



INITIATIVE
QUALITÄTSMEDIZIN

15 Jahre IQM -
vom Club der Mutigen zur Institution

Herzlich Willkommen!

10. Öffentliches Anwendertreffen und 15 Jahre IQM

21. November 2023

10. Öffentliches Anwendertreffen & 15 Jahre IQM

Vorträge vom 21. November 2023

Begrüßung: [Prof. Axel Ekkernkamp und Prof. Ralf Kuhlen](#)

- [Komplikationsmanagement - welchen Beitrag leisten Peer Reviews?, Dr. Gabriele Wöbker](#)
- [Indikationsqualität - zentrale Frage im Peer Review!, Prof. Josef Zacher](#)
- [Nachhaltigkeit in der Medizin und Klinik - einfach mal machen, Constanze von der Schulenburg](#)
- [„Würden Sie einem Angehörigen die Behandlung in unserer Klinik empfehlen?“ - die Relevanz der Patientenperspektive, Dr. Jens Deerberg-Wittram](#)
- [IQM Delir Awareness Kampagne: Konkrete Herangehensweise zur Steigerung von Qualität am Beispiel des Krankheitsbilds Delir, Prof. Jörg Martin](#)



15 Jahre IQM -
vom Club der Mutigen zur Institution

Begrüßung

Prof. Axel Ekkernkamp

Präsident IQM Vorstand, Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer, BG Klinikum Berlin gGmbH

Prof. Ralf Kuhlen

Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats IQM, Medizinischer Geschäftsführer Helios Health GmbH

Worldwide interest in quality improvement

... in clinical medicine and research

THE LANCET

This journal Journals Publish Clinical Global health Multimedia Events About

Series from the Lancet journals [View all Series](#)

Research: increasing value, reducing waste
Published: January 8, 2014

Executive Summary
The Lancet presents a Series of five papers about research. In the first report Iain Chalmers *et al* discuss how decisions about which research to fund should be based on issues relevant to users of research. Next, John Ioannidis *et al* consider improvements in the appropriateness of research design, methods, and analysis. Rustam Al-Shahi Salman *et al* then turn to issues of efficient research regulation and management. Next, An-Wen Chan *et al* examine the role of fully accessible research information. Finally, Paul Glasziou *et al* discuss the importance of unbiased and usable research reports. These papers set out some of the most pressing issues, recommend how to increase value and reduce waste in biomedical research, and propose metrics for stakeholders to monitor the implementation of these recommendations.

Comments
How should medical science change?
Sabine Klwimer, Richard Horton
[Full-Text HTML](#) | [PDF](#)

Biomedical research: increasing value, reducing waste
Malcolm R Macleod, Susan Michie, Ian Roberts, Ulrich Dirnagl, Iain Chalmers, John P A Ioannidis, Rustam Al-Shahi Salman, An-Wen Chan, Paul Glasziou
[Full-Text HTML](#) | [PDF](#)

Strategies to reduce wasteful spending: Turning the lens to hospitals and pharmaceuticals

Evidence suggests that as much as one-fifth of health spending is wasteful, and could be reduced or eliminated without undermining health system performance. With as much as 9.6% of European GDP directed to health care, reducing such spending is thus important not only for improving access to needed care, but also for ensuring health system resilience.

This chapter points the lens at two particular areas of waste: hospitals and pharmaceuticals. Hospitals represent an integral and essential component of any functioning health system, but are often the most expensive part. In many instances, the resources consumed in hospitals can be put to more efficient use. Improved community care for chronic diseases could reduce millions of avoidable admissions and bed days across EU countries. Reducing unnecessary investigations and procedures would not compromise quality. Greater use of day surgery and reducing delays in discharging patients no longer requiring inpatient care could also free-up resources for patients with greater needs.

Minimising waste and optimising the value derived from expenditure on pharmaceuticals are also critical to efficient and sustainable health systems. This chapter discusses a mix of supply and demand side policy levers that include ensuring value for money in selection and coverage, procurement and pricing of medicines; exploiting the potential of savings from generics and biosimilars; encouraging rational prescribing and use; and improving adherence to treatment.

Ultimately, progress in reducing wasteful spending may be seen not only as a barometer of quality improvement, but also an ethical and financial imperative in the pursuit of more resilient and equitable health care systems.

Institutions generating real

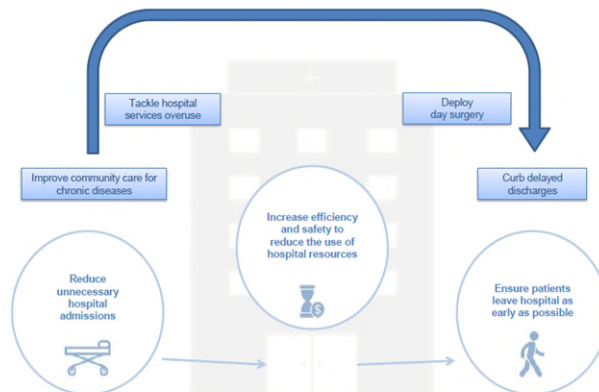
$$\text{Value} = \frac{\text{Quality \& Outcomes}}{\text{Costs}}$$



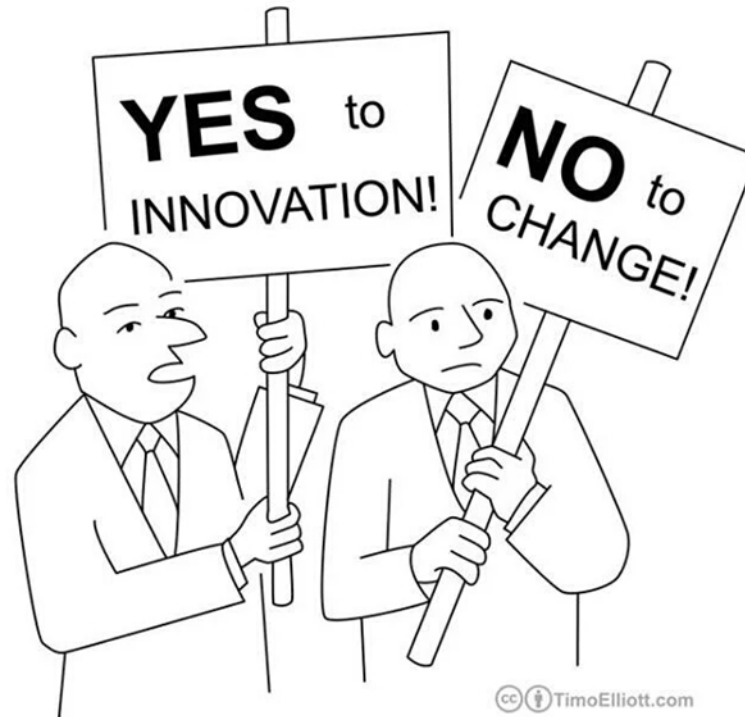
How to generate value?

- Reduce Wasteful spending!!!
- Be effective - do the right things
- Be efficient - do things right

Strategies to reduce hospital costs



What does Quality, Safety, or any other value mean for hospitals....



*“We only have two demands!
Why don't people just give us what we want?”*

Gründung 2008

Ärzte Zeitung, 05.09.2008

Kliniken gründen Initiative für mehr Transparenz

BERLIN (ble). Sechs Krankenträger haben die "Initiative Qualitätsmedizin" (IQM) mit Sitz in Berlin ins Leben gerufen. Gründungsmitglieder der bundesweit tätigen und für alle Krankenträger offenen Initiative sind die Helios-Kliniken, das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, die SRH-Kliniken, die Malteser, die Johanniter GmbH und das Unfallkrankenhaus Berlin. Insgesamt sind damit rund 100 Kliniken mit knapp einer Million Patienten zusammengeschlossen.

Nach eigenen Angaben gehen die Initiatoren von IQM über die gesetzlich vorgeschriebenen Standards hinaus. So verpflichten sich die Krankenträger zur Veröffentlichung der noch einheitlichen Kriterien gewonnenen Behandlungsergebnisse auf einer trägerübergreifenden Plattform. Die Ergebnisse sollen dabei auf der Auswertung von Routinedaten basieren.

Copyright © 1997-2008 by Ärzte Zeitung Verlags-GmbH

aezrteblatt.de

4. September 2008

Ärzterschaft

Klinikkonzerne schieben neue Qualitätsoffensive an

Berlin - Zur „Initiative Qualitätsmedizin“ (IQM) zusammengeschlossenen haben sich sechs Krankenträger, darunter die Helios-Kliniken, das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, die Malteser, die Johanniter GmbH und das Unfallkrankenhaus Berlin. Die Ärztekammer Berlin unterstützt das Projekt.

Ziel von IQM ist, die Qualität in Diagnostik und Therapie zu sichern und zu steigern. „Erstmals in Deutschland gibt es damit eine trägerübergreifende Initiative zur Qualitätssicherung“, hieß es von den Projektverantwortlichen. Die Öffentlichkeit solle über IQM aussagekräftige und valide Informationen über die tatsächliche Qualität medizinischer Behandlungen erhalten. Die Ergebnisse basierten auf der Auswertung von Abrechnungsdaten und gingen in Transparenz und Aussagekraft über die gesetzlich geforderten Mindeststandards hinaus.

„Routinedaten sind ein Königsweg der medizinischen Qualitätssicherung. Behandlungserfolge oder -misserfolge lassen sich damit klar abbilden und bieten auch wichtige Anhaltspunkte in der Versorgungsforschung“, sagte Peter Scriba, ehemaliger Direktor des Universitätsklinikums München und einer der wissenschaftlichen Initiatoren von IQM.

Die Mitglieder der Initiative verpflichten sich, in ihren insgesamt rund 100 Kliniken mit knapp einer Million stationären Patienten pro Jahr drei Grundsätze anzuwenden: Eine Qualitätsmessung mit Routinedaten, die Veröffentlichung der Ergebnisse auf einer trägerübergreifenden Plattform und sogenannte Peer-Review-Verfahren. Letzteres bedeutet, dass externe „Peers“, also ärztliche Fachkollegen, Behandlungsprozesse mit auffälligen Ergebnissen auf Fehler untersuchen. Bei diesen Peer Reviews ist eine Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Berlin geplant. © hl/aezrteblatt.de

Gründungsinitiatoren der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) anlässlich der Pressekonferenz zur Gründung von IQM (Haus der Bundespressekonferenz)



Karl Prinz zu Löwenstein (Vorsitzender der Geschäftsführung MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH), Prof. Dr. Dr. h.c. Axel Ekkerkamp (Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer Unfallkrankenhaus Berlin), Dr. Michael Almeling (Vorsitzender der Geschäftsführung SRH Kliniken GmbH), Dr. Francesco De Meo (Vorsitzender der Geschäftsführung (CEO) der HELIOS Kliniken GmbH), Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Peter C. Scriba (Ehemaliger Direktor des Universitätsklinikums München), Dr. Günther Jonitz (Präsident der Ärztekammer Berlin) v.l.n.r.

WISSEN & FORSCHEN

Signal für mehr Professorinnen
Führlinien für die Gleichstellung

Es wird immer heftiger
Die Zahl der Hurikane wird ab den nächsten Jahren stetig zunehmen

Kabinettsrat über Schule und Unis
Bundesregierung reagiert auf die Forderung

Klimatische Wutten gegen Klimawandel

GEW greift Bildungswirtschaft
Die Bildungswirtschaft will Fortsetzen unzeitigen Umgang mit Daten

Gesund im Dauertest
Helios-Kliniken legen langfristige Qualitätskriterien vor

© Deutsches Ärzteblatt / Deutscher Ärzte-Verlag

1. Anwendertreffen 2009



Die Stiftungsinitiative Qualitätsmedizin zusammen mit 4 QD 2017



10 Jahre IQM





15 Jahre IQM -
vom Club der Mutigen zur Institution

Komplikationsmanagement - welchen Beitrag leisten Peer Reviews?

Dr. Gabriele Wöbker

Direktorin der Klinik für Intensivmedizin, Helios Universitätsklinikum Wuppertal

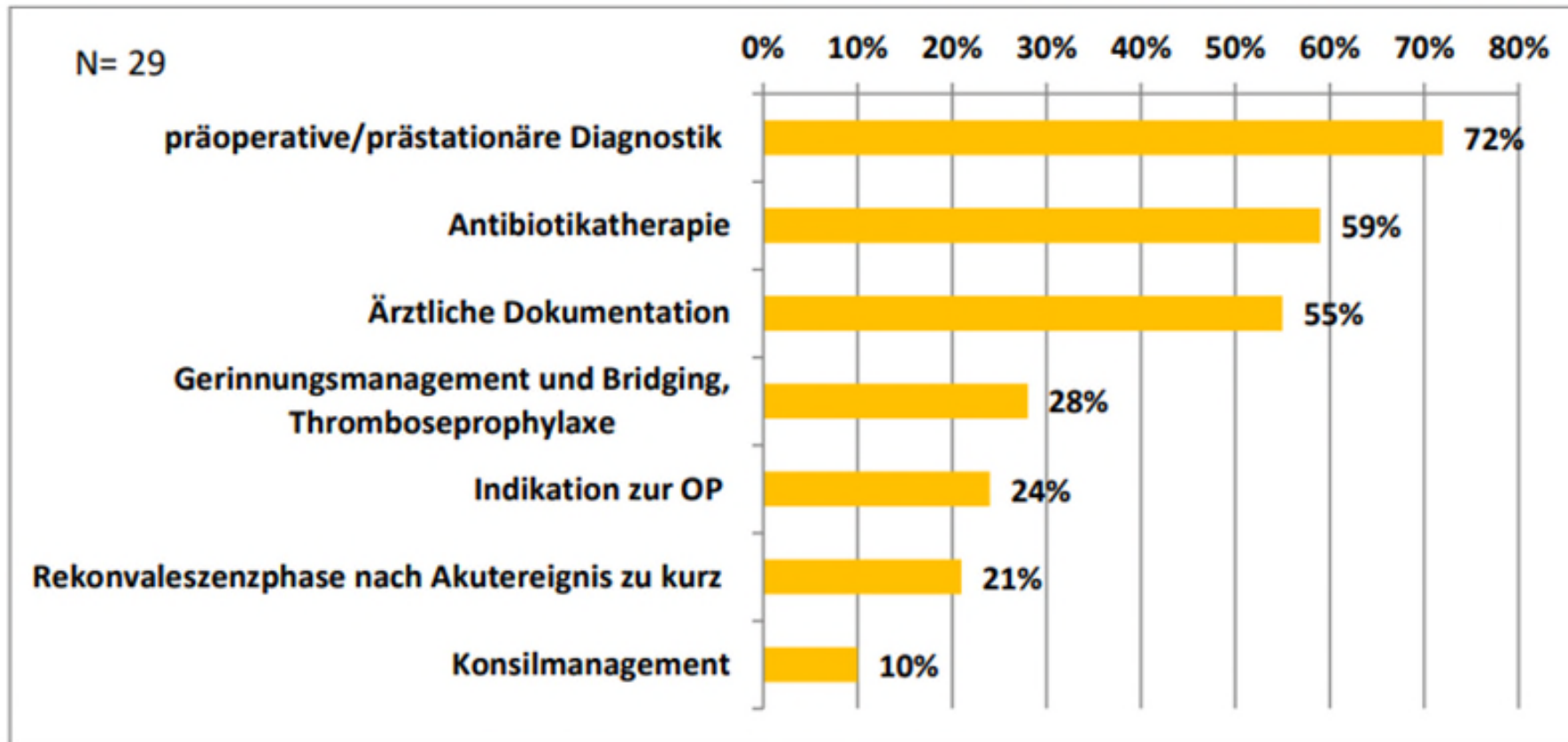
Welchen Beitrag leisten Peer Reviews?

- Kollegiales Gespräch
- Abläufe
- Behandlungsstandards
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Diagnostik- und Therapiekonzepte
- Dokumentation
- Strukturen

Beispiel Prostata TUR, Laparoskopische Operationen

- Komplikationen:
 - Beinvenenthrombose, Lungenembolie
 - Präoperative Volumetrie fehlt
 - Falsche Operateurauswahl
 - Keine präoperativen Urinbefunde, nachfolgende Sepsis
 - Blutung durch Vormedikation mit Thrombocytenaggregationshemmern
 - Ignorieren von Begleiterkrankungen (Herzinsuffizienz etc.)

Verbesserungspotentiale in Peer Reviews zur Prostata TUR



SOP Prostata TUR. Laparoskopische Operationen

- Präoperative, prästationäre Diagnostik
- Blutgasanalyse auch mit Bestimmung des Kalium und Natrium Wertes, bildgebende Diagnostik (Rö-Thorax bei pulmonalen Vorerkrankungen)
- Urinkultur/Urinalanalytik vor OP durchführen, allg. Anamnese erheben
- präoperativer Volumetrie und Zuteilung des Operateurs nach Risiko (ASA-Score)
- Antibiotikatherapie: Erarbeitung eines Standards zur Antibiotikaprophylaxe (Indikation, Applikation, Dauer)
- Ggf. Echokardiographie, beachten des internist. Konsils, Vorbefunde
- Rückkopplung Ergebnisse an beteiligte Fachabteilungen
- Gerinnungsmanagement und Bridging, Thromboseprophylaxe
- IPK bei laparoskopischen Operationen > 2h

Beispiel akutes Abdomen

- Interdisziplinarität: Patienten mit einem akuten Abdomen werden häufig zuerst dem Internisten und nicht dem Chirurgen vorgestellt. Da sich das Krankheitsbild eines akuten Abdomens oft in kurzer Zeit dramatisch verändern kann, ist es für den Internisten wichtig, seinen chirurgischen Partner umgehend zur Beurteilung des Krankheitsbildes des Patienten heranzuziehen, damit dieser nicht nur „einen Schnappschuss“, sondern „den ganzen Film“ kennt und die Entscheidung über das weitere Vorgehen mittragen kann beziehungsweise die Therapie übernimmt.

KASTEN 1

Wichtige Ursachen eines akuten Abdomens*1

Abdominale Ursachen

- Peritonitis (parietales Peritoneum)
 - bakterielle Entzündung, zum Beispiel bei perforierter Appendix, Entzündung im Beckenbereich
 - chemische Irritation, zum Beispiel bei perforiertem Ulkus, akuter Pankreatitis
- Mechanische Obstruktion
 - Dünn-/Dickdarmileus
 - Choledocholithiasis
 - Harnleiterstein
 - (– intestinale Pseudoobstruktion)
- Vaskuläre Ursachen
 - Embolie oder Thrombose
 - dissezierendes Aortenaneurysma
 - Sichelzellanämie
 - Rektusscheidenhämatom
- Trauma einschließlich intraabdominaler Blutung

Extraabdominale Ursachen

Erkrankungen des

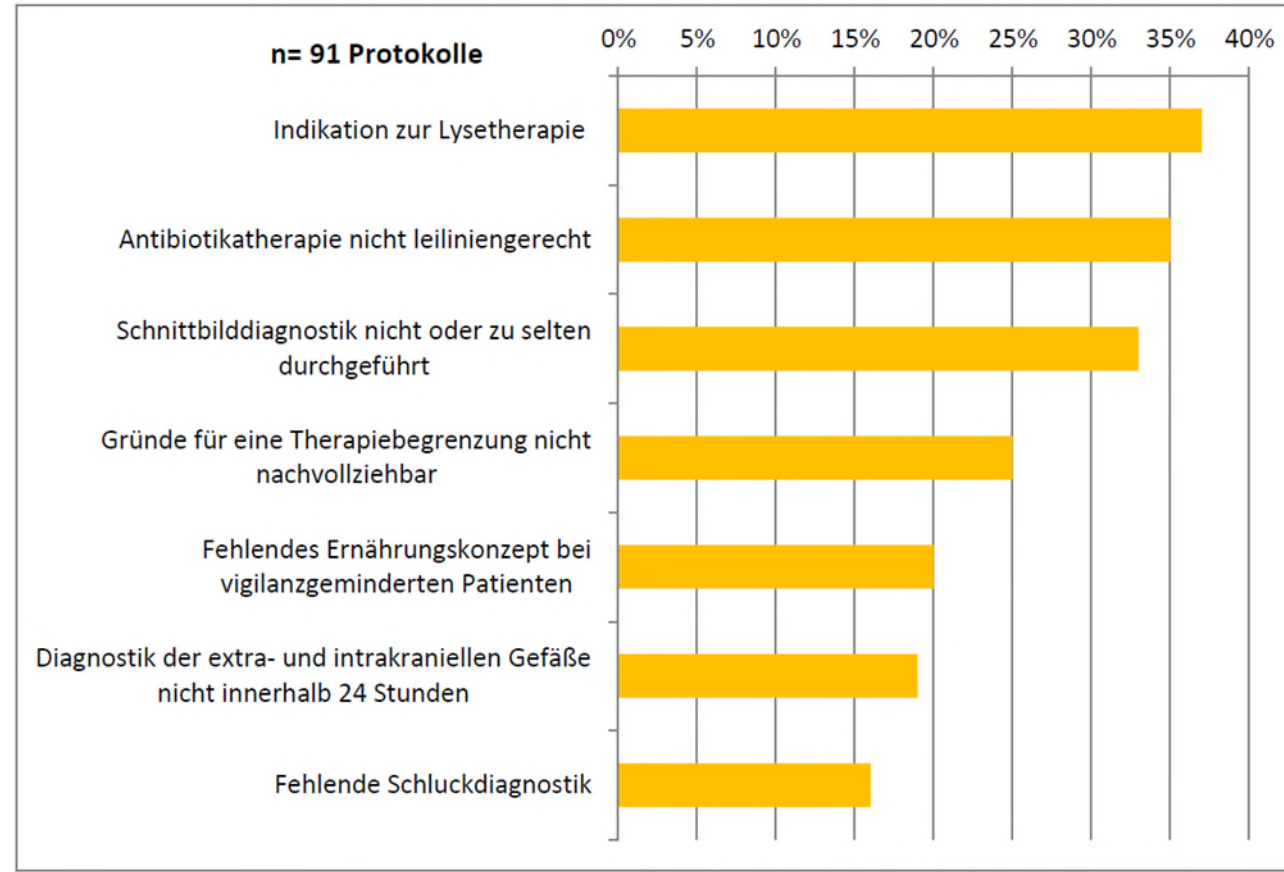
- Thorax, zum Beispiel Pleuropneumonie, Lungenembolie, Herzinfarkt
- Genitals, zum Beispiel Hodentorsion

Stoffwechselstörungen

- exogene Ursachen
 - zum Beispiel Bleivergiftung
- endogene Ursachen
 - Urämie
 - diabetische Ketoazidose
 - akute intermittierende hepatische Porphyrie
 - Addison-Krise
 - hämolytische Krisen
 - C1-Esterase-Inhibitor-Mangel
 - Mittelmeerfieber

*1 modifiziert nach (3)

Die meistgenannten Verbesserungspotentiale in Peer Reviews zur Sterblichkeit bei Hirninfarkt



