmangel,
- illegale Drogen
- und Luftverschmutzung.

		Zugang	Qualität	Nachhaltigkeit
Primär (P)	EU	Säuglingssterblichkeit		Pro-Kopf Ausgaben: Insg., ambulant, stationär, Arzneimittel
		Lebenserwartung		Gesundheitsausgabenquote
	N	Gesundheitserwartung	Impfrate bei Kindern	Private/öffentliche Gesundheitsausgaben
		Versicherungsschutz bei Krankheit		Anteil Selbstzahlung an den Gesundheitsausgaben
Sekundär (S)	EU			
	N	Krankheitsbedingte Einschränkungen		
Kontext (K)	EU	Subjektiver Gesundheitszustand		Projektion der öffentl. Gesundheitsausgabenquote
		Akutbetten		Projektion der Ausgabenquote für Langzeitpflege
	N	Ärzte		
		Krankenschwestern, Pflegekräfte		
Zusatzindikatoren (Z)		Krankenhausbetten, Vorsorge- und Rehabetten	Nosokomiale Infektionen	Anteil Selbstzahlung am BIP
		Auslastung, Verweildauer	Perinatalsterblichkeit	Versorgung mit Langzeitpflege
		Haus-, Fach-, Zahnärzte		Förderung von Prävention, Gesundheit
		Apotheker		
		Arzt-, Facharzt-Zahnarztkontakte		

# Warum brauchen wir Indikatoren

---

- Optimierung der Zuverlässigkeit und Vergleichbarkeit nationaler Statistiken,
- gute Orientierungshilfe im Hinblick auf die Wirksamkeit der politischen Strategie nutzen zu können;
- Sensibilisierung der Öffentlichkeit und zur Prävention von Krankheiten,
- aktiv an Gruppen oder Einzelpersonen mit hohem Risiko richten;
- systematische Integration von politischen Strategien und Maßnahmen zum Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit

Tabelle	
Themenfelder des Länder-Indikatorensatzes	
Nr. Themenfeld	Zahl der Indikatoren
1. Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen	Text
2. Bevölkerung	16
3. Gesundheitszustand	42
4. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen	12
5. Gesundheitsrisiken der Umwelt	10
6. Einrichtungen des Gesundheitswesens	16
7. Inanspruchnahme von Leistungen	11
8. Beschäftigte des Gesundheitswesens	12
9. Ausbildung im Gesundheitswesen	2
10. Ausgaben und Finanzierung	17
11. Kosten	6
Insgesamt	144

## 2

## Sicherheitsprobleme in der Pflege erkennen

- **Behandlungsfehler**
- **Problemfelder**

# Behandlungsfehler

---

## Unerwünschtes Ereignis:

Eine Verletzung, die sich aus einer medizinischen Intervention ergibt, die nicht durch die Grunderkrankung des Patienten begründet ist

(Kohn 1999: 3)

## Schaden

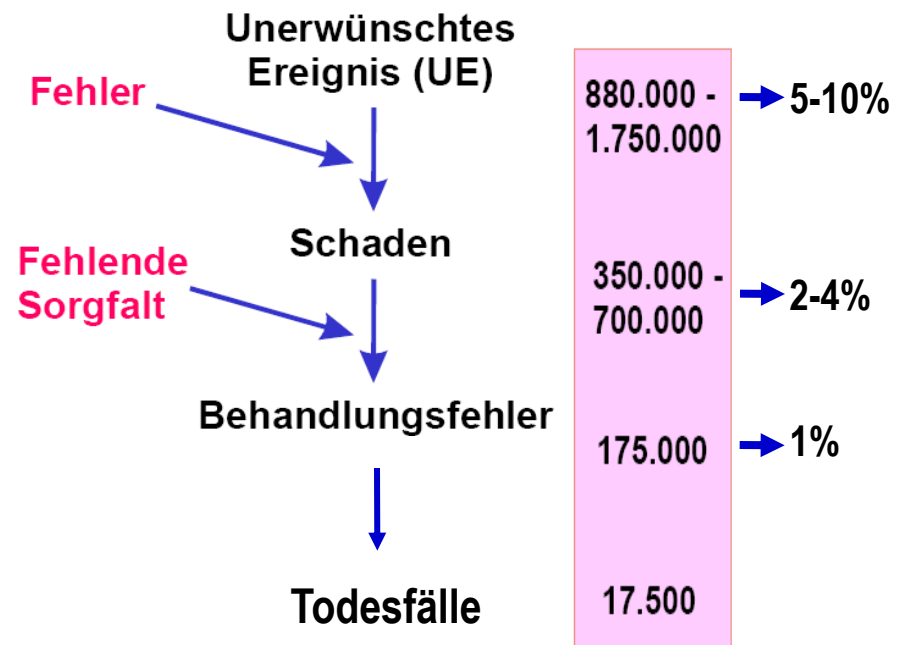
Eine Verletzung oder Komplikation, die sich aus einem menschlichen Fehler oder Systemfehler ergibt