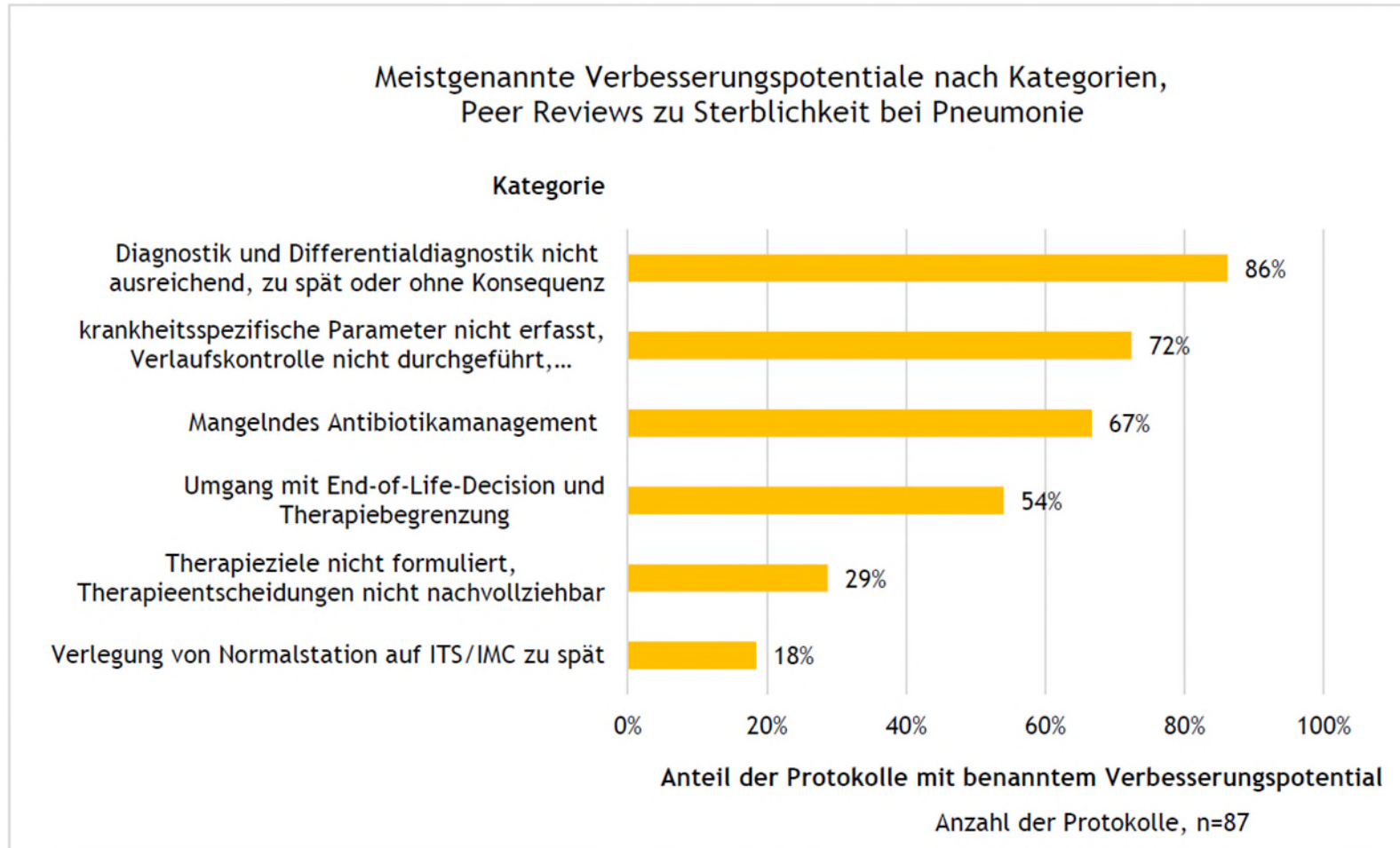
Beispiel Door to needle time beim Schlaganfall

- Problem: zeitliche Abläufe in den von Thrombektomiepatienten initial durchlaufenen Klinikbereichen (ZNA, Schnittbilddiagnostik, Anästhesie, Intervention, Intensivstation/Stroke Unit) waren anhand der eingesehenen Dokumentation nicht ausreichend nachvollziehbar (7 Fälle), nicht lückenlos dokumentiert (1 Fall) und/oder dokumentierten eine lange Dauer von über 1,5 bis 2 Stunden zwischen Eintreffen im Klinikum und dem Beginn der endovaskulären Intervention (8 Fälle).
- Schwierigkeit: nicht fortlaufende und nicht bereichsübergreifende Dokumentation diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen in dieser Krankenhausphase, die sowohl elektronisch als auch mit verschiedenen Paper-pencil-Formularen erfolgt. Prozess konnte nicht nachvollzogen werden
- Lösung: Bereichsübergreifende, den Diagnostik-, Behandlungs- und Monitoringprozess über alle Schnittstellen erfassende Dokumentation, die mit Aufnahme in der ZNA beginnt und frühestens mit der intensivmedizinischen bzw. Stroke-Unit-Behandlung, optimaler Weise mit Entlassung von der Normalstation endet

SOP Behandlung Schlaganfall mit Zeitangaben

- Indikation zur Lyse/Thrombektomie für jeden Patienten prüfen, Neurologe sofort hinzuziehen
- Verbesserung der Zeitverläufe zur Gerinnungsbestimmung durch Einrichtung eines Point-of-Care in der Notaufnahme
- Schnittbilddiagnostik mit CTA/Perfusion, ggf. MRT
- Frühes Erfassen der Verschluss- oder Stenose Situation durch Schnittbilddiagnostik (CT-A, evtl. MRT) und Doppler-/Duplexuntersuchungen innerhalb von 24 Stunden
- Überprüfung der Abläufe in der Notaufnahme (*entsprechende Richtwerte sind definiert: door-to-needle (Thrombolyse) <60, Ziel <30min, door-to-groin-puncture (Thrombektomie) <90, Ziel <70min.*)
- Dokumentation des mutmaßlichen Patientenwillen, Hinweis auf Vorsorgevollmacht und Aufnahme einer Kopie - wenn vorhanden, in die Patientenakte
- Ernährung und Schluckdiagnostik, konsequent logopädische Schluckversuche vor der ersten oralen Nahrungszufuhr

Verbesserungspotentiale in Peer Reviews zu Sterblichkeit bei Pneumonie



Beispiel Pneumonie

- Fall: Pat. mit Schlaganfall und Schluckstörung der respiratorische Problemen aufzeigte mit V.a. Aspiration. Bei dem Patienten war dem Stroke Unit Team unklar, ob eine Reanimation erfolgen sollte. Diese schien erst eingeleitet worden zu sein, als nach Rücksprache mit mehreren Oberärzten hierzu die Indikation gestellt wurde, die dann erfolgte Reanimation war erfolglos
- Vermutung: Die Verlegung auf die Intensivstation hätte früher erfolgen sollen, bzw. das Therapieregime hätte festgelegt werden müssen.
- Lösungsvorschlag durch das Peer Review: Verwendung etablierter Scores (z.B. early warning score) und Treffen fester Absprachen mit der Leitung der Intensivstation unter welchen Bedingungen Verlegung erfolgen sollten.
- Therapiebundle zur Vermeidung einer Pneumonie etablieren
- Reanimationsregeln festlegen und trainieren

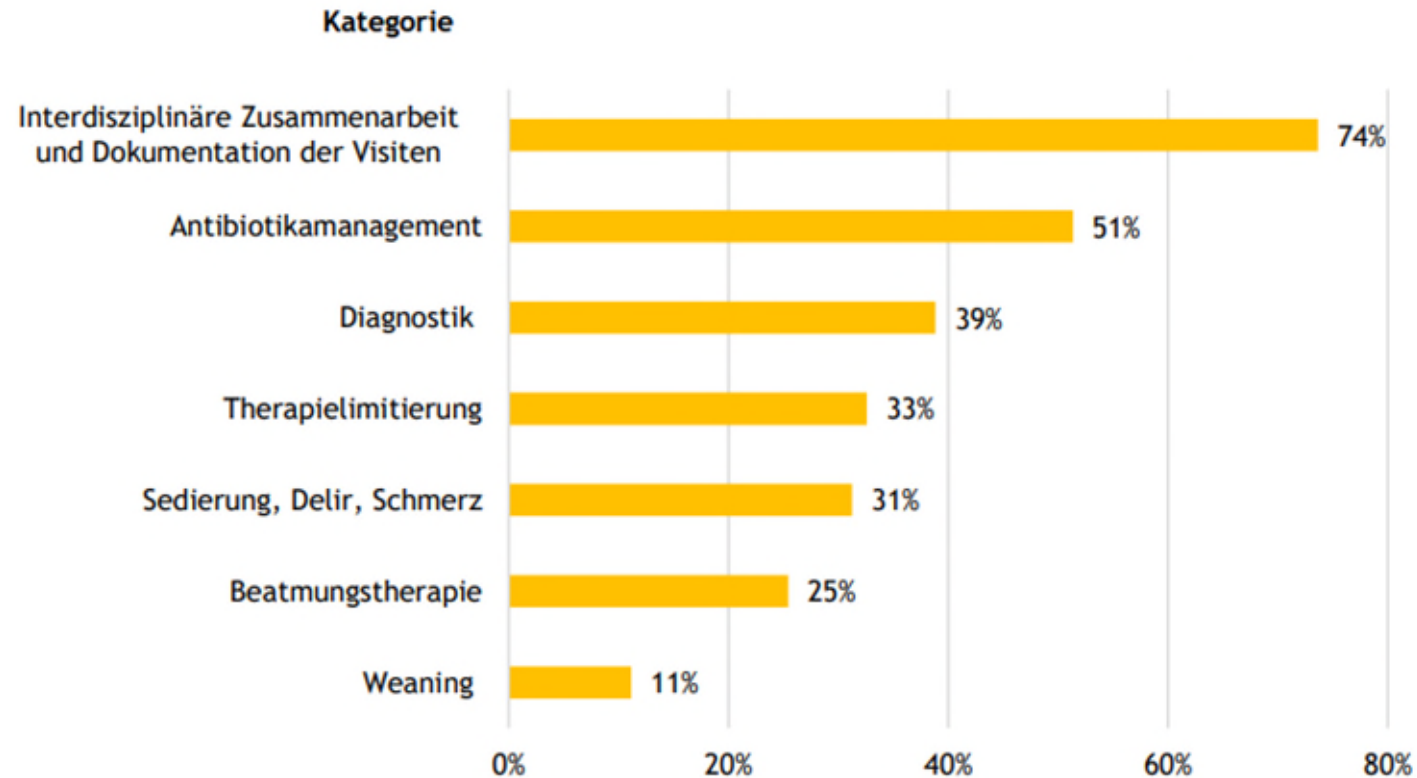
SOP: Therapiebundle V.a. Pneumonie

- Sofortige Diagnostik: Sauerstoffsättigung, Blutgasanalyse (BGA), Atemfrequenz (AF), Blutkulturen (BK); BGA Kontrollen; Mikrobiologie (Trachealsekret, BAL, Urin)
- Anwendung des CRB-65-Scores (Confusion - Respiratory rate - Blood pressure - Age >65 years - Score) zur Risikoeinschätzung in der Notaufnahme
- Regelmäßige Bestimmung des Legionellen-Antigens bei ambulanter Pneumonie
- Antibiotikastandards für Krankenhaus einführen (z.B. Kitteltaschen-Heft) und hausspezifische Erreger- und Resistenzstatistiken dabei berücksichtigen
- Mikrobiologische Visiten etablieren
- Standard für einheitliche Kontrollen von C-reaktives Protein (CRP), Procalcitonin (PCT) ■
Überprüfen und Anpassen der Antibiotikatherapie
- Röntgendiagnostik

Komplikationen bei beatmeten Patienten > 24h

- Antibiosefehler, keine Überprüfung der Indikation und der ausreichenden Wirksamkeit
- Lungenschaden durch fehlende lungenprotektive Beatmung
- Übermittlungsfehler durch fehlende Kommunikation interdisziplinär
- Diagnostik zu spät, verzögerte OP
- Zu viel Laborgläubigkeit
- Persistierendes Koma, Differential-Diagnostik Standards fehlen
- Therapiebegrenzungen fehlen und somit z.B. Reanimation bei klarer Pat-Verfügung
- Hinterfragen der Sedierung, nicht-beachten der Leitlinie

Sterblichkeit bei Beatmung > 24 Stunden



Anteil der Protokolle mit benanntem Verbesserungspotential

Anzahl der Protokolle, n=224

Was haben wir gelernt

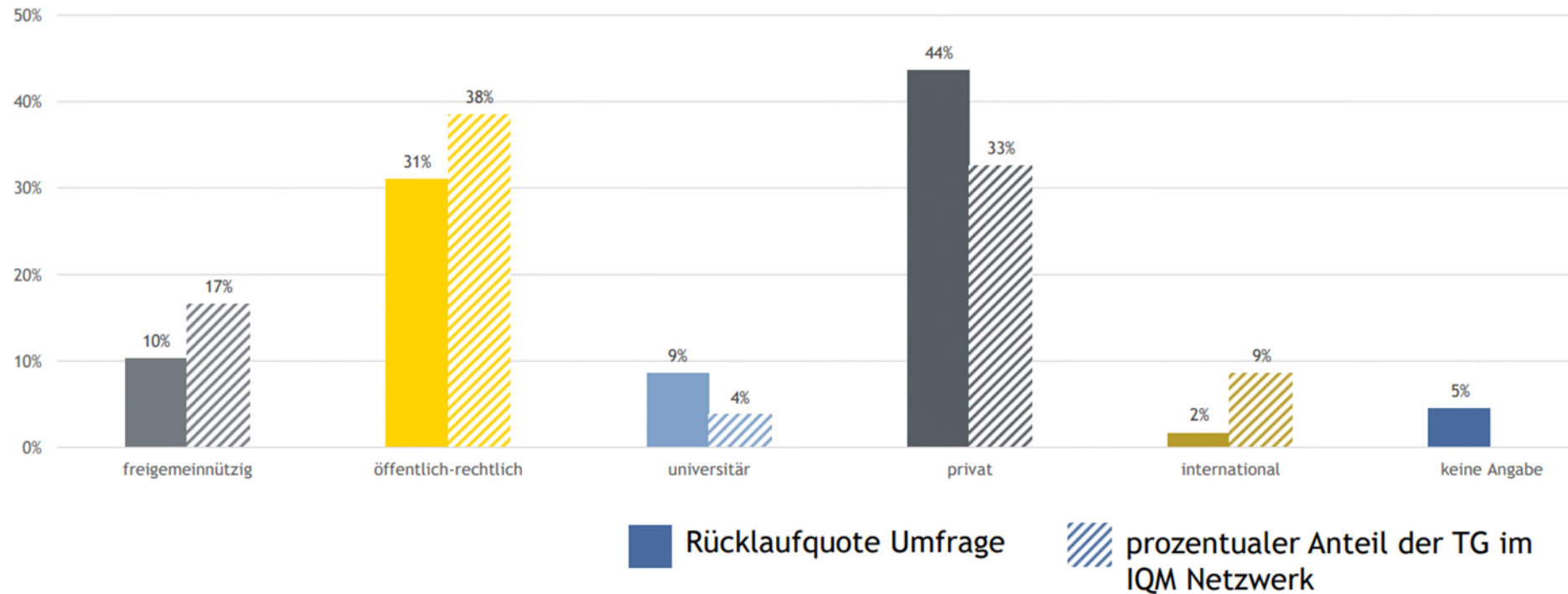
D = Devices	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A = Antiinfektiva	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
M = Mobilisation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H = Head upright	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
T = Thrombose- proph. (Antikoagulation)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6 = 6ml	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
U = Ulcus- prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A = Analgesie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
S = Sedation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
G = Glucose / endokrin. Them.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F = Feeding	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

- Interdisziplinäre Visiten und vor allem auch Dokumentation, Vermeidung der „stillen Post“
- Strukturierte Visiten mit Abfrage der wichtigsten Themenfelder, z.B. Visitenchema
- Antibiotikamanagement: SOPs, Kontrolle auf Wirksamkeit, Visiten
- Standards der Diagnostik definieren: SOP hypox. Hirnschaden
- Monitoring erweitern: EEG bedside, Echo, Sonographie
- Standardisierte Therapiebegrenzung
- Beatmungsstandards: lungenprotektiv, Alarmgrenzen, Delta P
- Sedierungs- und Scoring Systeme, Einführung Delir Monitoring

Delir Awareness Kampagne

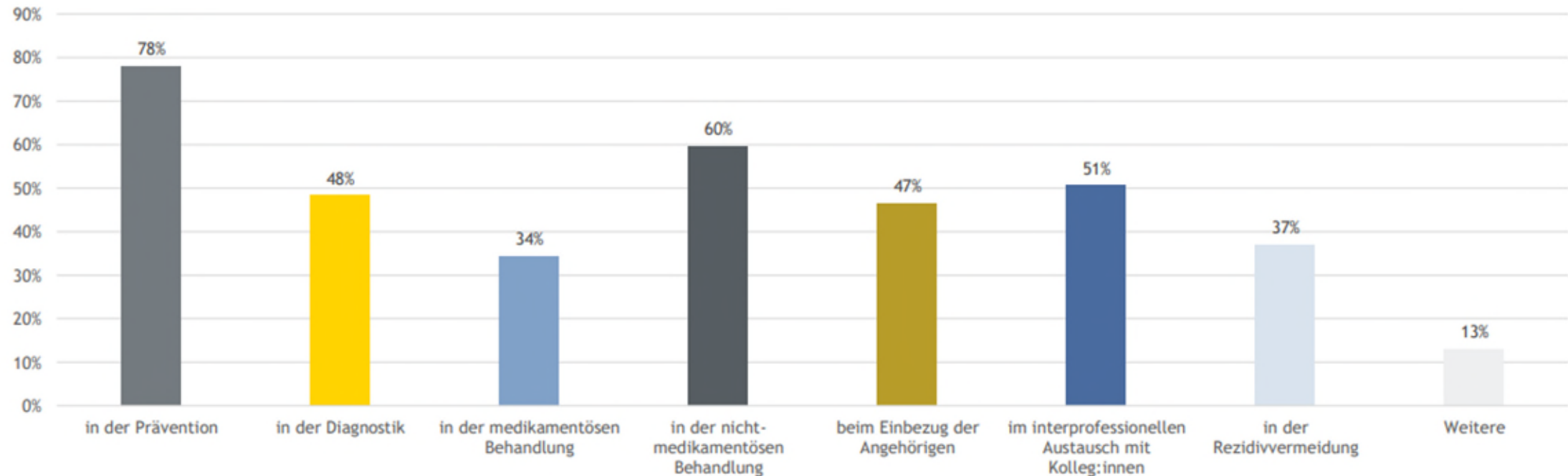
- 2021 Umfrage bei den IQM Mitgliedern zum aktuellen Stand des Delir-Managements

Rücklaufquote der antwortenden Trägergruppen (TG) vs. prozentualer Anteil im IQM Netzwerk



Wo sehen Sie in Ihrem Haus besonderen Handlungsbedarf im Delir- Management? (Mehrfachantworten möglich)

Der größte Handlungsbedarf besteht laut Angaben der Teilnehmenden in der Prävention, gefolgt von nicht-medikamentöser Behandlung und interprofessionellem Austausch.



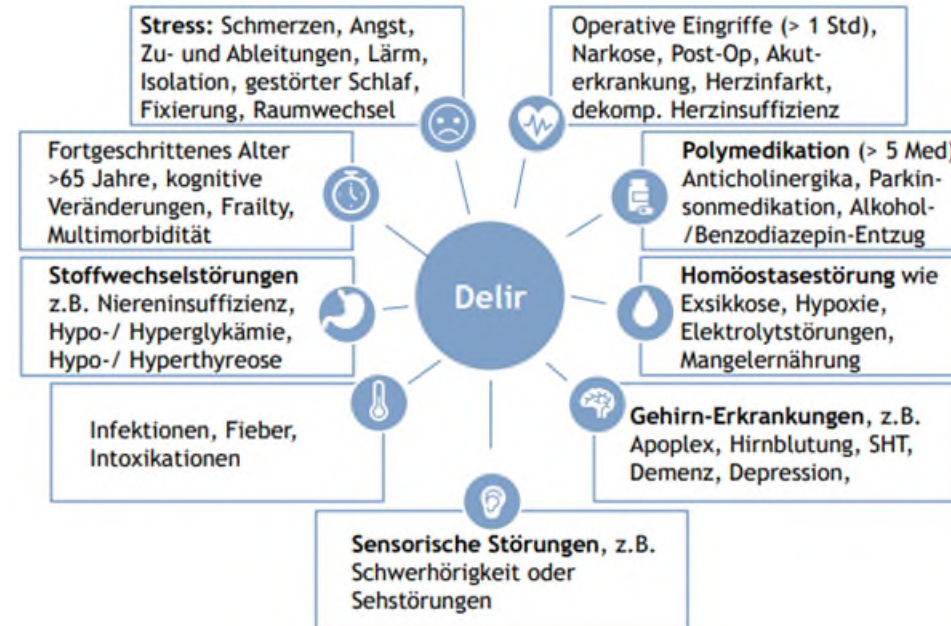
Delir Awareness Kampagne

- Gruppe ärztlicher und pflegerischer Fachkräfte aus den IQM Mitgliedskrankenhäusern hat 2021 gemeinschaftlich einen Leitfaden zum Delir-Management erarbeitet:
- Werkzeugkasten: „One Minute Wonder“
- Downloadlink:
- [IQM Leitfaden Delir_Stand 20220228 \(initiative-qualitaetsmedizin.de\)](https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/leitfaden-delir-2022)

Delir Awareness Hinsehen, Erkennen, Handeln.



Ursachen und Risikofaktoren



Also Achtung!

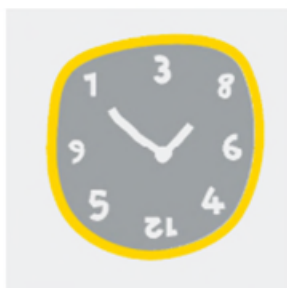
Diese zahlreichen Noxen können ein Delir begünstigen, da Sie zu einem Ungleichgewicht der Neurotransmitter führen.

Achten Sie auf potentielle und vermeidbare Risikofaktoren und treffen Sie wenn möglich vorbeugende Maßnahmen.



INITIATIVE
QUALITÄTSMEDIZIN

LEITFADEN DELIR



Prävention - Diagnose - Therapie

1. Präambel	3
2. Prävention	6
3. Ursachendiagnostik.....	9
4. Therapie - nicht-medikamentös.....	10
5. Therapie - medikamentös	12
6. Komplikationen des Delirmanagements.....	15
7. Instrumente	16
8. Literaturverzeichnis	18

Beteiligt an der Erstellung des Leitfadens waren:

Hansjörg Bänzner⁴, Jutta Ernst⁸, Francesca Giuliani⁸, Daniel Kopf⁶, Jörg Martin⁶, Eva Mennig⁴, Peter Nydahl⁷, Juliane Spank⁴, Henning Stolze¹, Christine Thomas⁴, Karin Weissenborn⁵, Christiane Wiesenewsky³, Gabriele Wöbker⁹, Anna Ziegler²

1. DIAKO Krankenhaus gGmbH
2. Hirslanden AG
3. Klinikum Braunschweig
4. Klinikum Stuttgart
5. Medizinische Hochschule Hannover
6. RKH Regionale Kliniken Holding GmbH
7. Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
8. Universitätsspital Zürich
9. Helios Klinikum Wuppertal GmbH



15 Jahre IQM -
vom Club der Mutigen zur Institution

Indikationsqualität - zentrale Frage im Peer Review!

Prof. Josef Zacher

Wissenschaftlicher Beirat IQM

Indikationsqualität - zentrale Frage im Peer Review!

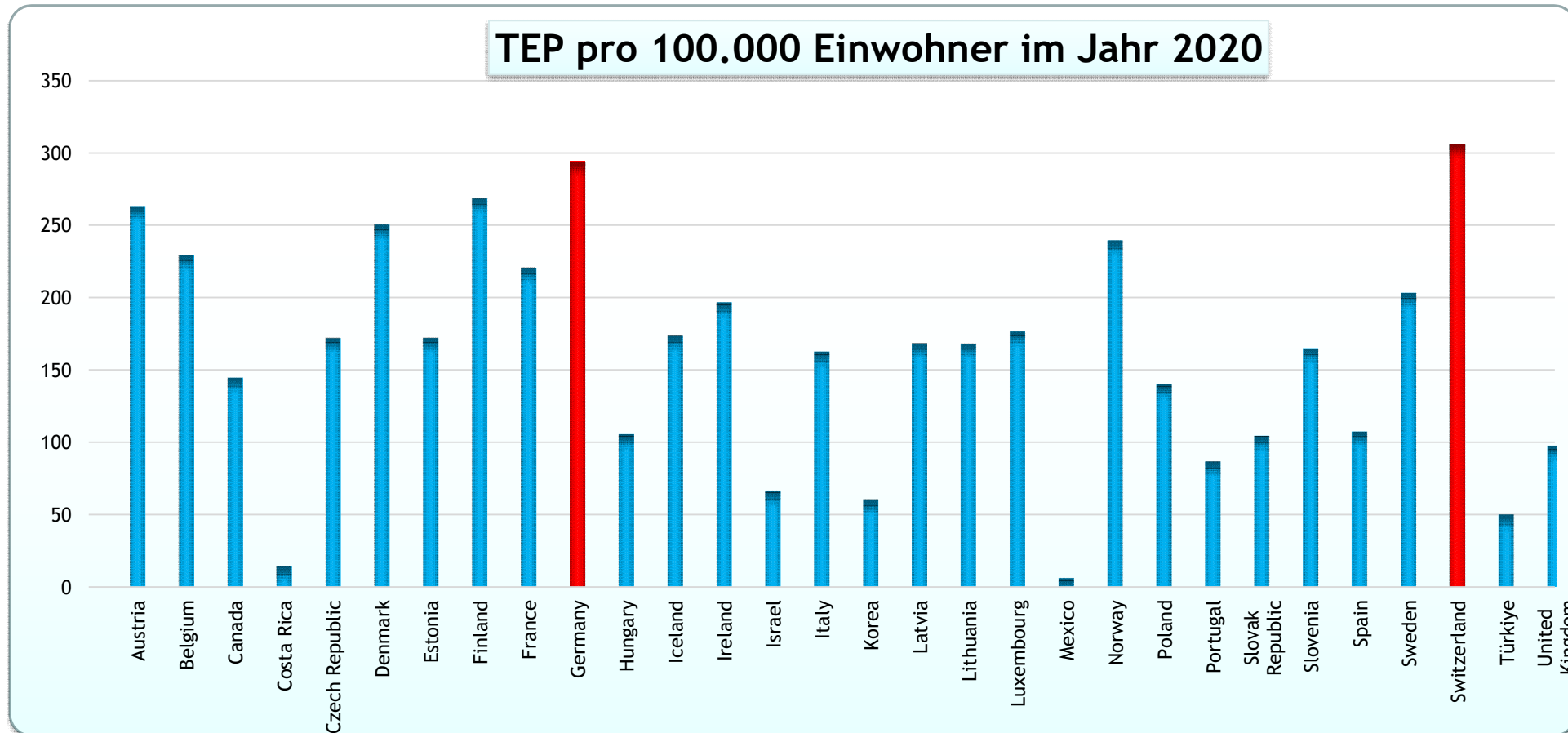
Diskussion um Indikation zu operativen Verfahren v.a. in Orthopädie und Unfallchirurgie, die mengenanfällig sind, z.B. elektive Endoprothetik und Wirbelsäuleneingriffe.

Durchführung von Pilotreviews zur Indikationsstellung bei

- * Hüftendoprothetik
- * Vertebro-/Kyphoplastie bei osteoporotischen WS-Frakturen

**Indikationsstellung
zur
Hüftendoprothese**

Hüftendoprothesen-OP im Ländervergleich



Indikationsreviews bei Hüftendoprothetik

Pilotreview

Hüft-TEP wurde gewählt, um Mindestmengenproblematik bei Knie-TEP zu vermeiden
Auswertebogen wurde erstellt unter Mitwirkung von Prof. Günther, Dresden

Ziel des Reviews:

1. Eignung des Auswertebogens zur Beurteilung der Indikationsqualität
2. Eignung des Verfahrens für Zweitmeinung

Alle 4 Trägergruppen in D

Ausgewählt wurden Kliniken mit den geringsten und höchsten Fallzahlen je Trägergruppe

Ausgewählt wurden vor allem Fälle mit geringem Lebensalter (> 55 Jahre)

Zur Vorbereitung:

- a) Workshop für Kliniken und Peers vor Finalisierung des Auswertebogens
- b) Webinar für Kliniken und Peers vor Start der Reviews

Spezieller Auswertebogen

Kriterien zur Prüfung der Indikationsqualität bei Hüft-TEP	Version	gültig ab	Verantwortlich	Seite	
	2.0	19.05.2019	LG PR - JZ	1	

Peer Review Nummer: _____
Pseudonymisierte Fallnummer: _____
Bewertung durch: _____

Präoperative Anamnese

Alter des Patienten in Jahren zum Aufnahmezeitpunkt _____ Jahre	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt
Gehstrecke bei Aufnahme <input type="checkbox"/> unbegrenzt (>500m) <input type="checkbox"/> Gehen am Stück bis 500 m <input type="checkbox"/> auf Station mobil (50m werden erreicht) <input type="checkbox"/> im Zimmer mobil <input type="checkbox"/> immobil	Gehhilfe bei Aufnahme <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Unterarmstützen/Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator/Gehbock <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> bettlägerig
Pflegestufe bei Aufnahme <input type="checkbox"/> liegt nicht vor <input type="checkbox"/> Pflegegrad 0 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	Einstufung nach ASA-Klassifikation <input type="checkbox"/> ASA I - normaler, gesunder Patient <input type="checkbox"/> ASA II - Patient mit Allgemeinerkrankung <input type="checkbox"/> ASA III - Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung <input type="checkbox"/> ASA IV - Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt <input type="checkbox"/> ASA V - moribunder Patient, von dem erwartet wird, dass er ohne Operation nicht überlebt
Schmerzen bei Aufnahme <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Belastungsschmerz <input type="checkbox"/> ja, Ruheschmerz	
Wurde das passive Bewegungsausmaß bei Aufnahme mit der Neutral-Null-Methode bestimmt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Extension/Flexion (z.B. 10 - 0 - 90) _____
Abduktion/Adduktion (z.B. 30 - 0 - 10) _____	Außen-/Innenrotation (30 - 10 - 0) _____

Kriterien zur Prüfung der Indikationsqualität bei Hüft-TEP	Version	gültig ab	Verantwortlich	Seite	
	2.0	19.05.2019	LG PR - JZ	2	

Modifizierter Kellgren-Lawrence-Score

Osteophyten <input type="checkbox"/> keine oder fraglich <input type="checkbox"/> eindeutig <input type="checkbox"/> große	Sklerose <input type="checkbox"/> keine Sklerose <input type="checkbox"/> leichte Sklerose <input type="checkbox"/> leichte Sklerose mit Zystenbildung <input type="checkbox"/> Sklerose mit Zysten
Gelenkspalt <input type="checkbox"/> nicht oder fraglich verschmälert <input type="checkbox"/> eindeutig verschmälert <input type="checkbox"/> fortgeschritten verschmälert <input type="checkbox"/> aufgehoben	Deformierung <input type="checkbox"/> keine Deformierung <input type="checkbox"/> leichte Deformierung <input type="checkbox"/> deutliche Deformierung
Kellgren-Klassifikation <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IV	
Schweregrad der Gelenkerstörung bei rheumatischen Erkrankungen	
Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Erosive rheumatische Gelenkerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek) <input type="checkbox"/> Grad 0 normal <input type="checkbox"/> Grad 1 geringe Veränderung <input type="checkbox"/> Grad 2 definitive Veränderung <input type="checkbox"/> Grad 3 deutliche Veränderung <input type="checkbox"/> Grad 4 schwere Veränderung <input type="checkbox"/> Grad mutilierende Veränderung
Weitere Kriterien	
Ausgeschöpfte konservative Therapie (3-6 Monate mit Medikamenten/Physiotherapie) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht dokumentiert	Komorbidität bei Aufnahme <input type="checkbox"/> Keine Vorerkrankung dokumentiert <input type="checkbox"/> Antikoagulationstherapie <input type="checkbox"/> Lebererkrankung <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> kardiale Erkrankung <input type="checkbox"/> Adipositas (ab BMI 30) <input type="checkbox"/> pulmonale Erkrankung <input type="checkbox"/> Osteoporose
Einschränkung der Lebensqualität durch Arthrose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht dokumentiert	Rauchen <input type="checkbox"/> ja, aktuell <input type="checkbox"/> früher ja, aktuell nicht mehr <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nicht dokumentiert
Diabetes <input type="checkbox"/> ja HbA1C _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht dokumentiert	präoperative MRSA-Dekontamination erfolgt, sofern erforderlich (Risikopopulation) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ausdrücklicher Patientenwunsch zur Hüft-TEP dokumentiert	Fehlkodierung

Kriterien zur Prüfung der Indikationsqualität bei Hüft-TEP	Version	gültig ab	Verantwortlich	Seite	
	2.0	19.05.2019	LG PR - JZ	3	

ja
 nein

Gesamteinschätzung

Wurde die Indikation zur Hüft-TEP aus Ihrer Sicht korrekt gestellt?
 ja
 nein (warum): _____

Gab es Abweichungen zwischen Peerteam und Klinik in der Bewertung der Indikationsstellung?
 nein
 ja (warum): _____

Wurden Komorbiditäten ausreichend berücksichtigt?
 ja
 nein (warum): _____

Kellgren-Lawrence-Stadien



Stadium 1

V.a. mediale Gelenkspaltverschmälerung,
ggf. kleine Osteophyten am Hüftkopf



Stadium 2

Definitive Gelenkspaltverschmälerung
kaudal, definitive Osteophyten,
leichte Sklerose

Kellgren-Lawrence-Stadien



Stadium 3

Deutl. Gelenkspaltverschmälerung,
Osteophyten, Sklerose, Deformation
Kopf und Acetabulum



Stadium 4

Weitgehender Verlust des Gelenkknorpels,
Sklerose, Zysten, große Osteophyten,
Deformation Kopf und Acetabulum

Verbesserungspotential bei Indikation zu Hüft-TEP (n=200)

Fälle	Verbesserungspotential	Gründe (Freitext)
18	3	In 2 von 18 Fällen nur KL 1 ohne Erklärung, warum OP. In einem Fall OP wegen "transienter Osteoporose". Problemkreis: nicht nachvollziehbare Dokumentation bei externem Operateur, generell keine präop. Bewegungsausmaße dokumentiert.
30	1	Nur in einem Fall (57 Jahre) kurzes Intervall von Beschwerdebeginn bis OP (6 Wochen) bei KL von 2. Insgesamt bei der Hälfte der Patienten RÖ = KL 2 und teilweise weitgehend freie Beweglichkeit.
30	2	In 2 von 30 Fällen schien die Arthrose noch in einem Anfangsstadium. Beim Auswertungsgespräch wurden erhebliche Beschwerden der Patientin angegeben. Dies spiegelt sich in den Akten nicht wider.
30	0	Alle Indikationen waren nachvollziehbar. Sehr schwierige Fälle (Z.n. Transplantation, schwere Rheumafälle). In den beiden Fällen mit KL 2 lagen ergänzende MRTs sowie klinische Befunde vor, die die Indikation zweifelsfrei belegten.
16	2	In 2 von 16 Fällen Indikation bei geringen radiologischen Veränderungen. Insgesamt Problem der unzureichenden Dokumentation und damit fehlende Nachvollziehbarkeit der Indikation bei externem Operateur; ein Fall mit KL = 1: Indikation überhaupt nicht nachvollziehbar.
16	3	In 3 von den 16 Fällen Indikation nicht nachvollziehbar. Insgesamt Dokumentation der ausgeschöpften Therapie unzureichend. Diabetesmanagement. Chefwechsel!!
30	(8/18)	Indikation bei 50% von den Peers nicht bestätigt, weil klinische Befunde unzureichend dokumentiert. Objektiv: 2 x KL=1! 6 x KL=2. 5 x keine Angabe durch Peer! 1 Akte wohl Fehler, da 16 Jahre alt. Nicht ausgefüllt. Diabetesmanagement.
30	1	In einem Fall wurde die Indikation kritisch gesehen, weil eindeutige Lockerung nach septischem TEP-Wechsel der anderen Seite ohne vorherige Diagnostik.

Welche Patienten werden am ehesten von einer externen Prüfung der OP-Indikation profitieren?

Patienten unter 55 Jahre

Patienten ohne ausgeprägte Bewegungseinschränkung

Patienten mit niedrigem Schmerzprofil

Patienten mit geringen Röntgenzeichen (v.a. KL < 3)

Patienten ohne ausreichende Vorbehandlung

Patienten mit kurzem Krankheitsverlauf

und deren Kombinationen.

**Welche Konsequenzen
sind daraus
für den klinischen
Alltag zu ziehen?**

Indikationsstellung zur Hüft-TEP bei Coxarthrose - S3-Leitlinie

publiziert bei:  **AWMF online**
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

AWMF-Register Nr. 187-001 Klasse: S3

Evidenz- und konsensbasierte Indikationskriterien zur Hüfttotalendoprothese bei Coxarthrose

S3-Leitlinie der

Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU)

Erstellt im Rahmen der Initiative Evidenz und konsensbasierte Indikation Totalendoprothese (EKIT-Hüfte)

 **EKIT-Hüfte**

 Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie

 **DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ENDPROTHETIK**

Langfassung

MEDICINE

Clinical Practice Guideline

Total Hip Replacement for Osteoarthritis—Evidence-Based and Patient-Oriented Indications

Klaus-Peter Günther, Stefanie Deckert, Cornelia Lütznert, Toni Lange, Jochen Schmitt, Anne Postler

Summary

Background: Total Hip Replacement (THR) belongs to the most common inpatient operations in Germany, with over 240 000 procedures performed per year; 90% of the artificial joints are still functional at 15 years, and up to 60% at 20 years after surgery. It is essential that the indications for such procedures should be uniform, appropriate, and patient-oriented.

Methods: This review is based on publications retrieved by a systematic literature search for national and international guidelines and systematic reviews on the topic of hip osteoarthritis and THR.

Results: THR should be performed solely with radiologically demonstrated advanced osteoarthritis of the hip (Kellgren and Lawrence grade 3 or 4), after at least three months of conservative treatment, and in the presence of high subjective distress due to symptoms arising from the affected hip joint. Contraindications include refractory infection, acute or chronic accompanying illnesses, and BMI \geq 40 kg/m². Patients should stop smoking at least one month before surgery. In patients with diabetes mellitus, preoperative glycemic control to an HbA_{1c} value below 8% is advisable. It is recommended that patients should lower their weight below a BMI of 30 kg/m².

Conclusion: The decision to perform THR should be taken together by both the physician and the patient when the expected treatment benefit outweighs the risks. Evidence suggests that a worse preoperative condition is associated with a poorer surgical outcome.

Cite this as:

Günther KP, Deckert S, Lütznert C, Lange T, Schmitt J, Postler A: Total hip replacement for osteoarthritis—evidence-based and patient-oriented indications. *Dtsch Arztebl Int* 2021; 118: 730–6. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0323

Total hip replacement (THR) is among the most common operations conducted in an inpatient setting, with approximately 240 000 procedures performed in Germany in 2019 (1). Along with proximal femoral fractures, hip osteoarthritis (hip OA) is the most common disease of the hip joint, treated by hip replacement surgery.

Depending on the stage of the disease, there are a variety of non-surgical and surgical treatment options available for the management of hip osteoarthritis (2). Apart from pharmacological therapy, patient education and exercise therapy as well as maintaining physical activity, are particularly important during the initial stages of the disease. Evidence suggests that for mild to moderate symptoms it is possible to delay THR surgery for some time (median time 5.4 years) by combining these two types of therapy (3). When symptoms deteriorate in the advanced stage, THR is one of the most successful and effective treatment options (2, 4). Data from the British National Joint Registry (NJR), which has been collecting patient-reported outcomes since 2009, show that 97.5% of patients reported an improvement in hip pain and function (increase of 1.53% from a median of 17 to 43 points as measured by the Oxford Hip Score) (5).

According to a meta-analysis from 2019, survival of joint replacement constructs of 89.4% can be expected after 15 years, of 70.2% after 20 years, and of 57.9% after 25 years (6). Also, the risk for surgical complications in the inpatient setting (1.51% for general complications and 2.35% for specific complications) and a mortality risk of 0.04% can be regarded as very low (7).

The frequency of THR performed in Germany differs from region to region. It varies in the individual federal states by a factor of 2.8. Higher rates are found in the south and the northwest (8). One possible reason for this variability is the absence of standardized decision criteria as basis for the indication of THR in a transparent and consistent way (8). Therefore, the guideline project "Evidence-based and consensus-based indication criteria for total hip replacement (EKIT hip)" was initiated under the auspices of the German Society for Orthopedic and Trauma Surgery (DGOU) and the German Society for Endoprosthetics (AE) (9).

University Center of Orthopaedics, Traumatology & Plastic Surgery, University Medicine Carl Gustav Carus Dresden, Germany Prof. Klaus-Peter Günther MD, Dr. rer. medic. Cornelia Lütznert, University Lecturer Dr. Anne Postler MD

Center for Evidence-Based Healthcare, University Medicine Carl Gustav Carus Dresden and the Medical Faculty Carl Gustav Carus of the Technical University Dresden: Stefanie Deckert, Toni Lange, Prof. Jochen Schmitt MD

Günther KP et al.: S3-Leitlinie Evidenz- und konsensbasierte Indikationskriterien zur Hüfttotalendoprothese bei Coxarthrose (EKIT-Hüfte). <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/187-001>

Günther KP et al.: Total hip replacement for osteoarthritis—evidence-based and patient-oriented indications. *Arztebl Int* 2021; 118: 730–6

Algorithmus der Indikationsstellung zur Hüft-TEP bei Coxarthrose - S3-Leitlinie

Indikationskriterien		Ja	Nein
Struktur-schaden	Coxarthrose mind. Kellgren/Lawrence Grad 3 (oder Hüftkopfnekrose mind. ARCO III c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konservative Therapie	Kombination aus medikamentöser und nicht-medikamentöser Therapie seit mindestens 3 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kernelemente nicht-medikamentöser konservativer Therapie erfolgt: Information, Bewegungstherapie, ggf. Gewichtsreduktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Leidens- druck trotz konservativer Therapie	Hüftbezogene Beschwerden (Schmerzen, Funktionseinschränkung) Messinstrument/Score: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gesundheitsbezogene Lebensqualität Messinstrument/Score: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begründung falls "nein"			

Kontraindikationen	Ja	Nein
Aktive Infektion (von Gelenken, Weichteilen oder hämatogen streuend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akute oder chronische Begleiterkrankungen mit erhöhtem Sterberisiko Ggf. welche?: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BMI \geq 40 kg/m²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Kontraindikationen gegen OP Ggf. welche?: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begründung falls "ja"		

Mindestvoraussetzung zur Hüft-TEP gegeben? Ja Nein

Algorithmus der Indikationsstellung zur Hüft-TEP bei Coxarthrose - S3-Leitlinie

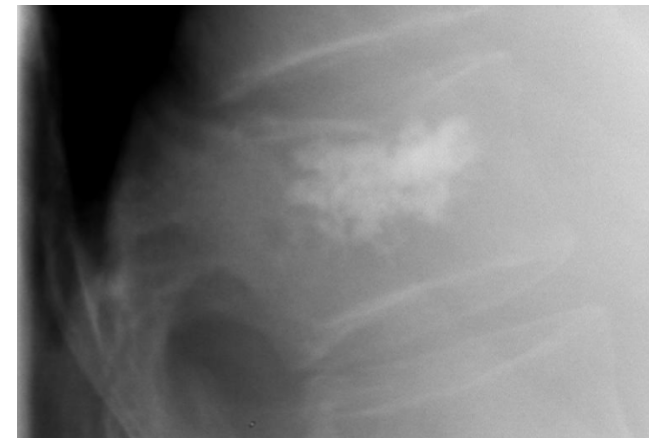
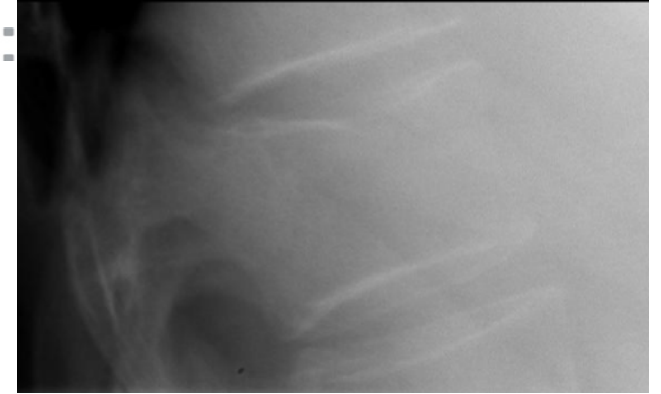
Modifizierbare Risikofaktoren	entfällt	Ja	Nein
Nikotin: Karenz mind. 4 Wochen vor OP bis Wundheilung empfohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus: HbA1c-Wert unter 8 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BMI > 30 kg/m²: Gewichtsabnahme empfohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anämie: Optimierung erfolgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intraartikuläre Injektion von Cortikosteroiden: keine Hüft-TEP innerhalb von 6 Wochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V.a. psychische Erkrankung: fachspezifische Abklärung empfohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begründung falls "nein"			

Partizipative Entscheidungsfindung			
Patient*innenziele Bitte notieren Sie die wichtigsten Ziele, die durch die Operation erfüllt werden sollen.	Ärztliche Einschätzung der Erfüllung		
	Wahr-scheinlich	unsicher	Unwahr-scheinlich
	<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"/>