Ein Schaden liegt vor, wenn die Schädigung vermeidbar ist und der negative Nutzen einer medizinischen Intervention den positiven übersteigt

(SVR-Gutachten 2003: Nr. 365)

# Behandlungsfehler

- Kategorien:
- Typ 1: Fehler durch einen behandelnden Arzt
- Typ 2: Fehler durch eine andere Person des Behandlungsteams
- Typ 3: Systemfehler ohne individuelle Beteiligung



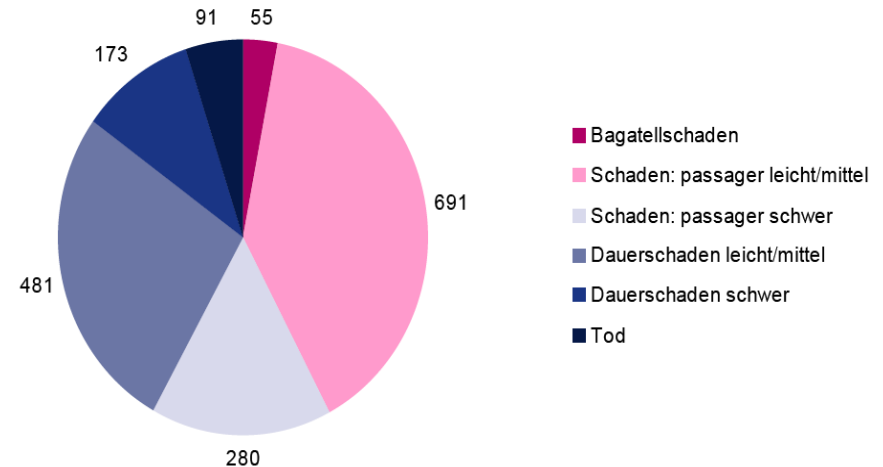
(Schrappe, 2009: Hochrechnung aus ca. 200 internationalen Studien, 2006)

# Behandlungsfehler

## Statistik 2009

- 14226 neue Verdachtsfälle
- 8488 bejahte Behandlungsfehler
- davon 6002 Behandlungsfehler bei stationären Patienten
- davon 1771 Behandlungsfehler bei denen mangelnde Risikoaufklärung und Kausalität bekannt ist

## Fehlerbedingte Schäden



57,9% dieser Behandlungsfehler haben schwerwiegendere Folgen

(Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen – für das Statistikjahr 2009 23.06.2010)

# Behandlungsfehler

## Ursachen

- Strukturelle 60-70%
- Prozessuale 5-15%

## Fehleridentifikation

- 20% sehen täglich Handlungen, die man besser machen kann

## Fehlerhäufigkeit

- 54,5% gaben an, keinen Fehler gemacht zu haben
- 25,9% haben 1 oder 2 Fehler in einem Jahr gemacht

(Habermann, et al.: 09)

Berufsgruppe	Behandlungsfehler-vorwürfe	Behandlungsfehler bestätigt (ohne Berücksichtigung der Kausalität)	Prozentualer Anteil bestätigter Behandlungsfehler
Klinikärzte	2809	220	7,8
Niedergelassene Ärzte	877	129	14,7
Pflegepersonal	172	35	20,3
Notdienstarzt	253	30	11,9
Mehrere Ärzte	50	6	12,0
Rettungssanitäter	23	5	21,7
Belegarzt	14	3	21,4
Alternativmediziner	12	3	25,0