Gemeinsame Entscheidung: Hüft-TEP-Operation Ja Nein

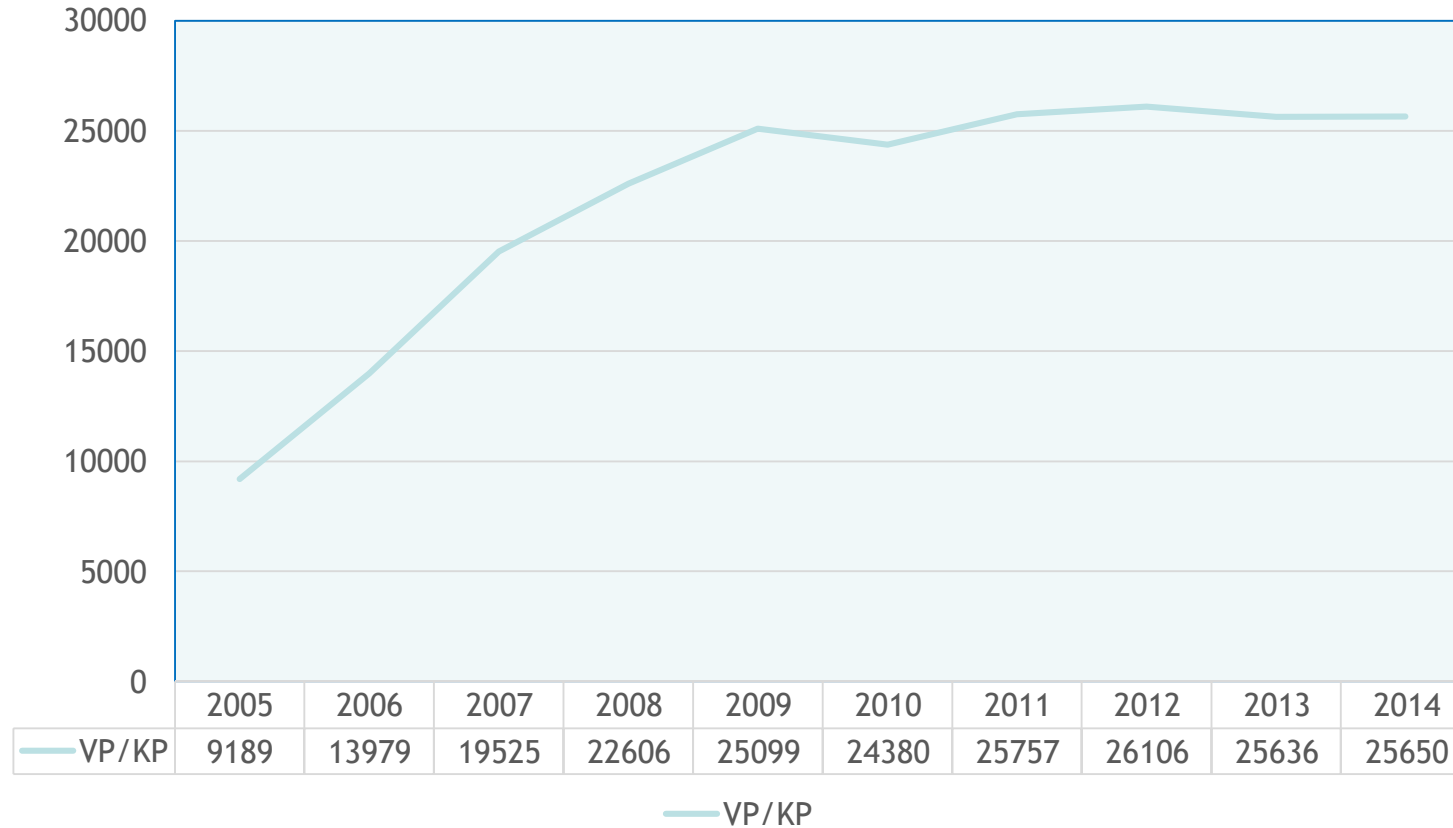
Begründung, falls „nein“: _____

Indikationsstellung
zur
Vertebro- / Kyphoplastie
bei osteoporotischen
Frakturen eines Wirbelkörpers



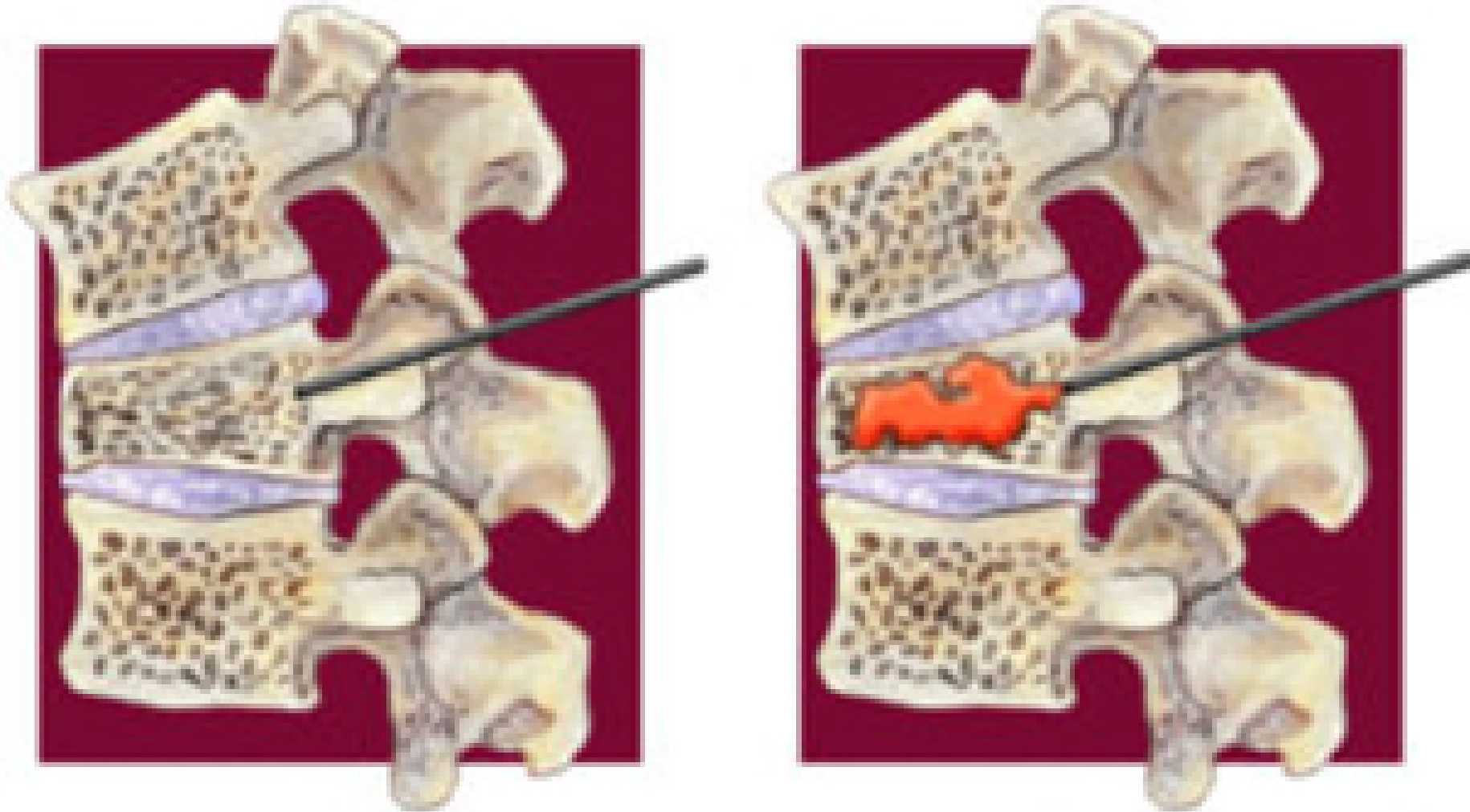
Häufigkeitsentwicklung VP/KP in Deutschland

Vertebro-/Kyphoplastie

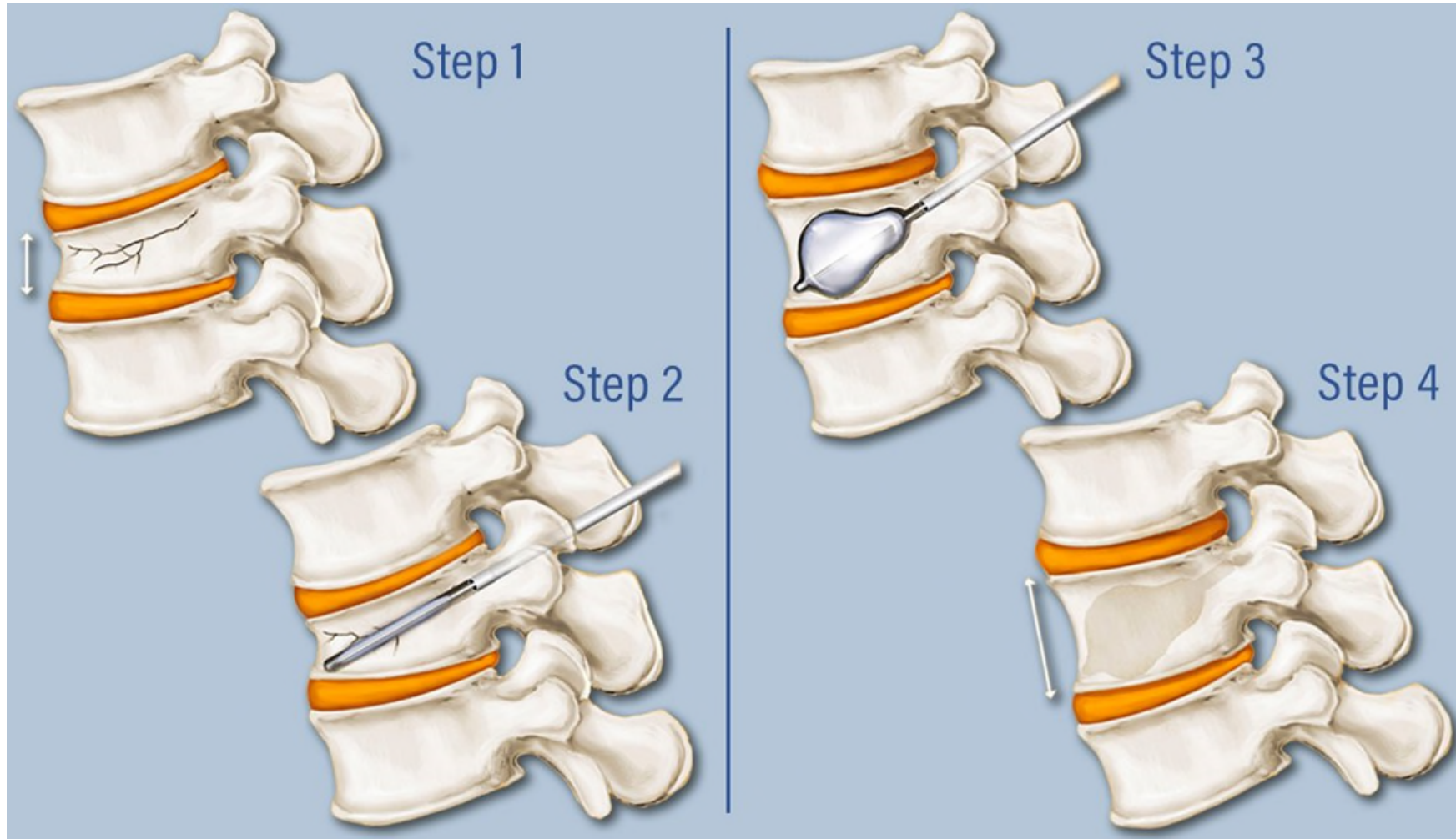


Nimptsch u et al.: Mengenenwicklung stationärer Behandlungen bei Erkrankungen der Wirbelsäule - Analyse der deutschlandweiten Krankenhausabrechnungsdaten von 2005 bis 2014. Z Orthop Unfall 2018; 156: 175-183

Vertebroplastie - OPS 5.839.9_



Kyphoplastie - OPS 5.839.a_



Behandlung osteoporotischer Frakturen durch VP/KP

Zentren, die die Verfahren der Kyphoplastie oder Vertebroplastie anwenden, sollten diese nach Meinung der Leitliniengruppe nur in Erwägung ziehen

1. bei einem Schmerzscore (VAS) von > 5;
2. nach einem erfolglosen, intensiven, dokumentierten konservativen Therapieversuch,
3. nach Berücksichtigung anderer Schmerzursachen und
4. nach dokumentierter interdisziplinärer Einzelfalldiskussion.

Welche Therapie ist bei osteoporotischen Frakturen die richtige?

Stand: 22.06.2020 18:13 Uhr | Archiv

Osteoporose: Wirbelbruch-OP oft unnötig



Bei einem Wirbelbruch raten viele Ärzte zur Operation.

Osteoporose ist eine häufige Ursache für den Bruch eines Wirbelkörpers. Gebrochene Wirbel sind äußerst schmerzhaft, denn an ihrer Oberfläche befindet sich eine sehr empfindliche Knochenhaut. Weil ein Wirbelbruch nicht geschient werden kann, reizen kleinste Bewegungen die Nerven und verursachen Schmerzen.

Jahrelang wurden gebrochene Wirbelkörper mit Knochenzement regelmäßig stabilisiert und aufgerichtet. Doch bei einem Wirbelbruch durch Osteoporose sind nach Ansicht von Experten neun von zehn Operationen unnötig. Denn der Eingriff birgt Risiken, gerade für ältere Betroffene, die Operationen nicht mehr so gut verkraften.

Experten:

.... 9 von 10
Operationen
unnötig!

Behandlung osteoporotischer Frakturen - und was empfiehlt die Fachgesellschaft?

Leitthema

Orthopädie 2019 · 48:84–91
<https://doi.org/10.1007/s00132-018-03666-6>
Online publiziert: 20. Dezember 2018
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
Springer Nature 2018, korrigierte Publikation
2019



T. R. Blattert¹ · K. J. Schnake² · O. Gonschorek³ · S. Katscher⁴ · B. W. Ullrich⁵ · E. Gercek⁶ · F. Hartmann⁶ · S. Mörk⁷ · R. Morrison⁸ · M. L. Müller⁹ · A. Partenheimer¹⁰ · S. Piltz¹¹ · M. A. Scherer¹² · A. Verheyden¹³ · V. Zimmermann¹⁴ · die Sektion **Wirbelsäule der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie**
¹ Orthopädische Fachklinik Schwarzach, Schwarzach, Deutschland; ² Schön Klinik Nürnberg Fürth, Fürth, Deutschland; ³ Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau, Murnau, Deutschland; ⁴ Interdisziplinäres Wirbelsäulenzentrum, Sana Klinikum Borna, Borna, Deutschland; ⁵ Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, BG Klinikum Bergmannstrost, Halle, Deutschland; ⁶ Zentrum für Unfallchirurgie und Orthopädie, Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein, Koblenz, Deutschland; ⁷ St. Anna Krankenhaus, Sulzbach-Rosenberg, Deutschland; ⁸ Sektion konservative und operative Wirbelsäulenthese, Klinikum Ingolstadt, Ingolstadt, Deutschland; ⁹ Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel, Deutschland; ¹⁰ Spine & Sport, Hannover, Deutschland; ¹¹ Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie, Klinikum Coburg gGmbH, Coburg, Deutschland; ¹² Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie, HELIOS Amper Klinikum Dachau, Dachau, Deutschland; ¹³ Klinik für Unfall-, Orthopädische und Wirbelsäulenchirurgie, Ortenauklinikum Lahr-Ettenheim, Lahr, Deutschland; ¹⁴ Zentrum für Hand- und Wirbelsäulenchirurgie, Klinikum Traunstein, Traunstein, Deutschland

Nichtoperative und operative Behandlung der osteoporotischen Wirbelkörperfraktur

Empfehlungen der Sektion Wirbelsäule der
Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und
Unfallchirurgie (DGOU)

Diagnostik „unbedingt erforderlich“:
Röntgen in 2 Ebenen (mögl. im Stehen)
und CT und MR

Entscheidung
Basierend auf OF-Klassifikation

Tab. 1 Score zur therapeutischen Entscheidungsfindung basierend auf der OF-Klassifikation

Merkmale	Schweregrad	Punkte
Morphologie (OF 1–5)	1–5	2–10
Knochendichte	T-Score <–3	1
Dynamik der Sinterung	Ja, nein (1 Woche)	1, –1
Schmerz (unter Analgesie)	VAS ≥4, <4	1, –1
Neurologie	Ja	2
Mobilisation (unter Analgesie)	Nein, ja	1, –1
Gesundheitszustand	ASA >3, Demenz ja, BMI <20, Unselbständigkeit, Gerinnungshemmung ja	Je –1, maximal –2

Peer Review zur operativen Behandlung osteoporotischer Frakturen - Auswertungsbogen

Peer Review Nummer: _____ Pseudonymisierte Fallnummer: _____

Bewertung durch: Peerteam Behandlungsteam (Klinik)

1. Anamnese

1.1 Geschlecht <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Divers/unbestimmt	1.2 Alter des/der Patient:in in Jahren zum Aufnahmezeitpunkt: _____ Jahre
---	---

1.3 Aufnahmeart: <input type="checkbox"/> elektiv über Hausarzt <input type="checkbox"/> elektiv über niedergelassenen Chirurgen / Orthopäden <input type="checkbox"/> Rettungsstelle	1.4 Komorbiditäten/ Nebendiagnosen/ Traumatageschehen: <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung <input type="checkbox"/> Unfall-/Traumatageschehen
---	---

1.5 Einstufung nach ASA-Klassifikation

ASA I - normaler, gesunder Patient
 ASA II - Patient mit Allgemeinerkrankung
 ASA III - Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung
 ASA IV - Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt
 ASA V - moribunder Patient, von dem erwartet wird, dass er ohne Operation nicht überlebt

1.6 Ursache der Fraktur: <input type="checkbox"/> Akutes Trauma (ohne Osteoporose) <input type="checkbox"/> Sinterungsfraktur <input type="checkbox"/> Ursache unbekannt <input type="checkbox"/> Ursache nicht dokumentiert <input type="checkbox"/> Anderes: _____	1.7 Schmerzdauer (falls bekannt): _____ Wochen vor Intervention
--	---

1.8 Intensität der Schmerzen (Ausgangsschmerzen): _____ VAS <input type="checkbox"/> Wert nicht dokumentiert <input type="checkbox"/> Scoring nicht möglich, weil: _____
--

1.9 Erfolgte eine konservative Therapie der Beschwerden?

Ja
 Analgetika (WHO-Stufe III): _____
 TL-Orthese
 Mobilisationsversuche
 schmerzfrei/-arm (VAS): _____
 erhebliche Schmerzen (VAS): _____
 die konservative Therapie wurde ausgeschöpft und dokumentiert
 Nein, weil: _____

1.10 Wurden andere Ursachen der Schmerzen differenzialdiagnostisch ausgeschlossen?

Ja
 Nicht dokumentiert
 Nein, weil: _____

2. Diagnostik

2.1 Welche Bildgebung wurde durchgeführt?

Röntgen (2 Ebenen, stehend wenn möglich)
 CT
 MRT (incl. STIR)
 Nicht dokumentiert
 Nicht zugänglich
 Keine, weil: _____

2.3. Klassifikation der osteoporotischen Fraktur (OF)

Typ	Beschreibung
<input type="checkbox"/> OF 1	keine Deformation (Wirbelkörperödem)
<input type="checkbox"/> OF 2	Deformation mit geringer/ohne Hinterwandbeteiligung (<1/5)
<input type="checkbox"/> OF 3	Deformation mit ausgeprägter Hinterwandbeteiligung (>1/5)
<input type="checkbox"/> OF 4	Verlust der Rahmenstruktur, Wirbelkörperkollaps oder Kneifzangenfraktur
<input type="checkbox"/> OF 5	<u>Distraktions-</u> und Rotationsverletzungen

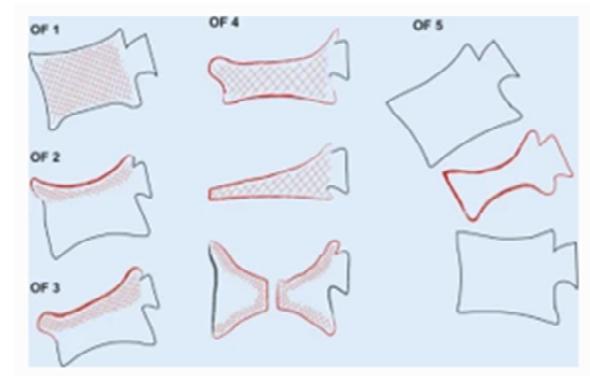


Abbildung 1: Schnake et al., Unfallchirurg 2017

Peer Review zur operativen Behandlung osteoporotischer Frakturen - Auswertungsbogen

Osteoporotic Fracture (OF) Classification-Based Scoring System			
Merkmale	Schweregrad	Punkte	Ergebnis
Morphologie (OF 1-5)	1-5	2-10	
Knochendichte	T-Score < - 3	1	
Dynamik der Sinterung	Ja, nein (1 Woche)	1, -1	
Schmerz (unter Analgesie)	VAS \geq 4, <4	1, -1	
Neurologie	Ja	2	
Mobilisation (unter Analgesie)	Nein, ja	1, -1	
Gesundheitszustand	ASA \geq 3, Demenz ja, BMI <20, Unselbständigkeit, Gerinnungshemmung ja	Je -1, maximal -2	
Summe			

2.9 Eingriffsart:

Vertebroplastie
 Kyphoplastie

2.10 Wurden Behandlungsalternativen mit dem/der Patient:in bzw. den Angehörigen besprochen?

Ja
 Nein, weil:

2.11 Wurden die Zustimmung zum Eingriff von dem/der Patient:in bzw. einer/einem Angehörigen eingeholt?

Ja
 Nein, weil:

3.5 Erfolgte eine Entscheidung zur palliativen Behandlung „End of life care“?

Ja Wenn ja, welche Personen waren an der Entscheidungsfindung beteiligt:
 Nein

3.6 Entlassungsart:

Eigene Häuslichkeit Rehabilitationseinrichtung Verstorben
 Anderes Krankenhaus Andere: Todesursache:
 Pflegeheim _____ _____
 _____ _____ _____

2.4. OF-Classification-based Scoring System

0 - 5 Punkte 6 Punkte > 6 Punkte

3. Intra- und postprozeduraler Verlauf

3.1 Kam es intraprozedural zu Komplikationen?

Austritt von Zement
 Blutungen
 Andere:

3.2 Kam es postprozedural zu Komplikationen?

Wundheilungsstörung
 Anschlussfrakturen
 Austritt von Zement
 Reizung peripherer Nerven
 Lungenembolie
 Kompression des Rückenmarks
 Neurologische Schäden
 Sepsis
 Andere:

3.3 Postprozedurale Intensität der Schmerzen:

_____ VAS

3.4 Wenn es zu Komplikationen kam, wurden diese zeitnah erkannt und adäquat behandelt?

Ja
 Nein
 Nicht, relevant weil:

2.5 Stimmen die Schmerzlokalisierung und der in der Bildgebung diagnostizier Wirbelkörper überein?

Ja
 Nein
 Nicht dokumentiert

2.6 Wurde eine Osteoporosedagnostik / -therapie empfohlen:

Ja
 Nein, weil:

2.7 Erfolgte eine interdisziplinäre Einzelfalldiskussion?

Ja, teilnehmende Fachrichtungen waren:

Nein, weil:

2.8 Bestanden Kontraindikationen?

Asymptomatische Wirbelkörperfrakturen
 Therapierefraktäre Koagulopathie
 hämorrhagische Diathese
 Bakterielle Infektionen
 Sepsis
 Nein
 Andere:

4. Gesamteinschätzung

4.1. Wurde die Indikation zur Vertebro-/Kyphoplastie leitliniengerecht gestellt?

Sicher Wenn fraglich/ nach Aktenlage nicht nachvollziehbar/ nein, bitte begründen:
 Fraglich
 Nach Aktenlage nicht nachvollziehbar
 Nein

4.2. Erfolgte die Behandlung leitliniengerecht?

Sicher Wenn fraglich/ nach Aktenlage nicht nachvollziehbar/ nein, bitte begründen:
 Fraglich
 Nach Aktenlage nicht nachvollziehbar
 Nein

4.3. Gibt es (weitere) Verbesserungspotenziale?

Sicher Wenn sicher/vermutlich, bitte kurz beschreiben:
 Vermutlich
 Nein

ggf. Stärken im Behandlungsverlauf

Peer Review zur operativen Behandlung osteoporotischer Frakturen - Wesentliche Ergebnisse

Die operative Behandlung erfolgt in allen Kliniken sehr standardisiert und ohne relevante Komplikationen.

Vorausgehende konservativer Behandlungsversuch

Die in der S3-Leitlinie geforderte konsequente intensive und zeitliche ausreichende konservative Behandlung **erfolgte meistens nicht.**

Die medikamentöse Therapie war häufig zeitlich und inhaltlich (bis zur Stufe WHO III) nicht ausgereizt.

Protokollzitat: Die Patienten erhalten durch die Klinik in 43% eine Kyphoplastie, ohne dass vorher im ambulanten Setting überhaupt eine qualifizierte konservative Behandlung versucht wurde.

OP-Aufklärung:

Eine Aufklärung über alternative Behandlungsmethoden war häufig nicht oder unzureichend dokumentiert.

Protokollzitat: Die Klinik sieht die aktuelle Dokumentation als ausreichend an.

Dokumentation:

Die Pflegedokumentation war in der Regel gut bis sehr gut; die ärztliche Dokumentation v.a. bzgl. Schmerz eher lückenhaft.

Eine echt interdisziplinäre Einzelfalldiskussion zur OP-Indikation wurde praktisch nie durchgeführt bzw. nicht dokumentiert.

Verbesserungspotential gibt es bei der Empfehlung zur Osteoporosediagnostik bzw. -therapie.

Interdisziplinäre Einzelfalldiskussion

Eine echt interdisziplinäre Einzelfalldiskussion zur OP-Indikation wurde praktisch nie durchgeführt bzw. nicht dokumentiert.

Berücksichtigung der Osteoporose

Verbesserungspotential gibt es bei der Empfehlung zur Osteoporosedagnostik bzw. -therapie.

**Welche Konsequenzen
sind daraus
für den klinischen
Alltag zu ziehen?**



Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der OSTEOPOROSE

bei postmenopausalen Frauen und bei Männern ab dem 50. Lebensjahr

Leitlinie des Dachverbands der Deutschsprachigen
Wissenschaftlichen Osteologischen Gesellschaften e.V.

2023

Langfassung V 2.1

AWMF-Register-Nr.: 183/001

Copyright © Dachverband Osteologie e.V.

Die Zeichen (A,B,O) geben den jeweiligen Handlungsempfehlungsgrad in Bezug auf den Evidenzgrad nach den SIGN-Kriterien (Therapie) bzw. den Oxford-Kriterien (Diagnostik) an. Einzelheiten siehe Dokument „Methodenreport der DVO-Leitlinie 2013 zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Männern und bei postmenopausalen Frauen“ (<http://www.dv-osteologie.org>)

Für die Indikationsstellung gilt weiterhin folgende Empfehlung:

Zentren, die die Verfahren der Kyphoplastie oder Vertebroplastie anwenden, sollten diese nur in Erwägung ziehen, wie in der Empfehlung genannt:

1. bei einem Schmerzscore (VAS) von > 5 ;
2. nach einem erfolglosen, intensiven, dokumentierten konservativen Therapieversuch,
3. nach Berücksichtigung anderer Schmerzursachen und nach dokumentierter interdisziplinärer Einzelfalldiskussion und positivem MRT für eine frische Fraktur (Knochenmarködem).



15 Jahre IQM -
vom Club der Mutigen zur Institution

Nachhaltigkeit in der Medizin und Klinik - einfach mal machen

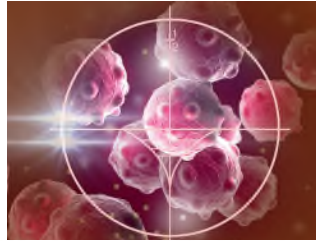
Constanze von der Schulenburg

Leitung Stabsstelle Nachhaltigkeit, Helios Kliniken



04.09.2008

Ulla Schmidt spricht sich für Mindestlöhne in der Pflege aus



Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft (Ulmer Papier): Rationierung nicht länger vertuschen

Krankenkassen müssen Kindern mit Diabetes alle Insuline erstatten!

Ministerium für Gesundheit entscheidet im Sinne der Patienten Bochum, 9. Mai 2008 - Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ 1 bis zum 18. Lebensjahr erhalten weiterhin auch kurzwirksame Analoginsuline von den Gesetzlichen Krankenkassen erstattet. Das

Die Welt 2008 ...

Gemeinsame Pressemitteilung: Nationaler Krebsplan vorgestellt

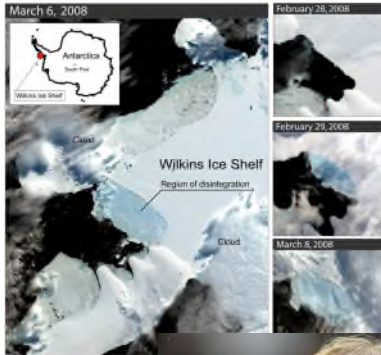
Eine bessere Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten ist das Ziel.

Berlin, 16.06.2008. Heute hat Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt den Nationalen Krebsplan gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren vorstellt.



„Im März 2008 zeigt sich das dramatische Ausmaß des Klimawandels auf drastische Weise. Satelliten dokumentieren, wie die insgesamt 13.000 Quadratkilometer große Eisfläche Wilkins Ice Shelf in der Antarktis auseinanderbricht.“

Crash-Jahr 2008 Die Chronik der Lehman-Krise



aerzteblatt.de

/ Ärzteblatt / cme / Arztstellen / Studieren / English Edition

Home Archiv News Themen DÄ plus Politik Medizin

Archiv > Deutsches Ärzteblatt > 40/2008 > Qualitätssicherung: Krankenhäuser schaffen gemeinsame Plattform

POLITIK

Qualitätssicherung: Krankenhäuser schaffen gemeinsame Plattform

Dtsch Arztebl 2008; 105(40): A-2079 / B-1785 / C-1745



FOLGEN DER FINANZKRISE

Wie die Lehman-Pleite die Mutter aller Krisen auslöste



Krankenhausreform: Eckpunkte stehen, aber an der Finanzierung kann noch alles scheitern

☆ E-REZEPT UND EPA

Kabinett beschließt Digitalgesetze

dpa/ APOTHEKE ADHOC, 30.08.2023 07:25 Uhr aktualisiert am 30.08.2023 11:33 Uhr

aerzteblatt.de

Politik

Krankenhausreform: Erster Arbeitsentwurf zu Vorhaltepauschalen und Leistungsgruppen liegt vor



...und 2023

Assistierter Suizid

Gesetzentwürfe zu Neuregelung der Sterbehilfe scheitern im Bundestag

Kontrovers und emotional haben die Abgeordneten über die Reform der Sterbehilfe debattiert. Zwei fraktionsübergreifende Gesetzentwürfe fanden keine Mehrheit.

Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen

Warum sich ökologisches Handeln für Kliniken rechnet

Daten der US-Behörde NOAA

2023 wird wohl wärmstes Jahr seit Aufzeichnungsbeginn

Die Wahrscheinlichkeit liegt bei mehr als 99 Prozent: Laut einer Prognose der US-Behörde NOAA wird 2023 das wärmste Jahr seit Beginn der Aufzeichnungen. Die Vorhersage der Amerikaner deckt sich mit der von europäischen Kollegen.

16.11.2023, 13.00 Uhr



HINTERGRUND Abfall-Problem im Gesundheitswesen

Was Kliniken gegen Müll unternehmen können

Stand: 16.11.2023 10:34 Uhr

Berichtspflicht zum Thema Nachhaltigkeit: Das müssen Unternehmen über die CSRD wissen



Anfang des Jahres in Kraft getreten, nimmt sie künftig deutlich mehr Unternehmen in die Pflicht, wenn es um die Nachhaltigkeitsberichterstattung geht. Die Rede ist von der EU-Richtlinie "Corporate Sustainability Reporting Directive", kurz CSRD. Was die CSRD konkret

- CSRD, LKSG... Ein Berg neuer regulatorischer Anforderungen führt zeitweise zu Starre und Ohnmacht...
- Den 1. Schritt gehen: Wer die Regulatorik als Grundlage nutzt, wird schnell Chancen erkennen, Risiken minimieren und zugleich einen Beitrag zur nachhaltigen Transformation leisten.
- Die neue Berichtspflicht CSRD gibt ein wichtiges Werkzeug an die Hand: Die **Wesentlichkeitsanalyse**. Mit ihr identifizieren wir diejenigen Themen, die für unser Unternehmen/unsere Klinik/unsere Organisation und unser Geschäftsmodell **relevant, also wesentlich** sind.
- Diese Themen sollten anschließend mit Priorität bearbeitet werden. (Gleiches gilt für das Lieferkettensorgfaltspflichten-gesetz LkSg: Hier ist die **Risikoanalyse** entscheidend für das gezielte Aufsetzen von Maßnahmen.)

→ **Wie STARTEN wir überhaupt, uns um Nachhaltigkeitsthemen zu kümmern?**

Ziel → einen nachhaltigen, strukturierten Veränderungsprozess im Unternehmen anstoßen, die Anforderungen und Bedürfnisse der verschiedenen Stakeholdergruppen berücksichtigen, um einen erfolgreichen Transformationsprozess zu erreichen.

Nachhaltigkeit & Reporting bei Helios

Non Financial Reporting Directive, NFRD

Wer?

- „Unternehmen von öffentlichem Interesse“:
- ✓ börsennotierte Unternehmen
 - ✓ Banken, Versicherungsgesellschaften
 - ✓ mehr als 500 MA
 - ✓ Umsatz > 40 Mio. Euro oder
 - ✓ Bilanzsumme > 20 Mio. Euro

Was?

- Umwelt-, Sozial- und Arbeitnehmerbelange
- Achtung der Menschenrechte
- Bekämpfung von Korruption und Bestechung
- Diversitätskonzepte für Unternehmensführung, Kontrollgremien und Aufsichtsrat

Corporate Sustainability Reporting Directive, CSRD

Wer?

- Unternehmen, die zwei der drei Größenkriterien erfüllen:
1. Umsatz > 40 Mio. Euro
 2. Bilanzsumme > 20 Mio. Euro
 3. mehr als 250 MA
- KMU ab 10 MA, sofern Kapitalmarktorientierung vorliegt.

→ ca. **Verdreißigfachung** der in Deutschland berichtspflichtigen Unternehmen (rd. 15.000)

Was?

- Doppelte Materialitätsanalyse ESG (Inside-out, Outside-in)
- Teil des Lageberichtes, kein gesonderter Bericht
- Einbeziehung EU Taxonomie
- Prüfpflicht

→ „**Nachhaltigkeit und Finanzen auf gleicher Augenhöhe**“

2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 ...

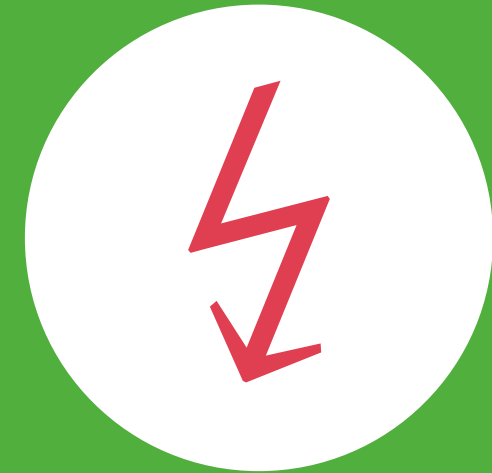


Helios Stabsstelle Nachhaltigkeit

- ✓ Strategie
- ✓ Reporting/Prüfung
- ✓ NH Management



CSRD und was sie bedeutet....



Massive Veränderung

„Die größte Transformation in der Unternehmensberichterstattung seit Einführung der IFRS“ ([PwC](#))



Ressourcen knapp

Reportingpflichtige
Fachbereiche benötigen
lange Vorlaufzeiten



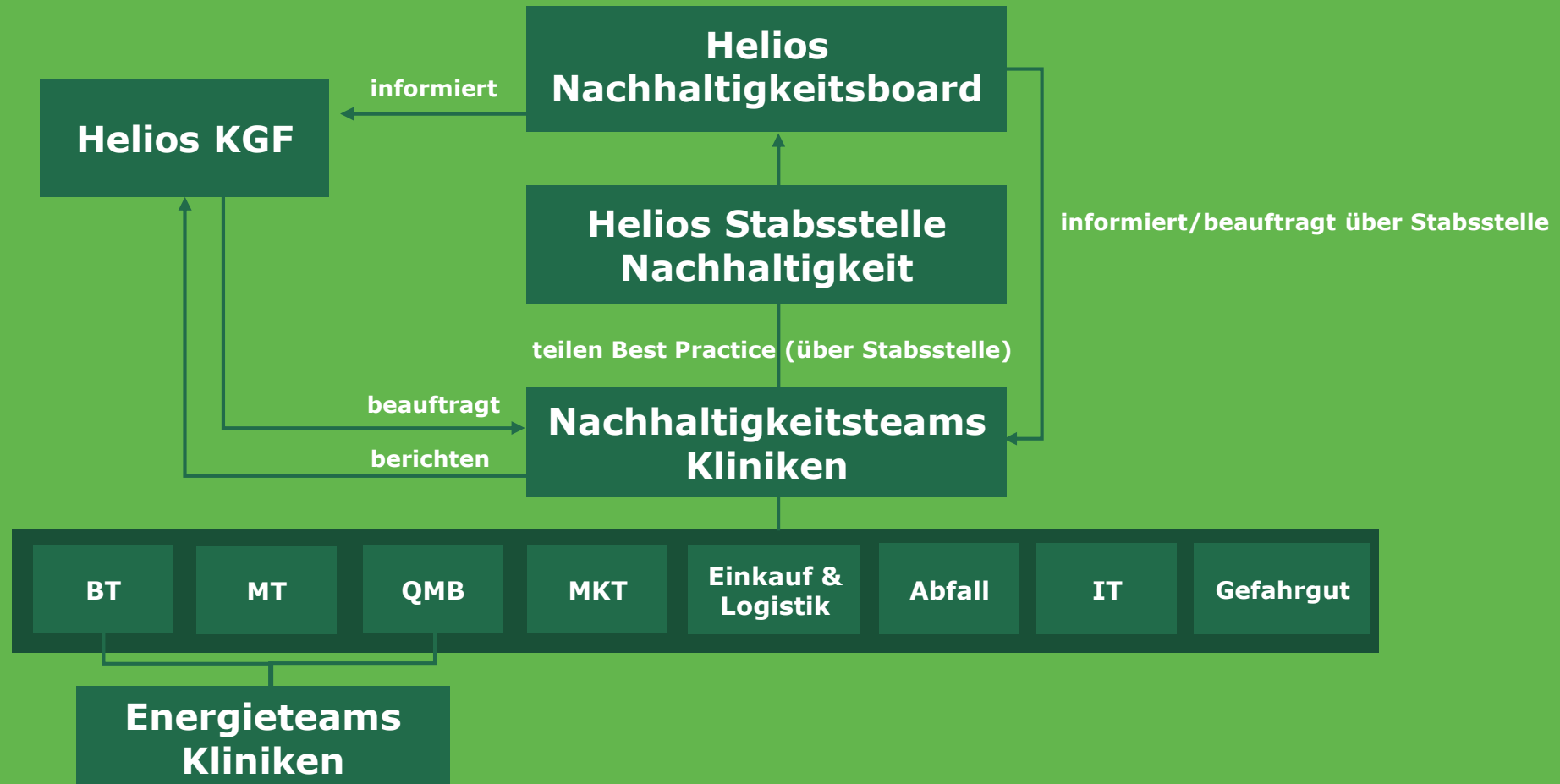
Zeit drängt

2024 startet neues Reporting

Zugleich...

- deutliches Signal, dass der ausschließliche Blick auf Finanzen und –Ergebnis für nicht mehr ausreichend ist
- zwingt zu detaillierter Beschäftigung mit Nachhaltigkeitsthemen im eigenen Unternehmen
- „Greenwashing“ wird schwieriger

Nachhaltigkeit braucht Struktur



Nachhaltigkeit braucht Fokus



Mitarbeiter:innen stärken

Mitarbeiterbindung stärken –
Fluktuation reduzieren

Vielfalt und Chancengleichheit

Systematisches
Recruiting

stabile Arbeitsverhältnisse

Betriebliche
Gesundheitsförderung

Berufliche Weiterentwicklung

Traineeprogramm:
Talente fördern

Führungskompetenzen stärken

Sicheres und gesundes Arbeiten



Patient:innen versorgen

96%

der Unternehmensziele
zur Behandlungsquali-
tät hat Helios 2022
erreicht

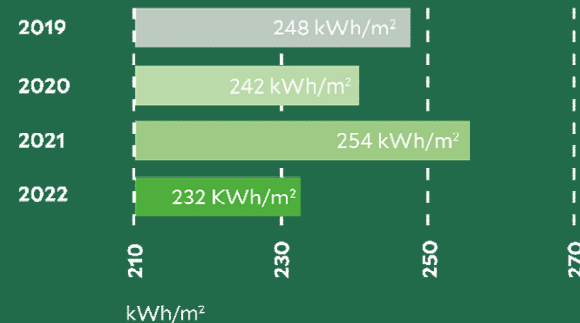


Patientinnen und Patienten
traten in über 1.800 Video-
konsultationen mit Ärztin-
nen und Ärzten von Helios
in Kontakt



Umwelt schützen

Helios Energieverbrauch pro m²



Compliance (ethisch handeln)



Umweltschutz
und Tierschutz



Grundsätzliche
Anforderungen an
Geschäftspartner



Qualitätsanforderungen
und Informationspflicht



Compliance und
Korruptionsbekämpfung



Menschenrechte
und Arbeitsnormen

Helios Fokusbereiche Nachhaltigkeit und ihre Stichworte...

Patient:innen	Mitarbeiter:innen	Umwelt	Compliance
✓ Qualitätsmanagement	✓ Tarif	✓ Helios Klimaziel	✓ Transparenz
✓ Patientensicherheit	✓ Aus-Fort-Weiterbildung	✓ Energiemanagement	✓ Korruptionsbekämpfung
✓ Fehlermanagement	✓ E-Learning	✓ Klimaschutz	✓ IT Sicherheit
✓ Patientenzufriedenheit	✓ Arbeitssicherheit & Gesundheitsschutz	✓ CO ₂ Fußabdruck	✓ Datenschutz
✓ Hygiene	✓ Vereinbarkeit von Familie & Beruf	✓ Wassermanagement	✓ Menschenrechte
✓ Antibiotika-Management	✓ Vielfalt und Chancengleichheit	✓ Abfallmanagement	✓ Lieferketten
✓ Digitalisierung	✓ Internationale Fachkräfte	✓ Recycling	✓ Supplier Code of Conduct
✓ Telemedizin	✓ Digitalisierung	✓ Ressourcenschonung	
✓ Forschung		✓ Speisenversorgung	
✓ Geschlechterspezifische Medizin			

Nachhaltigkeit braucht Ziele - Helios Klimaziel 2040

2022

Helios beschließt,
klimaneutral zu werden



200.000
Tonnen CO₂

Die CO₂-Emissionen* belaufen sich auf 200.000 Tonnen pro Jahr.

Bis 2030

Helios senkt die
CO₂- Emissionen* um 50 %



100.000
Tonnen CO₂

Das entspricht einem Ausstoß von jährlich noch 100.000 Tonnen CO₂.

Bis 2040

Helios senkt die
CO₂- Emissionen* um 100 %



0
Tonnen CO₂

Das entspricht einem Ausstoß von jährlich 0 Tonnen CO₂.



Zusammen mit allen
Fresenius-Bereichen
wollen wir bis 2030
unseren CO₂-Ausstoß um
die Hälfte reduzieren und
im Jahr 2040
Klimaneutralität erreicht
haben.

Robert Möller, CEO Helios

* Scope 1- und Scope 2-Emissionen

Nachhaltigkeit braucht eine Roadmap

ZIELE FÜR NACHHALTIGE ENTWICKLUNG



Sichtbarkeit und Transparenz

Seit 2019 jährliche
Nachhaltigkeitsberichte
nach GRI Standard



Zukunft gestalten

 Helios

Shaping the future

 Helios

2022 Sustainability Report

Nachhaltigkeit braucht Einbindung & Partizipation



**Patientin: Erde
Wir Helfen!**

Tipps für einen nachhaltigen Lebensstil und ein Gedanken-Experiment wie wir gemeinsam mit kleinen Maßnahmen Großes bewirken können.

WAS WÄRE, WENN ...

... alle Helios Mitarbeitenden jeden dritten Tag das Auto stehen lassen?

CO₂

Gemeinsam würden wir jährlich **62.200 Tonnen CO₂** einsparen.*

Jährlich würden wir alle zusammen **46,5 Millionen Euro** sparen – pro Person entspräche das über 600 Euro.*

22.900.000 Liter Sprit sparen – das entspricht etwa 380.000 Tankfüllungen.*

Bereits ein 10-minütiger Spaziergang pro Tag senkt das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen um 20 Prozent.

WAS WÄRE, WENN ...

... alle Helios Mitarbeitenden jeden dritten Tag vegetarisch* lebten?

Mit der freigesetzten Nutzfläche, die aktuell für Tierhaltung und Futtermittelherstellung verwendet wird, könnten wir Nahrungsmittel für weitere 10.000 Menschen anbauen.

Zudem würden wir **12.800.000.000** Liter Wasser pro Jahr einsparen, das entspricht 35 Millionen gefüllten Badewannen.

Und außerdem noch **8 Prozent** unsere CO₂-Emissionen um **rund 8 Prozent** senken, das entspricht **10.000 Tonnen** pro Jahr!

Wir würden unsere privaten Ausgaben für Nahrungsmittel um **14 Prozent** senken.

WAS WÄRE, WENN ...

... alle Helios Mitarbeitenden ihre Lebensmittelverschwendung um die Hälfte reduzierten?

25% weniger Lebensmittelverschwendung

18.750 Tonnen CO₂ könnten wir gemeinsam einsparen. Das entspricht über **35.000** Flugreisen einer Person von Berlin nach London.

2.813 Tonnen Müll würden wir einsparen.

52% weniger Energieverbrauch

WAS WÄRE, WENN ...

... alle Helios Mitarbeitenden sämtliche abschaltbaren Steckdosenleisten* 10 Stunden täglich ausschalten würden?