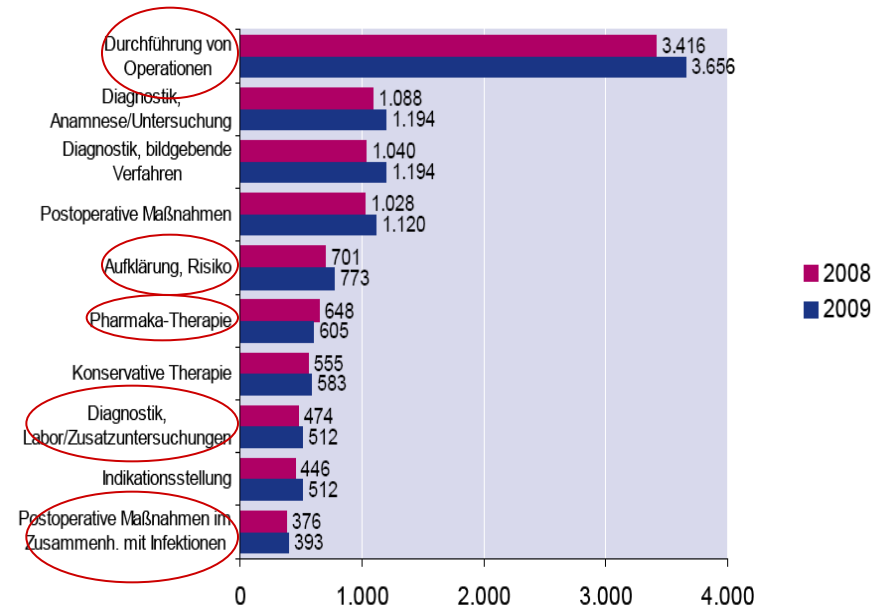
21

(Madea/ Dettmeyer; 2007: 73 ff)

# Problemfelder

1. Eingriffsverwechslung
2. Medikationsfehler
3. Patientenidentifikation
4. Kommunikation nach stattgefundenem Schadensfall
5. postoperative Infektion
6. Fertigkeiten und Beaufsichtigung
7. Verwechslung von Laborproben und Laborergebnissen
8. Handling von Infusionen
9. Information gegenüber der Familie und gegenüber Angehörigen

## Die häufigsten Beanstandungen von Patienten



Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen  
und Schlichtungsstellen – für das Statistikjahr 2009 23.06.2010 : 3