On **Off**

1.400.000 kWh Strom könnten wir damit pro Jahr bei Helios sparen. Das entspricht dem durchschnittlichen Jahresverbrauch von 417 Einfamilienhäusern.

Es könnten damit **500 Tonnen CO₂** eingespart werden. Das entspricht dem durchschnittlichen jährlichen CO₂-Fußabdruck von 45 Deutschen oder rund 1.000 Flugreisen von Berlin nach London.

Mit der eingesparten Strommenge könnte man **ca. 9,7 Millionen km im Elektroauto fahren**, also ca. 240 Mal um die Welt.

Helios www.helios-gesundheit.de

www.helios-gesundheit.de/patientin-erde

Newsletter Nachhaltigkeit
September 2023



„Nie zuvor war die Dringlichkeit für nachhaltiges Handeln so offensichtlich wie heute. Um unserer Verantwortung Rechnung zu tragen, habe ich den Klimaschutz bei Helios weit oben auf die Agenda gesetzt. Dass der Gesundheitsbranche insgesamt und uns als großem Player eine wichtige Rolle zukommt, liegt auf der Hand: Unser Handeln ist seit jeher darauf fokussiert, Menschen die bestmögliche Medizin anzubieten und sie dabei zu unterstützen, gesund zu werden und zu bleiben. Hierfür ist eine gesunde Umwelt unerlässlich. Wir wollen daher wirkungsvolle Konzepte entwickeln, stärker das Bewusstsein auf den Schutz von Ressourcen lenken und unsere Mitarbeitenden auf diesem Weg bestmöglich einbinden.“

Robert Möller, CEO, Helios Kliniken GmbH

Haben Sie Anregungen oder Fragen?

Dann schreiben Sie uns: Nachhaltigkeit@helios-gesundheit.de

FAQ

Die Antworten auf Ihre häufigsten Fragen zum Thema Nachhaltigkeit bei Helios finden Sie hier.




„Ich helfe, indem ich mit Schwung und E-Bike zur Arbeit komme.“

So können wir gemeinsam CO₂ reduzieren!

Helios Green Awards 2023

Helios Energie Award

prämiert die Klinik, die es im Zeitraum Oktober 2022 bis März 2023 geschafft hat, das Thema Energiemanagement am effektivsten und am erfolgreichsten umzusetzen. Berücksichtigt wird dabei auch der Umsetzungsgrad unseres „100 Punkte“ Maßnahmenprogramms.

Preisgeld: € 50.000

Helios Nachhaltigkeitsaward

prämiert die Klinik mit dem besten Best-Practice-Projekt aus dem Bereich der ökologischen Nachhaltigkeit.

Die Wahl des Gewinners erfolgt durch die Teilnehmenden des Klinischen Kongresses 2023.

Preisgeld: € 25.000



Nachhaltigkeit braucht Ausdauer

Nachhaltigkeit Wahlleistungen/Privat:

Wünschen Sie einen Bademantel?

Sprechen Sie uns gern an.



Wünschen Sie eine Kosmetiktasche?

Sprechen Sie uns gern an.



Blog-Eintrag / 2023 / August / 31 2.628 Aufrufe

Favorit Beobachten Teilen

Neue Speisekarten bei Helios

Mehr Bio, vegetarisch und regional

Angelegt von [Möller, Stefan](#) am 21.08.2023

Zum Start der neuen Woche am 4. September gibt es 21 neue Gerichte auf der Helios Mittagskarte für gesetzlich versicherte (GKV) Patient:innen. Privat Versicherte können ab dem 21. September aus den neuen Gerichten wählen. Helios setzt mit seiner kulinarischen Doppelspitze dem Zwei-Sternekoch Hendrik Otto und Catering-Geschäftsführer Till Braumann neue Maßstäbe in der Klinikküche: Wir bauen die hohe Qualität der Verpflegung in den Klinikküchen weiter aus und werden nachhaltiger.

Auf dem neuen Speiseplan stehen mehr Bio, mehr regionale Produkte und weniger Fleisch. Für den GKV-Bereich bedeutet das eine Reduzierung des Fleisch- und Fischanteils um 17 Prozent auf jetzt 43 Prozent. Die Vielfalt ist groß, die Zutaten regionaler als bisher: Ob Kichererbsencurry mit Reis, Falafel-Bällchen, Hühnerfrikassee oder eine Bratwurst, die zu 75 Prozent aus pflanzlichen Proteinen und nur zu 25 Prozent aus Bio-Schweinefleisch besteht. Es gibt zehn vegetarisch-vegane und zwei fleischreduzierte Gerichte. Fünf Gerichte sind mit Fleisch, zwei mit Fisch und zwei Eintöpfe. Auf der Speisekarte für Privatversicherte ist der Anteil der bio-vegane bzw. bio-vegetarischen Gerichte noch etwas höher.

„Der Anteil der vegetarischen, veganen und fleischreduzierten Gerichte konnte für die Speisekarte 2023 deutlich erhöht werden.“ – Hendrik Otto

Täglich ein veganes Gericht in den Helios Cafeterien



Hygiene

REDUZIERUNG VON EINMALHANDSCHUHEN

Helios lässt das Gummi weg.



Wer Handschuhe trägt, möchte sich selbst und andere vor der Übertragung gefährlicher Erreger schützen. Aber wussten Sie, dass genau der gegenteilige Effekt eintreten kann? Nämlich besonders dann, wenn die Handschuhe zu häufig und zu lange getragen werden. Aus diesem Grund möchten wir bei Helios die falsche Verwendung von Einmalhandschuhen reduzieren.



Das nehmen Sie hier mit:

- ✓ Wenn weniger mehr ist: Welche guten Gründe sprechen dafür, weniger Handschuhe zu tragen?
- ✓ Besser mit oder besser ohne: Wann empfehlen wir den Einsatz von Handschuhen und wann nicht?
- ✓ Wertvolle Fakten: Was sagen Expertinnen und Experten zum Thema und welche neuen Studien liegen vor?
- ✓ Geschäftsführung: Warum ist die Reduktion von Einmalhandschuhe auch für Helios so wichtig?
- ✓ Für Mitarbeitende: Exklusiver Zugang zum internen Schulungsbereich.

Fünf gute Gründe, weniger Handschuhe zu tragen.



Relevo – jetzt auch in
der Helios Zentrale!

Helfen wir gemeinsam unserer Patientin Erde:

Helios fährt die Rechner runter – und druckt beidseitig!
Unser Ziel ist es, Energie und Papier am Arbeitsplatz zu sparen. So schonen wir Natur und Klima!

Mehr Infos in MyHelios unter dem Stichwort „Nachhaltigkeit“.



Wissensziel 2024 - Nachhaltigkeit bei Helios

LOS GEHT'S

**Vielen Dank.
Gibt es Fragen?**



15 Jahre IQM -
vom Club der Mutigen zur Institution

„Würden Sie einem Angehörigen die Behandlung in unserer Klinik empfehlen?“ - die Relevanz der Patientenperspektive

Dr. Jens Deerberg-Wittram
Geschäftsführer RoMed Kliniken

Thomas Mann (1875-1955)



Patientenzufriedenheit

(...) Wie lebhaft steht mir, der ich nie die Lebensordnung eines großen Krankenhauses erfahren, mit Chirurgie nie zu tun gehabt hatte, diese ganze Ankunft und Installierung vor Augen: die Bekanntschaft mit den durch die nicht bis zum Boden reichende Pendeltür hin und her schwebenden, messenden, injizierenden und alle Augenblicke kalmierende Tabletten verabfolgenden Pflegerinnen; die fast sofort erfolgende Begrüßungsvisite der behandelnden Ärzte in corpore, an der Spitze der Operateur Dr. Adams selbst, ein Mann von schlichter Liebenswürdigkeit und Herzensgüte, ohne eine Spur der Tyrannenallüren des Anstaltsgewaltigen deutschen Stils, vor dem Assistenten und Schwestern zittern. (...) Es waren angenehme persönliche Eindrücke für den Anfang (...)

Patientenzufriedenheit (PaZu)

- Erwartung des Patienten vs. Realität
- Ergebnisqualität (outcome)
- Subjektiv

*„Wie zufrieden waren Sie mit der ärztlichen Behandlung?“
(auf einer Skala von 0-10)*

Patientenerlebnis

(...) Ich hatte nun Privatpflegerinnen, ihrer drei, die in einem Tag- und Nacht-Turnus von je acht Stunden einander ablösten. Ihre Hauptobliegenheit war, außer den dreistündigen, Infektion verhindernden Penicillin-Gaben, der Beistand bei dem sehr mühsamen Umwenden im Bett, das immer wieder gefordert ist; denn Bewegung, Wechsel der Lage, bald so, bald so, ohne Bevorzugung der unverwundeten Seite, das gehört heutzutage zur Behandlungstechnik, und schon am zweiten Tag nötigte der junge Carlson mich, allerdings unter seiner zum Auffangen bereiten Hut, ein paar Minuten neben meinem Lager frei auf den Füßen zu stehen. Das ging ganz gut, und nur mit der Rückkehr über den Schemel in das ziemlich hohe Bett hatte es seine Schwierigkeiten (...).

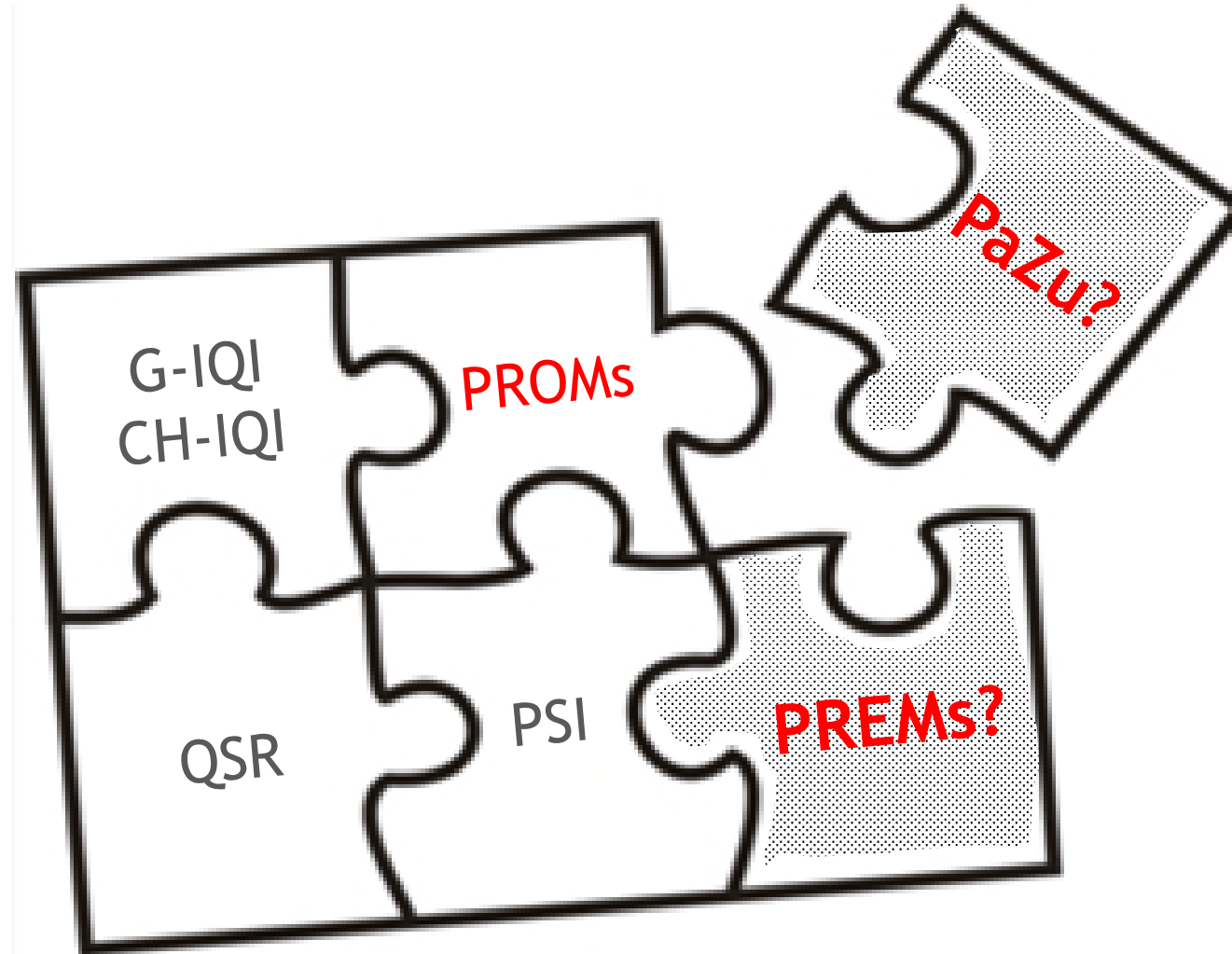
Patientenerlebnis (PREMs)

- Erfassung von konkreten Erfahrungen (nicht Gefühlen)
- Prozessqualität
- Objektiv

„Wie oft ist sind Sie von Klinikpersonal nach der Operation pro Tag mobilisiert worden?“

(Keinmal, einmal, zwei- bis dreimal, mehr als dreimal)

Qualitätsmessung bei IQM



*Patientenperspektive

Ist die Patientenperspektive für IQM relevant?

Häufige genannte Kritikpunkte

- Rückmeldungen von Patienten sind nicht glaubwürdig
- Patienten-Erfahrungen sind beeinflusst durch Dinge, die nichts mit der Behandlungsqualität zu tun haben
- Daten zur Patienten-Erfahrung spiegeln in erster Linie die Erfüllung von Patienten-Erwartungen wider



Zusammenhang Patientenperspektive und Behandlungsqualität

Relationship Between Patient Satisfaction With Inpatient Care and Hospital Readmission Within 30 Days

Take-Away Points

Hospitals routinely use patient satisfaction surveys to assess the quality of care, although it remains unclear whether patient satisfaction data provide valid information about the medically related quality of hospital care.

- Higher patient satisfaction with inpatient care and discharge planning is associated with lower 30-day readmission rates even after controlling for hospital adherence to evidence-based practice guidelines.
- Patient-centered information can have an important role in the evaluation and management of hospital performance.

Patient Satisfaction and Its Relationship With Clinical Quality and Inpatient Mortality in Acute Myocardial Infarction

Conclusions— Higher patient satisfaction is associated with improved guideline adherence and lower inpatient mortality rates, suggesting that patients are good discriminators of the type of care they receive. Thus, patients' satisfaction with their care provides important incremental information on the quality of acute myocardial infarction care.

The Patient Experience and Health Outcomes

Matthew P. Manary, M.S.E., William Boulding, Ph.D., Richard Staelin, Ph.D., and Seth W. Glickman, M.D., M.B.A.

N ENGL J MED 368;3 NEJM.ORG JANUARY 17, 2013

Patientenperspektive bald auch rechtlich relevant?

**Siebente Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung**

***Weiterentwicklung der Qualitäts-
sicherung, des Qualitäts- und
des klinischen Risikomanagements
(QS, QM und kRM)***

Mehr Qualität – weniger Bürokratie


Zusammenfassung der Kernempfehlungen

Übergeordnete Empfehlungen

- › Value Based Health Care als Leitgedanke
- › Nationale Gesundheits- und Versorgungsziele als Basis für spezifische regionale und messbare Versorgungsziele
- › Grundsätze der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung als Basis für Maßnahmen von QS und kRM
- › Ergebnisindikatoren als präferierter Bewertungsmaßstab
- › Versorgungsnahe Daten als präferierte Datenquelle
- › PREMs und PROMs als zusätzliche Datenquelle
- › Instrumente der Qualitätssicherung dienen bevorzugt der Qualitätsverbesserung

Vorgehen der IQM AG „Patientenperspektive“

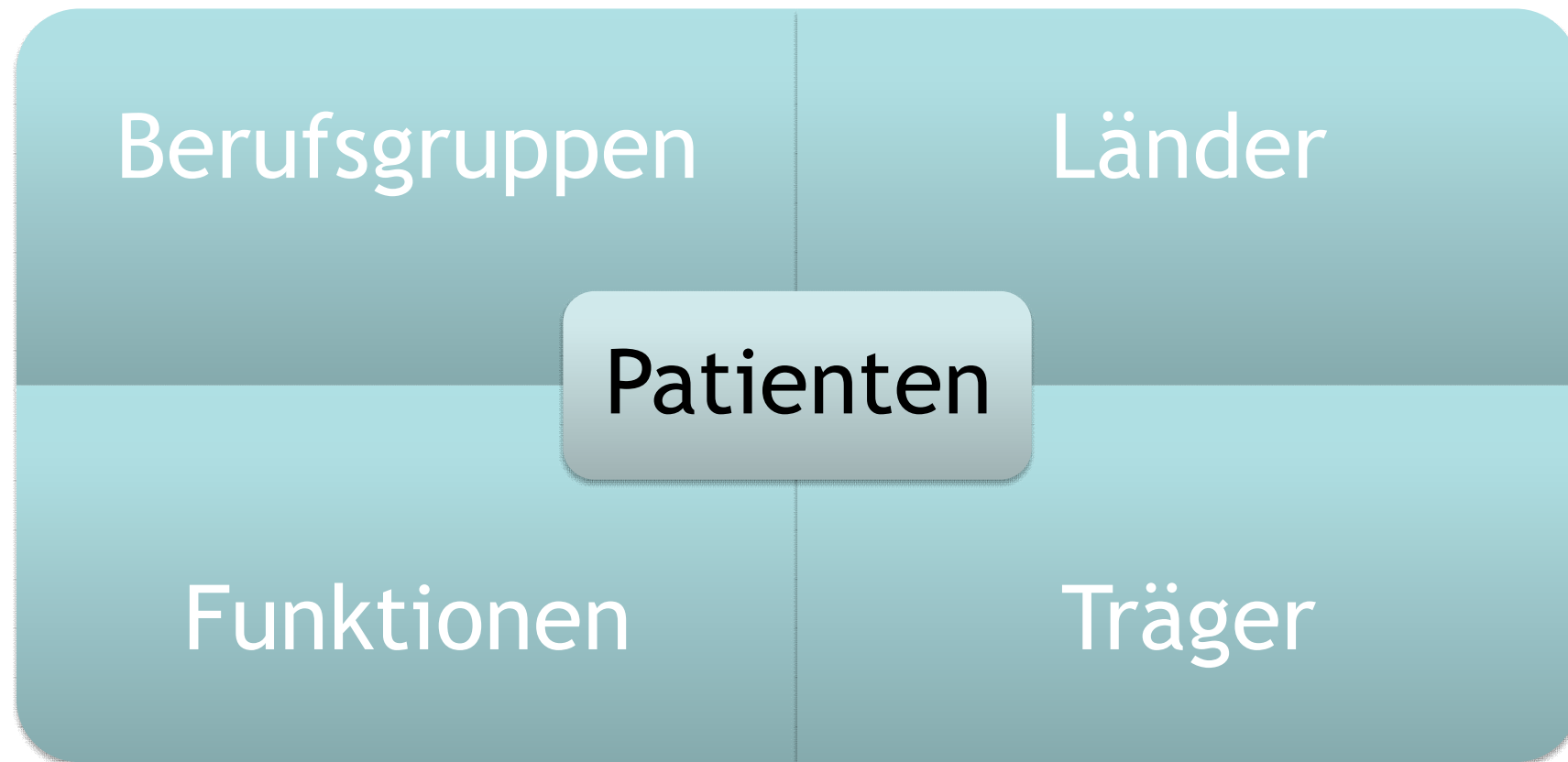
- Relevanz und Nutzen von PREMs und Patientenzufriedenheit anhand von 2-3 Pilotkrankheitsbildern aufzeigen
- Bearbeitung dieser Krankheitsbilder mit Fokus auf folgende Fragen:
 - Welche Dimensionen der Patientenperspektive (PREMs, PaZu) sind unabdingbar?
 - Wie können diese Dimensionen messbar gemacht werden?
 - Welche existierenden Instrumente können verwendet werden?
 - Auf welcher Aggregationsebene sind die Daten zu erheben (z.B. Abteilungs- vs. Fallebene)?
 - Welche Erhebungszeitpunkte sind zu berücksichtigen (z.B. Schnittstelle zum ambulanten Sektor)?



Evaluationspanel als „Sounding Board“

- Patient:innen bewerten ausgewählte Instrumente
- Prüfung auf Verständlichkeit und Angemessenheit der Fragen

Teilnehmende der AG spiegeln Vielfalt von IQM wieder



Experienced Patient-Centeredness Questionnaire (EPAT)

Entwicklungshistorie:

- Generierung 152 Items mit 40 Patienten und 10 Experten
- Relevanzbewertung Itempool mit 32 Experten und 21 Patienten
- Psychometrische Testung zur Auswahl ein Item pro PC-Dimension

Kurzversion umfasst 16 Items
Ambulante und stationäre Version

Fragebogen zur erlebten Patientenorientierung (EPAT) - Kurzversion

	Trifft völlig zu	Trifft weit- gehend zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft weit- gehend nicht zu	Trifft über- haupt nicht zu	betrifft mich nicht
Die Behandelnden waren einfühlsam (zum Beispiel sind sie auf meine Gefühle eingegangen, haben Verständnis gezeigt oder haben sich in meine Situation hineinversetzt).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe meinen Behandelnden vertraut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen wurden erfragt und in der Behandlung berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Behandlung wurde meine gesamte Lebenssituation berücksichtigt (zum Beispiel Beruf, Familie und Freunde, Partnerschaft und Sexualität, Kultur und Religion, Alter oder finanzielle Verhältnisse).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurde genug Zeit gegeben, mein Anliegen und meine Situation zu beschreiben (zum Beispiel bisheriger Verlauf oder aktuelle Symptome).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Abläufe innerhalb des Teams waren gut organisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mit einer Ärztin/einem Arzt sprechen wollte, war diese/dieser gut erreichbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit mir wurde besprochen, ob Folgetermine sinnvoll sind (z.B. zur Nachsorge oder Weiterbehandlung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde ermutigt anzusprechen, wenn mir bei meiner Behandlung Unstimmigkeiten aufgefallen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe von den Behandelnden Informationen zu meiner Erkrankung bekommen (zum Beispiel Ursachen, Symptome, Auswirkungen oder Verlauf).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war gleichwertige Partnerin oder gleichwertiger Partner auf Augenhöhe mit meinen Behandelnden (zum Beispiel bei Entscheidungen oder Austausch von Informationen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurde erklärt, welche Möglichkeiten es gibt, meine Angehörigen mit in die Behandlung einzubeziehen (zum Beispiel Begleitung zur Behandlung, Teilnahme an Gesprächen oder Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde motiviert, meine Gesundheit zu verbessern, indem ich mein Verhalten ändere (zum Beispiel durch Ernährung, Bewegung, weniger Tabak oder Alkohol).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich Schmerzen hatte, wurde mir schnell geholfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Behandelnden sind auf meine Ängste und Sorgen eingegangen (zum Beispiel indem sie Verständnis gezeigt und mir Mut gemacht haben).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde gefragt, ob ich ergänzende Angebote nutze oder nutzen möchte (zum Beispiel Selbsthilfegruppen, Beratung, Gesundheitskurse, Alternativmedizin/ Komplementärmedizin oder spirituelle Unterstützung/ Seelsorge).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschied

Rasch waren die Vorbereitungen getroffen, es reihten sich herzliche Verabschiedungen, Bücher-Inskriptionen, Geschenke an die Pflegerinnen; und eine Presse-Konferenz war rasch noch angesetzt: eine Anzahl Journalisten hatte sich in einem unteren Gesellschaftsraum und Raucherzimmer versammelt, und an Erikas Arm, zum Reden noch keineswegs recht tüchtig, trat ich unter sie, - begierig eigentlich nur, das Lob der Anstalt, der Ärzte und der glorreichen Taten zu singen, die sie an mir verrichtet. Doch war gerade dies mir verwehrt, da „Billings Hospital“ keine „publicity“ duldet, auch mit Auskünften über mich in all der Zeit aufs äußerste sparsam gewesen war.



15 Jahre IQM -
vom Club der Mutigen zur Institution

IQM Delir Awareness Kampagne: Konkrete Herangehensweise zur Steigerung von Qualität am Beispiel des Krankheitsbilds Delir

Prof. Jörg Martin

1. Direktor IQM Vorstand & Fachausschussleiter Transparenz, Med. Geschäftsführer Regionale Kliniken Holding GmbH

IQM Delir Awareness Kampagne

Warum wurde die Kampagne gestartet?

„Von der Evidenz in die Routine braucht es 16 Jahre“

- teils schwere Folgen des Krankheitsbilds Delir sind seit langem bekannt
- dennoch große Diskrepanz zwischen der Dokumentationsrate des Delirs und in der Literatur beschriebenen Häufigkeit des Auftretens

0%-42,9% Delir-Quote vs.
(IQM Gruppenauswertung 2019)

30-80% Delir-Quote
(Zoremba N et al.: Acute confusional states in hospital. Dtsch
Arztebl Int 2019; 116: 101-6. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0101)

- Etablierung von Delir-Assessments sichert die Früherkennung
- Idee: Kampagne schärft Delir Awareness im gesamten IQM Netzwerk



IQM Delir Awareness Kampagne

Ziele und Inhalte der Kampagne

Warum eine Delir Awareness-Kampagne?

- Delir vermeiden bzw. frühzeitig erkennen
- schweren und langfristigen Folgen für Patient:innen vorbeugen
- die Realität des Auftretens in der Dokumentation abbilden
- Vernetzung der IQM Mitglieder und Austausch von Best Practices
- Einsatz geeigneter Kennzahlen und damit verbundener Benchmark
- Etablierung von Peer Reviews zum Delir-Management

Wen sprechen wir an?

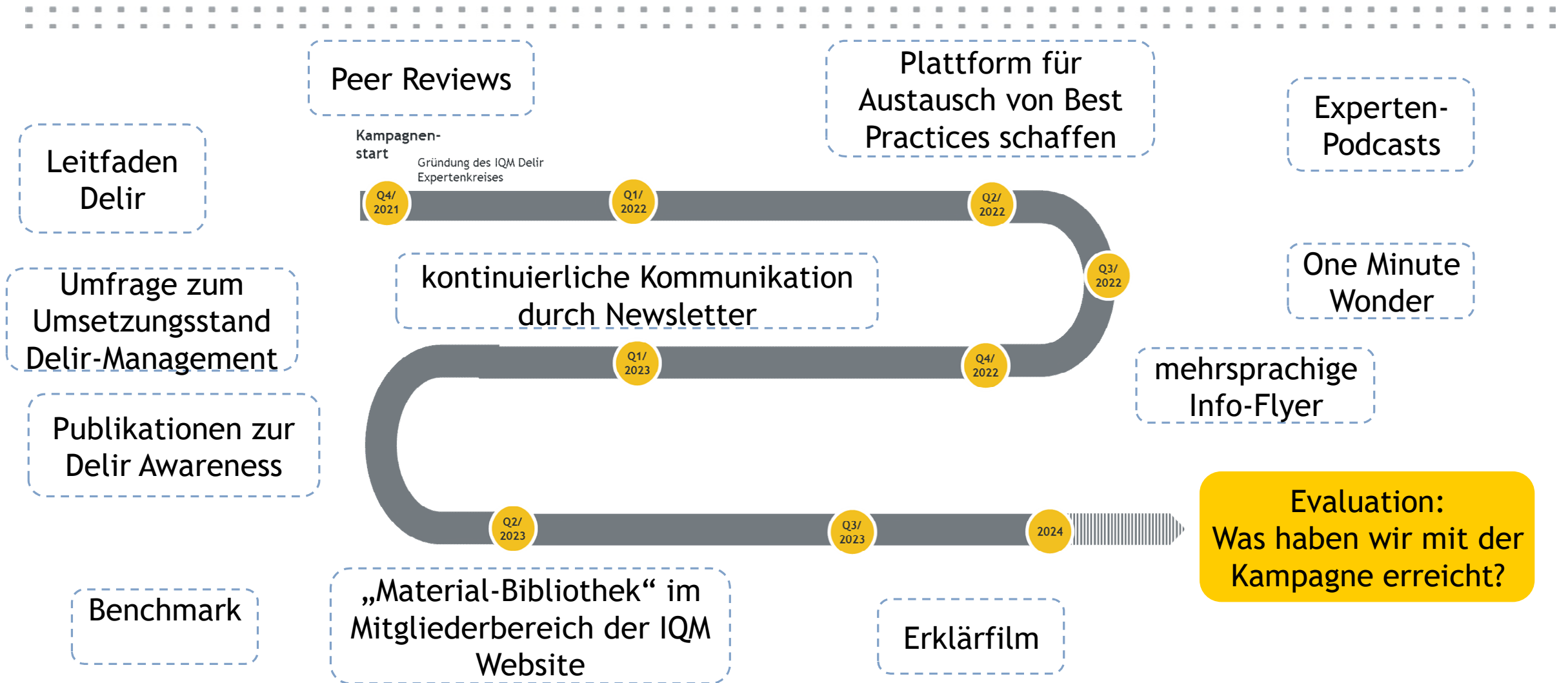
Alle an der Patientenversorgung beteiligten Personen im Krankenhaus, Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige



Pflegehilfspersonal
Reinigungspersonal
Bettnachbarn
Ärztlicher Dienst
Pflegefachpersonal
Ergotherapie
Assistenzdienst
Seelsorge
Sozialdienst
Pförtner
OTA
MTRA
Diätassistent
Speisenversorgung
Transportdienst
Logopädie
Physiotherapie
Angehörige
Verwaltung

IQM Delir Awareness Kampagne

Geplante Maßnahmen bei Kampagnenstart



IQM Delir Awareness Kampagne



Umfrage: Umsetzungsstand des Delir-Managements in den IQM Mitgliedskrankenhäusern

 34% der IQM Mitgliedskrankenhäuser haben teilgenommen (n=178)

Welche Aspekte des Delir-Managements sind aus Ihrer Sicht zentral?



Gibt es Standards zum Delir-Management in Ihrem Krankenhaus?

 Ja: 87% **???**
 Nein: 13%

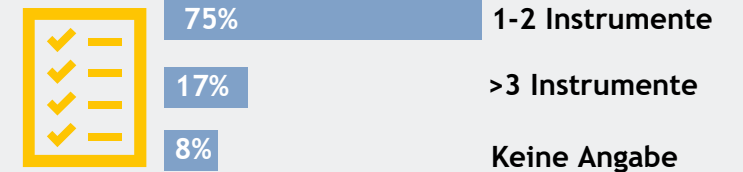
Umsetzung der Standards in den teilnehmenden IQM Krankenhäusern



gut bis sehr gut sagen

- 44% über die Umsetzung in der Geriatrie
- 69% über die Umsetzung in der Intensivmedizin
- 26% über die Umsetzung im gesamten Haus

Einsatz validierter Tests zur Delir-Erkennung, -Vermeidung und -Behandlung



Welche Standards werden in Ihrem Krankenhaus eingesetzt?



- Validierte Tests zur Delir-Erkennung
- Interprofessioneller Austausch
- Visiten
- Medikamentöse Therapien
- Nicht-medikamentöse Therapien
- Einbezug von Angehörigen

Größter Unterstützungsbedarf wird gesehen bei

- 1 Prävention
- 2 nicht-medikamentöse Behandlung
- 3 interprofessionellem Austausch

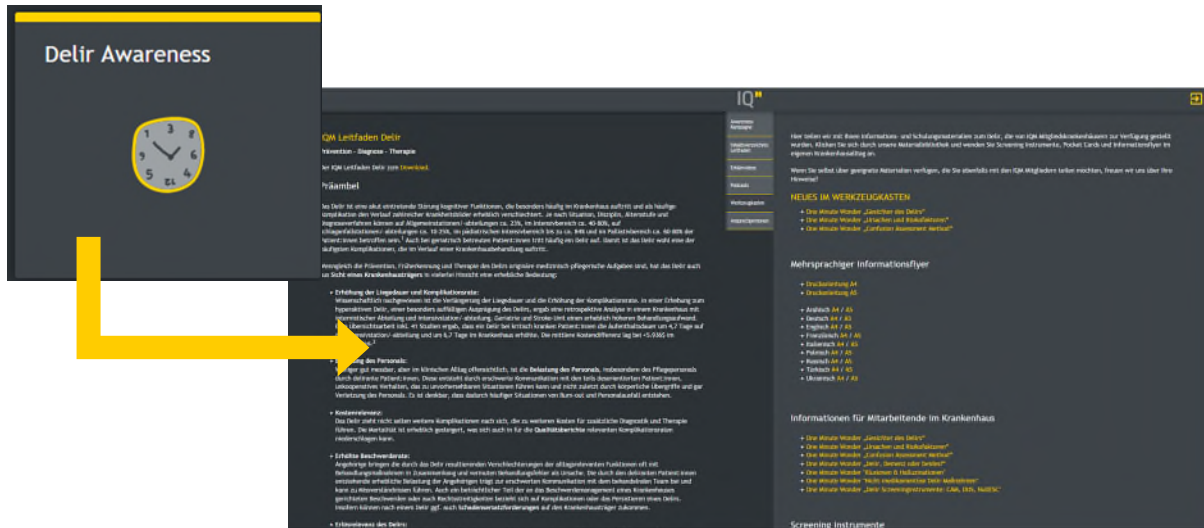
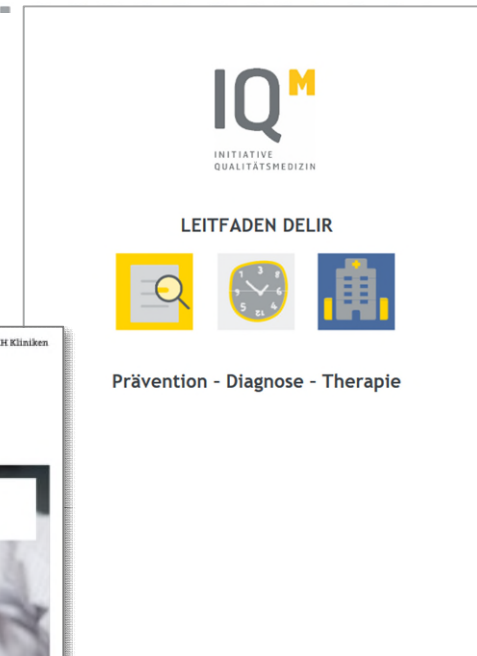
Befragungszeitraum: Januar bis Februar 2022

IQM Delir Awareness Kampagne

Entwicklung des Leitfadens Delir



- interprofessioneller IQM Expertenkreis hat *Delir-Leitfaden „Prävention - Diagnose - Therapie“* erarbeitet
- Prävention, Ursachendiagnostik, medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie, Komplikationen des Delir-Managements und Delir-Instrumente

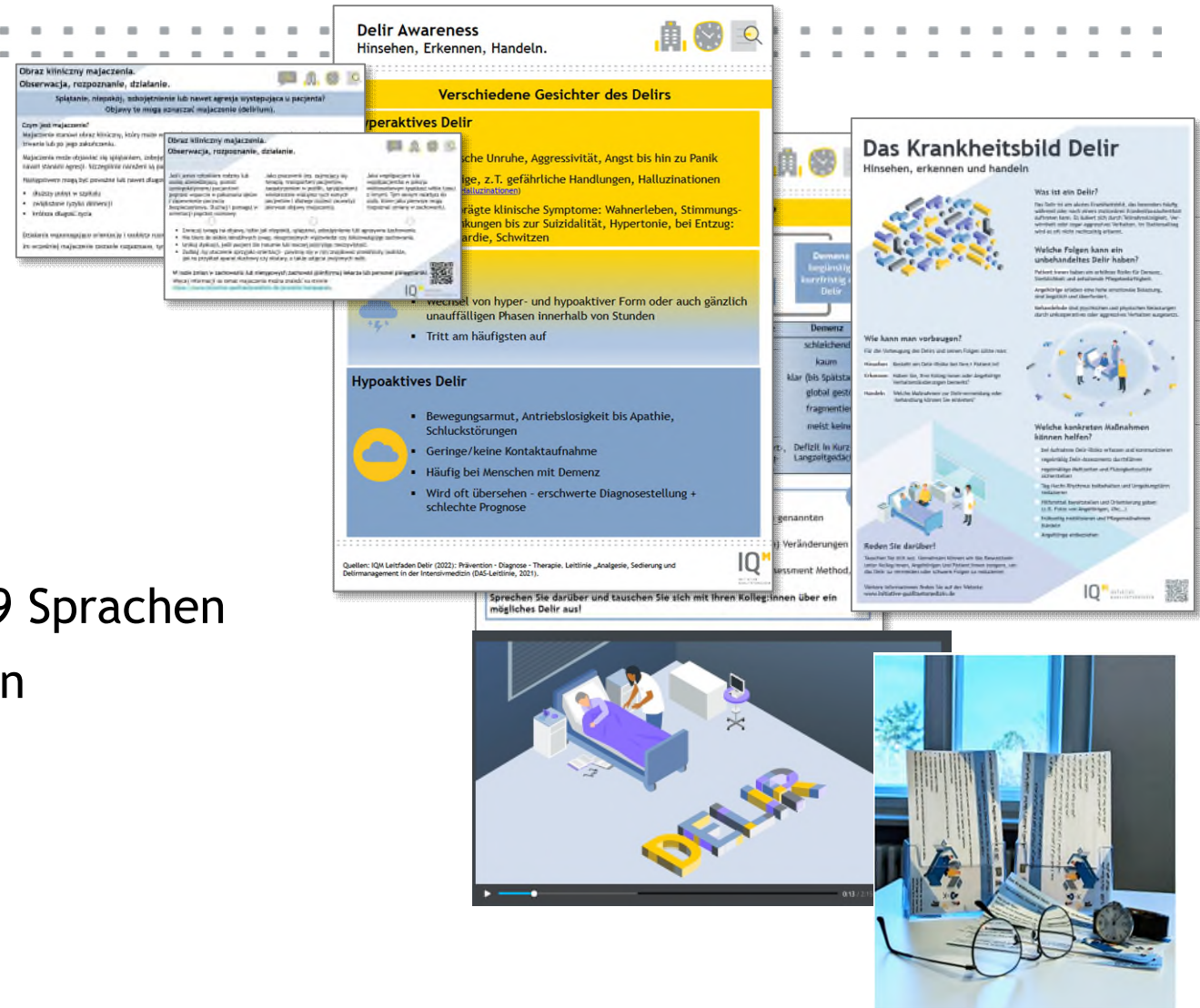


Leitfaden und umfangreiche weiterführende Informationen im Mitgliederbereich der IQM Website

IQM Delir Awareness Kampagne

Materialien im „Werkzeugkasten“ der IQM Website

- IQM Leitfaden Delir
- 3 Podcasts mit Delir-Expertinnen
- animierter Erklärfilm
- 7 One Minute Wonders
- Poster „Das Krankheitsbild Delir“
- laienverständlicher Informationsflyer in 9 Sprachen
- Pocket Cards und Informationsmaterialien
- Delir Assessments
- weiterführende Literatur



IQM Delir Awareness Kampagne

Feedbacks aus den IQM Mitgliedskrankenhäusern

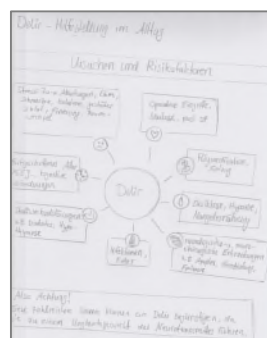
Erklärfilm

„Ich spiele das Video als Abschluss an die interne Fortbildung als kurze Zusammenfassung ab. Damit wird noch einmal zusätzlich der Stellenwert der Delirprophylaxe in der qualitativen Patientenversorgung unterstrichen, da IQM genau dafür steht.“



One Minute Wonder

„Im Rahmen meiner Weiterbildung zur Pflegefachkraft für Geriatrie- und Gerontopsychiatrie möchte ich One Minute Wonder zum Delir erstellen. Kann IQM hier unterstützen?“



Entwurf



Ergebnis

Informationsflyer

„Wir würden den Informationsflyer gerne in unserem hausinternen Qualitätsmanagementhandbuch hinterlegen.“



Poster

„Vielen Dank für das Poster! Meine Kolleg:innen finden es ebenso sehr gelungen; wir hängen es an mehreren Orten im Haus. Auch der Film und die OMW kommen gut an und werden genutzt.“



IQM Delir Awareness Kampagne

Kennzahlen und Delir-Benchmark

- Erweiterung und neue Gruppierung der Delir-Kennzahlen seit der G-IQI Version 5.3 (IQM Ganzjahresauswertung 2021)
- aktuell: 7 Kennzahlen zum Delir Benchmark eingesetzt
- IQM Gesamt: Spezifische Delir-Kennzahlen zeigen fluktuierende Dokumentationsraten

Gesamtüberblick		Referenzwerte			IQM Gesamt					
QI Set	Indikatoren	Zielwert / Indikatortyp	Referenzwert	Quelle	vgl. Referenz	SMR / Ratio	Rate	Erwartete Rate	Zähler	Nenner
GIQI53	C - Altersmedizin									
GIQI53	13.3 - Postoperatives Delir									
GIQI53	13.3 - Anteil operierter Patienten, Alter >= 60 mit ND Delir	Information	2,2%	(a)			2,81%		16.888	601.314
GIQI53	21 - Erkrankungen von Dickdarm und Enddarm									
GIQI53	21.3Z - Kolorektale Resektionen insgesamt, Anteil postoperatives Delir	Information					7.54%		961	12.739
GIQI53	45 - Hüft- und Kniegelenkersatz, Spezialfälle									
GIQI53	45.Z - Hüft- oder Kniegelenkendoprothese, Anteil									

13.3 - Delir

13.3 - Anteil operierter Patienten (ohne Demenz), Alter >= 60 mit ND Delir

13.31Z - Kolorektale Resektionen insgesamt (inkl. Demenz), Alter >= 60, Anteil ND Delir

13.32Z - Hüft- oder Kniegelenkendoprothese (inkl. Demenz), Alter >= 60, Anteil ND Delir

13.33Z - Hauptdiagnose Pneumonie (inkl. Demenz), Alter >= 60 Jahre, Anteil ND Delir

13.34Z - Hüftgelenknahe Fraktur (inkl. Demenz), Alter >= 60, Anteil ND Delir

13.35Z - Hauptdiagnose Hirninfarkt (inkl. Demenz), Alter >= 60, Anteil ND Delir

13.36Z - Behandlungsfälle ohne operativen Eingriff (inkl. Demenz), Alter >= 60, Anteil ND Delir



IQM Delir Awareness Kampagne

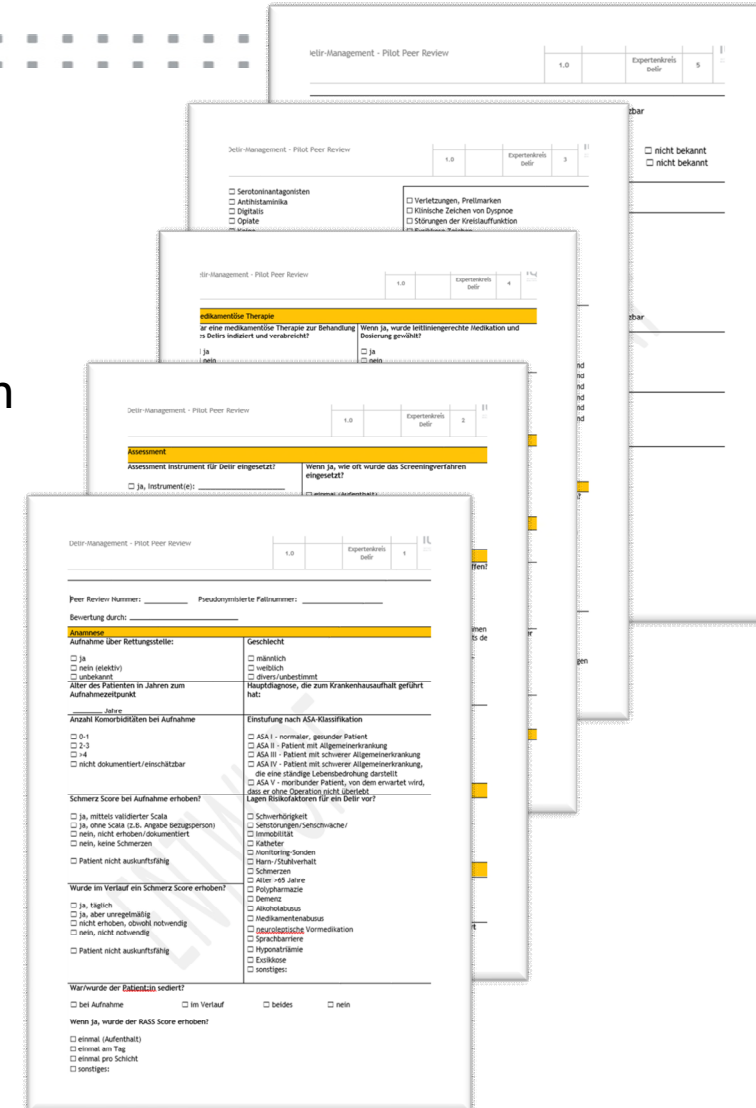
Peer Reviews Delir-Management

Auswahl der Krankenhäuser & Fallakten

- Hüftgelenknahe Fraktur (inkl. Demenz), Alter ≥ 60 , Anteil ND Delir
- zufällig ausgewählte KH mit hoher und niedriger Dokumentationsrate
- 8 Patient:innen mit dokumentiertem Delir (Zähler) und 8 Patientinnen mit Delir-Risiko (ND „Entzündung“, Entlassung in Pflegeeinrichtung, Hospiz, Psychiatrie, Pflegegrad, lange VWD)

Bewertungsbogen Delir Management (Delir-Expertengruppe)

- Anamnese
- Assessment
- Prävention
- Ursachendiagnostik
- Therapie
- Rezidivvermeidung
- Entlassmanagement
- Dokumentation



The image shows a stack of five overlapping forms titled "Delir-Management - Pilot Peer Review". Each form has a header with a score of 1.0 and an "Expertenkreis delir" field with a value of 5. The forms contain various sections for data entry and assessment:

- Section 1:** Includes checkboxes for "Spezialanfallsgelände", "Anfallsanfälle", "Digitalis", "Opale", "Verletzungen, Prellmarken", "Klinische Zeichen von Dyspnoe", and "Störungen der Kreislaufregulation".
- Section 2:** Titled "dokumentierte Therapie", asking if a medication-free therapy was used and if delirium is indicated and verifiable.
- Section 3:** Titled "Assessment", asking if an assessment instrument for delirium was used and if screening criteria were met.
- Section 4:** A detailed assessment table with columns for "Anamnese" and "Geschlecht". It includes questions about the patient's history, ASA classification, pain scores, and various clinical factors like "Schwäche", "Immobilität", "Katheter", "Monitoring-Sonden", "Nieren-/Stuhlerhalt", "Schmerzen", "Nieren- und Leberfunktionsstörungen", "Polypharmazie", "Demenz", "Nierenversagen", "Medikationsabusus", "Gastrointestinale Vormedikation", "Sprechstörung", "Hypoxämie", "Eukaliämie", and "sonstiges".
- Section 5:** "Wardirige der Patient:in verliert?" with options for "bei Aufnahme", "im Verlauf", "beides", and "nein".
- Section 6:** "Wenn ja, wurde der RASS Score erhoben?" with options for "einmal (Aufenthalts)", "einmal am Tag", "einmal pro Schicht", and "sonstiges".