# Agenda

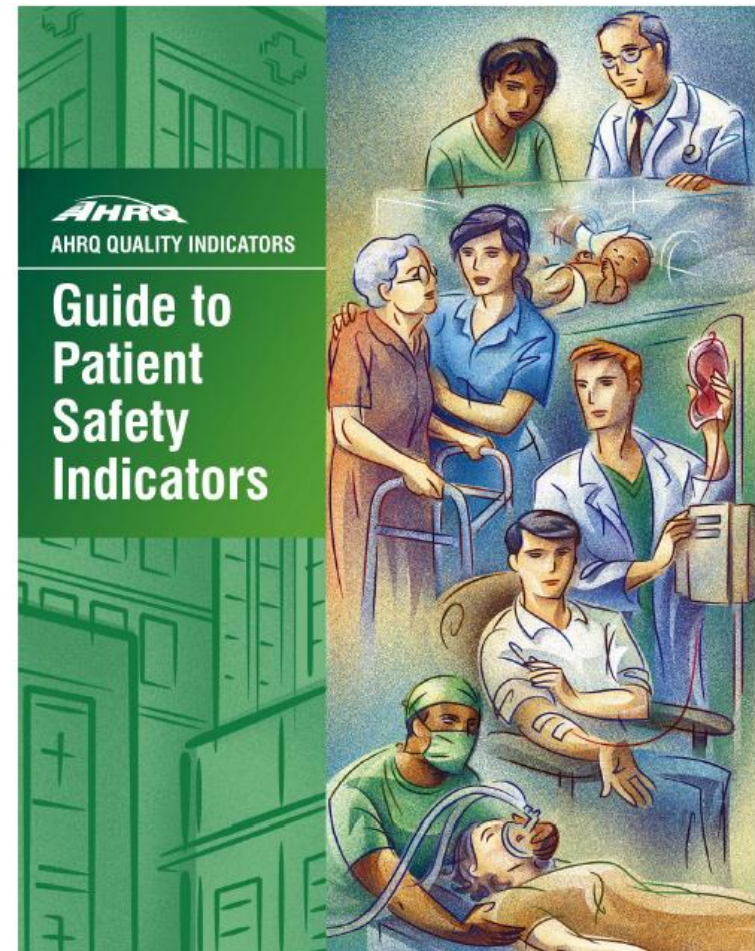
---

## **3** Patientensicherheitsindikatoren

- **Definition**
- **Anwendung anhand eines Beispiels**

# Patientensicherheitsindikatoren (PSI)

- Die Agentur für Healthcare Research und Quality (AHRQ) misst die Qualität der Versorgung mit Hilfe von leicht verfügbaren, im Krankenhaus erhobenen administrativen Daten.
- Die PSI sind ein Werkzeug, um präventiv potentielle Gefährdungen aufzuzeigen und eine Versorgung über den stationären Sektor hinaus besser zu ermöglichen.



# Patientensicherheitsindikatoren (PSI)

---

- Spezielle Qualitätsindikatoren, welche sowohl die Behandlungsqualität im Krankenhaus, als auch einen Aspekt der Patientensicherheit wiedergeben
- PSI zeigen Probleme an, die Patienten als Ergebnis der Einwirkung des Gesundheitssystems erleben und die einer Prävention durch Veränderung am System oder der globalen Ebene zugänglich sind

(Mc Donald et al.; 2002)



# Patientensicherheitsindikatoren (PSI)

---

## **Rot: PSI Globale Indikatoren**

Der Indikator stellt selbst ein schwerwiegendes oder sehr schwerwiegendes Ereignis dar  
z.B. Sterblichkeit bei DRG's mit niedriger Mortalitätsrate  
z.B. Decubitus



## **Gelb: PSI Übergreifende Indikatoren**

Der Indikator bezieht sich auf ein schwerwiegendes oder sehr schwerwiegendes Ereignis ("sagt es voraus")  
z.B. postoperative Wundinfektion  
Transfusionszwischenfall



## **Grün: Diagnosebezogene Indikatoren**

Z.B. Schlaganfall nach einem herzchirurgischen Eingriff  
**Mangelernährung**



# Anwendung anhand eines Beispiels

---

- Ein Beispiel mit vielen Fragen:
- Sind die Ursachen für mangelernährte Bewohner richtig erfasst?
- Sind die Lösungsvorschläge nachvollziehbar?
- Warum ist es eigentlich so wichtig zu wissen, ob Frau S in den letzten 6 Monaten 8 Kilo abgenommen hat?

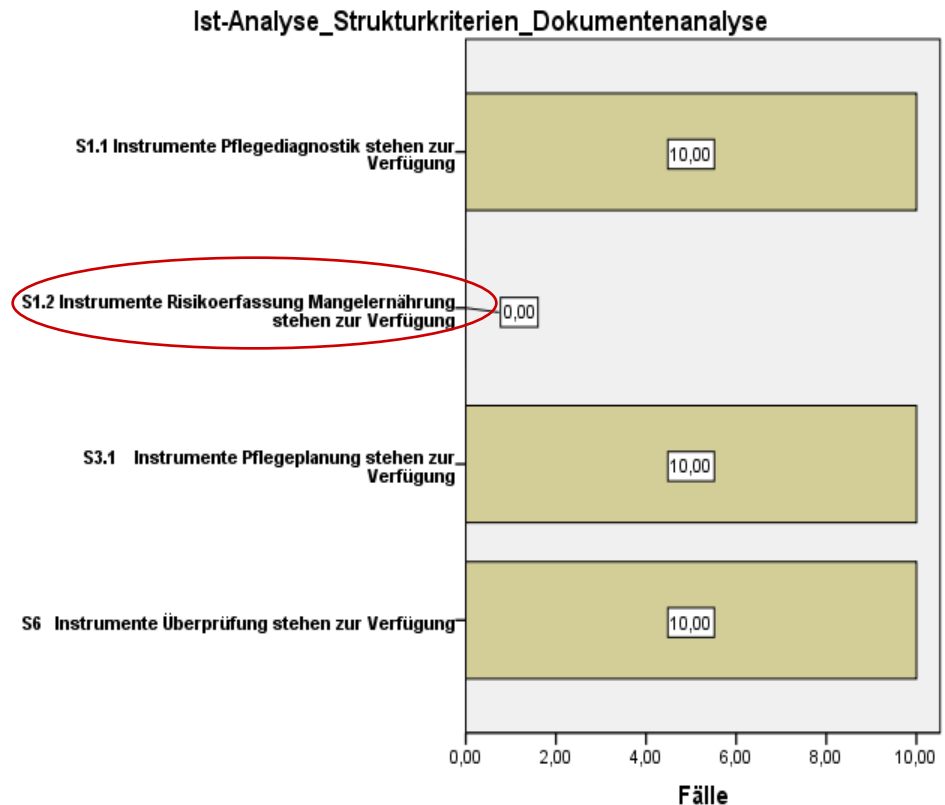


Ernährungsdefizite im Altenheim  
Heute Nachrichten vom 11.09.2009

# Dokumentationsanalyse

## Ist-Analyse in zwei gerontopsychiatrischen Wohnbereichen

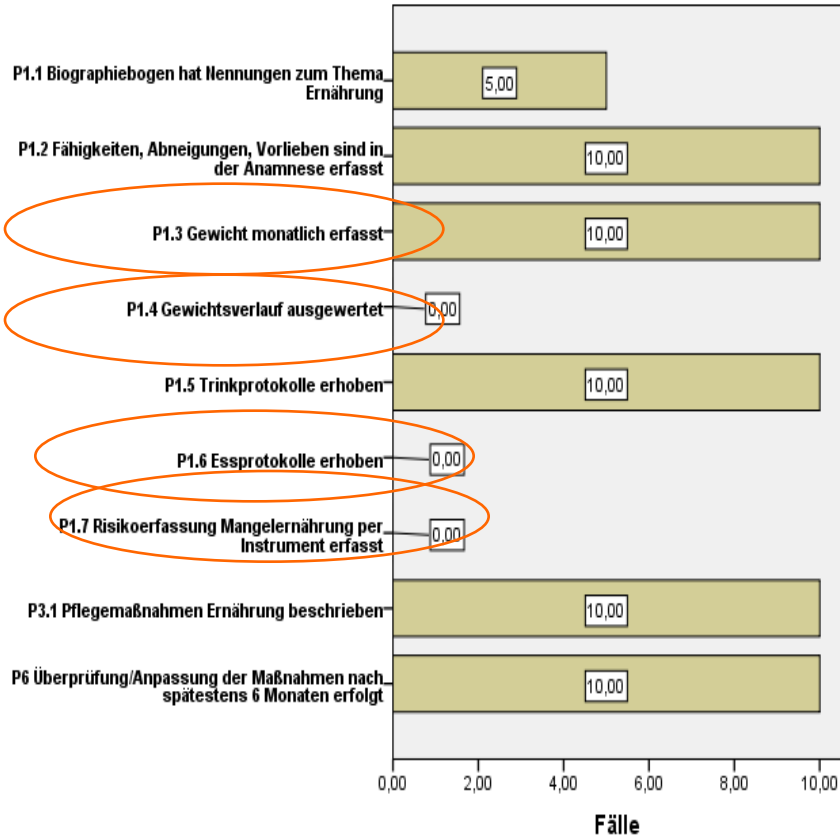
- **Analyseeinheiten =**
  - Biographiebögen,
  - Pflegeanamnesebögen,
  - Pflegeanamneseüberprüfungsbögen,
  - Pflegeplanungen,
  - Pflegeberichte, Pflegeprotokolle, Pflegevisiten
- **Analysedimensionen =**
  - Strukturkriterien (S),
  - Prozesskriterien (P)
  - Ergebniskriterien (E)
- **Analysekategorien =**
  - Pflegediagnostik (S1, P1, E1),
  - individuelle Planung (S3, P3, E3)
  - Evaluation (S6, P6, E6).
- **Zufallsstichprobe (2x5)**
- **Erhebungszeitraum 6 Monate**
  - Nicht berücksichtigt:
    - berufsgruppenübergreifende Planung
    - Ebene der Beratung



# Dokumentationsanalyse

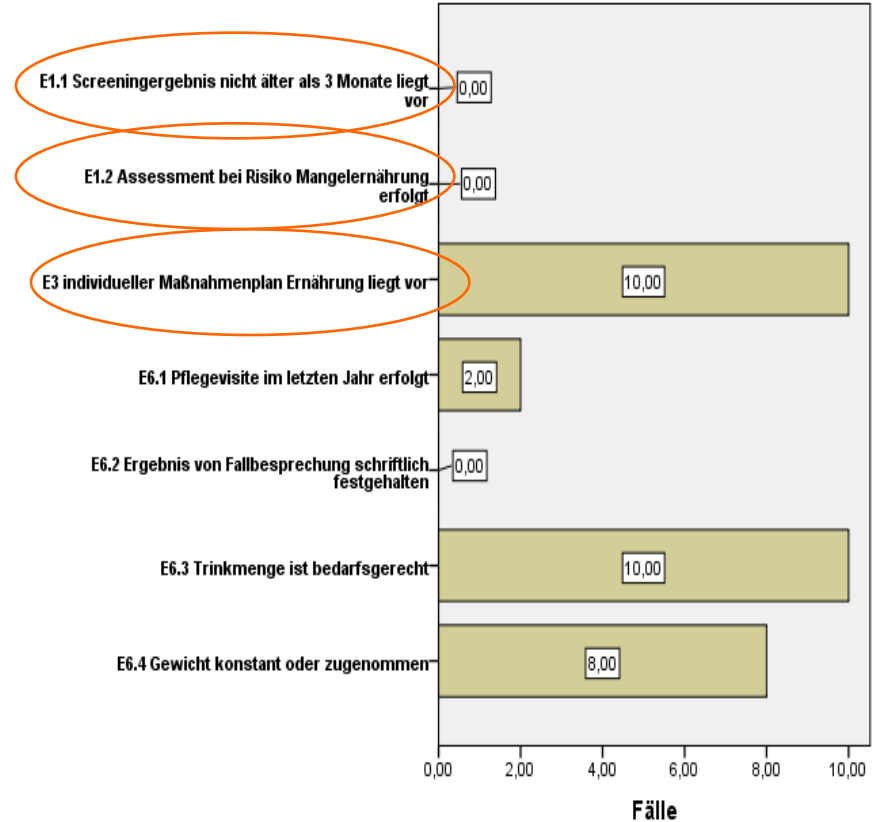
## Ist-Analyse in zwei gerontopsychiatrischen Wohnbereichen

Ist-Analyse\_Prozesskriterien\_Dokumentenanalyse



(Lindemann: 2010: 23)

Ist-Analyse\_Ergebniskriterien\_Dokumentenanalyse



(Lindemann: 2010: 24)

# Experteninterview

Ist-Analyse in zwei gerontopsychiatrischen Wohnbereichen

## Experten:

beide Wohnbereichsleitungen  
und die Diätassistentin der Klinik

## Übergeordnete Frage:

- Welche der im Expertenstandard Ernährungsmanagement geforderten Kriterien werden in den Wohnbereichen bereits erfüllt,
- in welchen Aspekten gibt es Verbesserungspotential und
- welche strukturellen Bedingungen müssen durch das Management erfüllt werden

Ergebniskriterien
<b><u>E1 Pflegediagnostik:</u></b> Für alle Patienten/Bewohner liegt ein aktuelles Screening-Ergebnis zur Ernährungssituation vor. Bei Patienten/Bewohnern mit einem Risiko für oder Anzeichen von Mangelernährung ist ein Assessment mit handlungsleitenden Informationen erfolgt.
<b><u>E2 Berufsgruppenübergreifende Planung:</u></b> Die multiprofessionellen Maßnahmen sind koordiniert, gegebenenfalls ethisch begründet und ihre Umsetzung überprüft.
<b><u>E3 Individuelle Planung:</u></b> Ein individueller Maßnahmenplan zur Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung liegt vor.
<b><u>E4 Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme:</u></b> Der Patient/Bewohner hat eine umfassende und fachgerechte Unterstützung zur Sicherung der bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung während und auch außerhalb der üblichen Essenszeiten erhalten. Die Umgebung bei den Mahlzeiten entspricht den Bedürfnissen und dem Bedarf des Patienten/Bewohners.
<b><u>E5 Beratung:</u></b> Ebene wird für die Untersuchung nicht berücksichtigt.
<b><u>E6 Evaluation:</u></b> Die orale Nahrungsaufnahme des Patienten/Bewohners ist seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf entsprechend sichergestellt.

(Lindemann, 2010:30 modifiziert nach Bartholomeyczik et al 2010)

# Fragen?

---

Warum ist es eigentlich so wichtig zu wissen, ob Frau S in den letzten 6 Monaten 8 Kilo abgenommen hat?