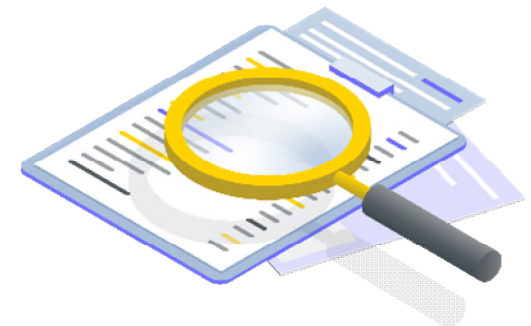
IQM Delir Awareness Kampagne

Peer Reviews Delir-Management

12 Peer Reviews Delir-Management bereits durchgeführt, 10 weitere in Vorbereitung

Erste Feedbacks der Peers:

- *„Im Peer Review ist mir noch einmal bewusst geworden, welche schwerwiegende Auswirkungen das Delir hat und was an präventiven Maßnahmen möglich ist, die mir als Chirurg gar nicht mehr präsent waren. **Bei ¾ der analysierten Fälle hätte das Delir verhindert werden können.**“ (Teamleitung, CA endokrine Chirurgie)*
- *„Es wurde offen zugestanden, dass dem Krankheitsbild Delir bisher kein besonderer Schwerpunkt eingeräumt wurde [...].“ (Teamleitung, CA Anästhesiologie)*
- *„Erkennbare sehr hohe Motivation das Delir-Management zu verbessern.“ (Teamleitung, CA Urologie)*



IQM Delir Awareness Kampagne

2021 bis heute

Kampagnenstart

Gründung des IQM
Delir Expertenkreises

Q4/
2021



Umfrage: Umsetzungsstand
des Delir-Managements in den
IQM Mitgliedshäusern

Q1/
2022



Entwicklung
des Leitfadens
Delir

Delir-
Materialsammlung im
Mitgliederbereich der
IQM Website

Q2/
2022

Erweiterung der Delir-Kennzahlen



Podcasts

1. Was bedeutet das Delir für Betroffene?
2. Wie kann das Delir-Management erfolgreich umgesetzt werden?

Q3/
2022

Erklärfilm Delir



Poster
„Das Krankheitsbild Delir“

Q1/
2023



One Minute Wonder
#1 bis #4

Q4/
2022

Informationsflyer
in 8 Sprachen



Podcast

3. Wirtschaftliche Auswirkungen des Delirs - keine Scheu vor interprofessionellem Management!

Durchführung von 12 Pilot
Peer Reviews zum Delir-
Management

Q2/
2023



Delir Awareness im neuen
IQM Handbuch (3. Aufl.)

2. Umfrage Umsetzungsstand
Delir-Management

Publikation zur Delir
Awareness Kampagne
(Expertenkreis Delir)



One Minute Wonder
#5 bis #7

Q3/
2023

weitere 10 Peer Reviews Delir-Management
(Verfahrensjahr 2023)

2024

Umsetzung in der RKH

Für Fragen, Anregungen und Anfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung:



Katja Damm M.A.

Fon (07141) 99-53151

Mail katja.damm@rkh-gesundheit.de

Leitung Referat Pflegeentwicklung und -wissenschaft

RKH Deliroffensive



- **Forschungsoffensive**
Qualifikationsarbeiten
interprofessionelle SOP
Schulungsentwicklung, NuDeSc-Karte

Kurzfassung in Stichworten

Hinweis: Diese SOP stellt eine Kurzfassung des Leitfadens Delir für die praktische Anwendung dar. Ausführliche Informationen finden sich in der Langfassung.

Was ist ein Delir?	<p>Ein Delir ist eine akute Funktionsstörung des Gehirns, die als Folge einer akuten körperlichen Erkrankung oder als Folge einer Dekompensation einer chronischen Erkrankung auftritt. Häufig liegt eine Vorschädigung des Gehirns vor (z.B. Demenz, vaskuläre Schädigung), die oft im Alltag noch nicht relevant oder erkennbar war.</p> <p><u>Definition und Kersymptome:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Störung der Aufmerksamkeit (verminderte Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf einzelne Stimuli zu richten, fokussieren, aufrechtzuerhalten oder gezielt zu wechseln) und des Bewusstseins (verminderte Orientierung) akutes Auftreten, neigt zu Fluktuationen im Tagesverlauf häufig zusätzliche Störungen psychischer, kognitiver und vegetativer Funktionen (Angst, Unruhe, abwehrendes Verhalten, Denkstörung, Wahn, Halluzinationen, Hypertonie, Tachykardie, Schwitzen, Angst) Die Symptome sind nicht besser durch eine Demenz zu erklären und treten nicht im Koma auf Klinische Hinweise deuten auf eine verursachende körperliche Erkrankung, Intoxikation und/oder Medikation. <p><u>Verlaufsformen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Hypoaktiver Verlauf (vor allem Apathie, Appetitlosigkeit, Müdigkeit, Rückzug) Hyperaktiver Verlauf (vor allem Unruhe, Erregung, abwehrendes oder auch aggressives Verhalten) Wechsel zwischen hypo- und hyperaktiven Phasen <p><u>Konsequenzen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> häufigere Komplikationen (Unterernährung und Muskelabbau, Stürze, Schluckstörung, Infektionen) Unterbrechungen und Störungen der Überwachung und Therapie (gezogene Zugänge, Medikamente werden nicht zeitgerecht verabreicht) längere Verweildauer anhaltende kognitive Einschränkung, Gebrechlichkeit höhere Mortalität höhere Behandlungskosten
---------------------------	--

Dateiname: ST_Delir-Früherkennung-Prävention_und_Management_01-00

Ersteller: AD PD Dr. D.Kopf
Freigabe: GF Prof. Dr. J. Martz

Seite: 1 von 5

Erstelldatum: 03.06.2022
Freigabedatum: 03.06.2022
Gültig bis: 30.06.2025

Delirscreening - NuDeSc - Nursing Delirium Screening Scale

Symptom	Intensität 0-2 Punkte
1 Desorientierung Manifestierung einer Desorientierung zu Zeit oder Ort durch Worte oder Verhalten oder nicht erkennen der umgebenden Personen	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2 Unangemessenes Verhalten Unangemessenes Verhalten zu Ort und/oder Person: z.B. Ziehen an Kathetern oder Verbänden, Versuch aus dem Bett zu steigen wenn es kontraindiziert ist usw.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
3 Unangemessene Kommunikation Unpassende Kommunikation zu Ort und/oder Person, z.B. zusammenhanglose oder gar keine Kommunikation; unsinnige oder unverständliche sprachliche Äußerungen	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
4 Illusion/Halluzination Sehen und/oder Hören nicht vorhandener Dinge, Verzerrung optischer Eindrücke	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
5 Psychomotorische Retardierung Verlangsamte Ansprechbarkeit, wenige oder keine spontane Aktivität/Äußerung, z.B. wenn der Patient nicht angestupst wird, ist die Reaktion verzögert und/oder der Patient ist nicht richtig erweckbar	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
Summe	
Delir	≥2 <input type="checkbox"/> ja <2 <input type="checkbox"/> nein

Intensität

- 0 nicht vorhanden
- 1 unsicher/leicht ausgeprägt
- 2 vorhanden

X6568 10.2022


RKH Deliroffensive



- **Kommunikationsoffensive**
Präsentationen bei Pflegeexpert:innen
Kommunikation in internen Medien
Broschüre für An- und Zugehörige

Journal 1-2022

Pflegeentwicklung
und
Pfle gewissenschaft



'Delir – Immer auch ein Wir?'

Mitwirkung von Angehörigen in der Therapie des akuten Delirs im Setting Krankenhaus

Rebecca Keller, BScN
PMU – Institut für Pflegewissenschaft und -praxis
Zweitgutachterin: Priv.-Doz. in Mag. a. Dr. in Anna Maria Dieplinger
RKH Gesundheit – Kliniken des Landkreises Karlsruhe

Einführung

Ein Delir ist ein neuropsychiatrisches Syndrom mit Störungen des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit, das innerhalb weniger Stunden oder Tage auftritt und im Tagesverlauf fluktuieren kann (Baumgartner, 2017). 20-31% der über 65-jährigen Patient*innen im stationären Aufenthalt und ca. 80% aller Intensivpatient*innen sind von diesem Phänomen betroffen (Spies et al., 2019; Uosevics, Han, Hughes & Ely, 2012). Ein Delir stellt im Stationsalltag eine große Herausforderung dar (Baumgartner, 2017). Daraus resultieren folgende Probleme:

schlechteres Outcome
erhöhte Mortalitätsrate
erhöhte Pflegebedürftigkeit
steigende Kosten
hilflose Angehörige

Ziel

Welche Wirkung hat die Präsenz, sowohl virtuell als auch real, der Angehörigen auf Delirpatient*innen und welche Aufgaben können von den Angehörigen in der Delirtherapie übernommen werden.
Forschungsfrage:
Welche Bedeutung haben Angehörige in der akuten Delirbehandlung im Krankenhaus und durch welche Maßnahmen kann das Behandlungsteam die Angehörigen in das Delirmanagement integrieren?

Methodik

Systematische Literaturrecherche
Datenbanken: PubMed, CINAHL

Datenbankrecherche n=531

Schneeballverfahren n=5

Titel nach Sichtung Abstract und Anwendung Limitationen n=31

Volltexte auf Eignung geprüft n=31

Studien eingeschlossen n=10

Ergebnisse

Partizipation und Krankheitsverständnis
- besseres Outcome der Patient*innen durch besseres Krankheitswissen und Delir-Schulungen der Angehörigen
- niedrigere Delir-Inzidenzen bei Besuch der Angehörigen am 1. und 2. post-OP Tag plus Delir-Schulung für Angehörige

Diagnostischer Ansatz
- höchste Werte an Sensitivität und Spezifität bei Kombination von Angehörigen Assessments (FAM-CAM) mit Pflege-Assessments (CAM, ICDS-C)
- Delirien können von Angehörigen mittels Assessments entdeckt werden

Wertschätzung bei Miteinbeziehung der Angehörigen
Therapeutischer Ansatz
- Audio-Sprachnachrichten mit Re-Orientierungshilfen führen zu mehr delirfreien Tagen
- Interventionen durch Angehörige (Re-Orientierungsübungen, kognitive Übungen, Frühmobilisation, Trink- und Ernährungsmanagement) führen zu geringeren Delirinzidenzen

Diskussion

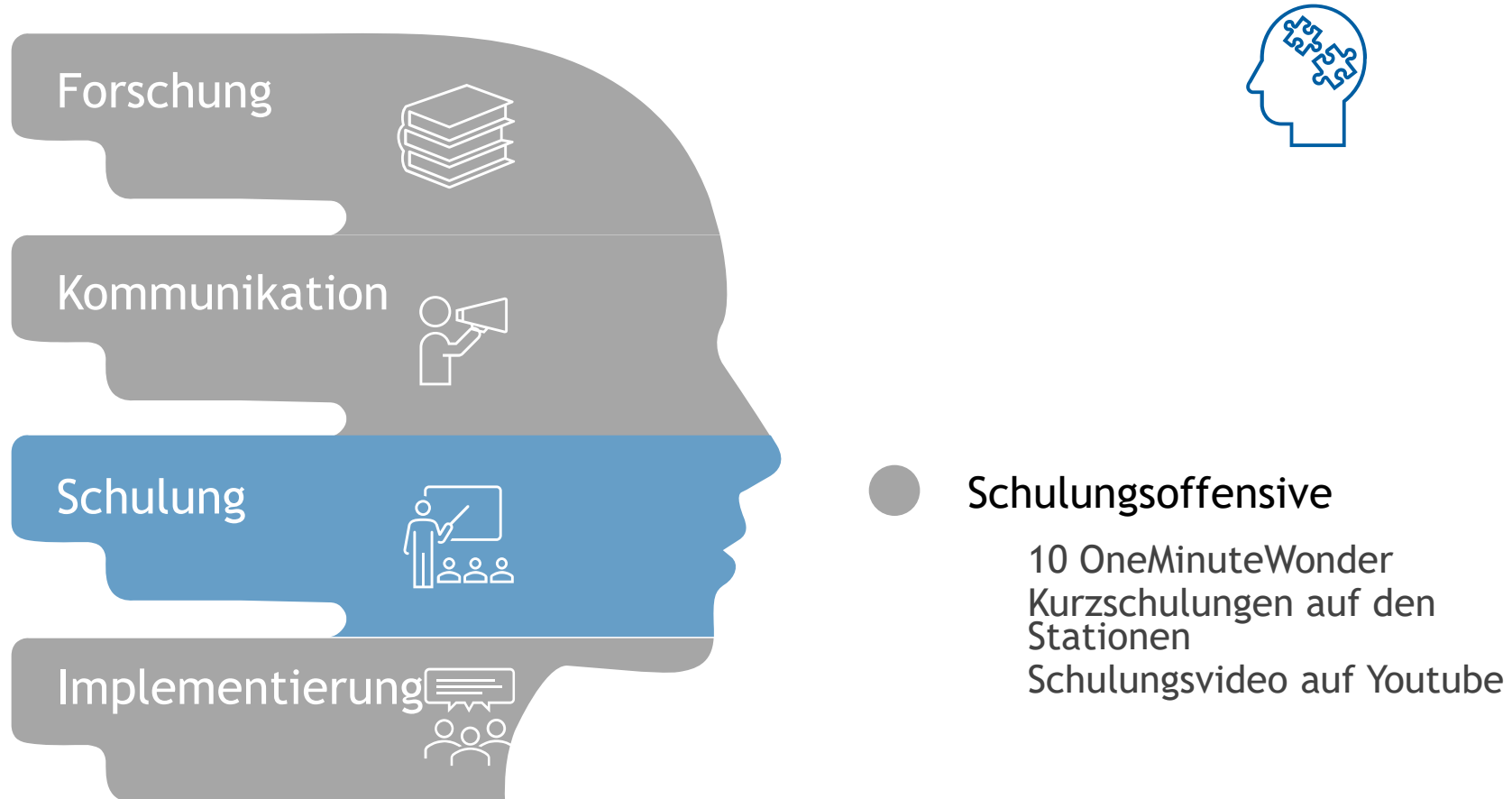
- alle Publikationen im Akutkrankenhaus
- 8 von 10 Studien auf Intensivstation
- verschiedene Fachbereiche
- verschiedene Länder mit verschiedenen Gesundheitssystemen
- Anwendung von verschiedenen Delir-Screening Skalen

Schlussfolgerung

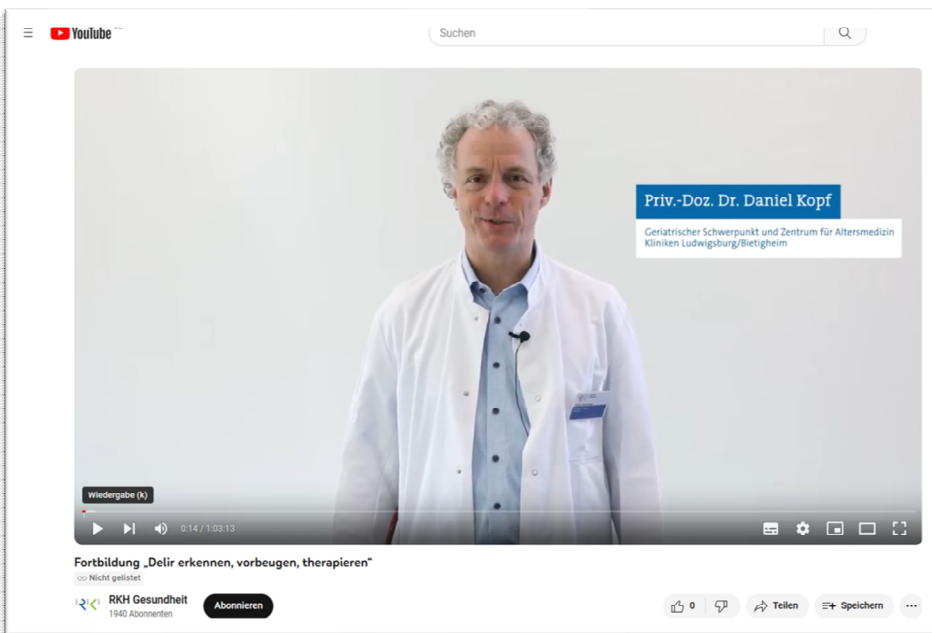
- ausgeweitete Besuchzeiten in Verbindung mit Delir-Schulungen für Angehörige: positiv für Inzidenz und Angehörige
- Angehörige miteinbeziehen = wichtige Ressource, z.B. in Form von Screeninginstrumenten
- besonders effizient: Re-Orientierungsübungen

Quellen
Baumgartner, M. (2017). Delirium, Klassifikation und Präventionsstrategien. In E. Seewald & W. Heemann (Hrsg.), Leitlinie Care: Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter (3. Auflage, S. 7-20). Berlin: Hogrefe.
Spies, M., Frey, R., Frick, M.-C., Kasper, S., & Bellinger-Albach, P. (2019). Delir – ein interdisziplinäres Thema. Wiener Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie, 145(1), 1-7. doi: 10.1007/s00113-019-00024-7
Uosevics, E. S., Han, J. B., Hughes, C. G. & Ely, E. W. (2012). Epidemiology and risk factors for delirium across hospital settings: Best practice and Research. Clinical Anesthesiology, 26(3), 271-281. doi: 10.1093/asat/26.3.271

RKH Deliroffensive



Schulung



RKH Gesundheit

Delir - Ursachen
Ein Delir ist behandelbar!

OneMinuteWonder

körperlicher und psychischer Stress

neurologische Funktionsstörungen

auslösende Substanzen

Ursachendiagnostik
Eine Vielzahl körperlicher Funktionsstörungen hat Einfluss auf die Funktion des Gehirns.

Störung wichtiger Funktionen

Störung des Kreislaufes

veränderte Umgebung

- Schmerzen?
- Entzündungen?
- Verletzungen?
- Sonstiges?

- Demenz?
- Schlaganfall?
- Morbus Parkinson?
- Sonstiges?

- Polymedikation?
- Alkoholmissbrauch?
- Lebererkrankung?
- Sonstiges?

- Anamnese, ggf. Fremdanamnese
- körperliche Untersuchung
- einfache neurologische Untersuchung
- Bestimmung der Routine-Labor-Parameter
- ggf. gezielte weitere Diagnostik

- Elektrolytentgleisung?
- Exikkose?
- Harn-/Stuhilverhalt?
- Sonstiges?

- Hyper-/Hypotension?
- Sauerstoffsättigung?
- Blutverlust?
- Sonstiges?

- unruhige Umgebung?
- gestörter Biorhythmus?
- gestörte Nachtruhe?
- fremde Menschen?

mehr Infos:

Quellen u.a.: IQM Expertenkreis Delir (2022); Leitfaden Delir Version 1.0 (Stand 28.02.2022).
© Referat Pflegeentwicklung und -wissenschaft, Stand: 10.2022

RKH Deliroffensive



- **Forschungsoffensive**
Qualifikationsarbeiten
interprofessionelle SOP
Schulungsentwicklung, NuDeSc-Karte
- **Kommunikationsoffensive**
Präsentationen bei Pflegeexpert:innen
Kommunikation in internen Medien
Broschüre für An- und Zugehörige
- **Schulungsoffensive**
10 OneMinuteWonder
Kurzschulungen auf den Stationen
Schulungsvideo auf Youtube
- **Implementierungsoffensive**
Fachdiskurs im PflegeNetzwerk
Begleitforschung OMW
Evaluation Rückmeldungen/Kennzahlen

Implementierung

QI 13.3: Anteil operierter Patienten mit ND Delir, Alter >= 60	1,76% 35/1985
QKK D-03: Delir bei Demenz als Nebendiagnose bei Behandlungsfällen ab 65 Jahren	7,77% 40/515
QKK O-01: Delir bei operierten Patienten	0,99% 30/3032
QKK O-02: Entlassung von operierten Patienten mit Delir in häusliche Versorgung	50,00% 15/30
QKK O-03: Mortalität bei operierten Patienten mit Delir	20,00% 6/30



RKH Deliroffensive



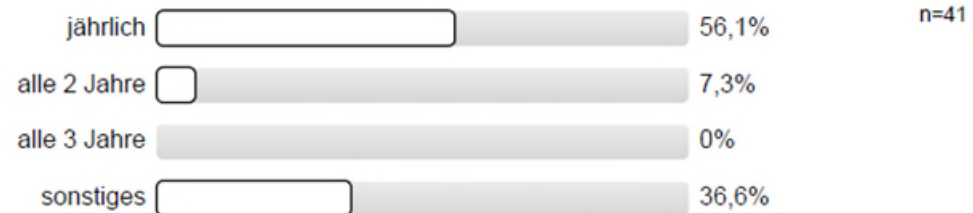
- **Forschungsoffensive**
Qualifikationsarbeiten
interprofessionelle SOP
Schulungsentwicklung, NuDeSc-Karte
- **Kommunikationsoffensive**
Präsentationen bei Pflegeexpert:innen
Kommunikation in internen Medien
Broschüre für An- und Zugehörige
- **Schulungsoffensive**
10 OneMinuteWonder
Kurzschulungen auf den Stationen
Schulungsvideo auf Youtube
- **Implementierungsoffensive**
Fachdiskurs im PflegeNetzwerk
Begleitforschung OMW
Evaluation Rückmeldungen/Kennzahlen

QuMIK Befragung

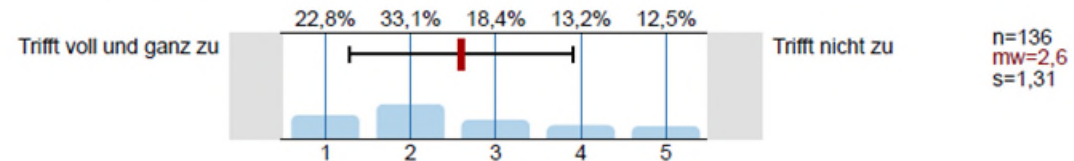
4.1) Gibt es für die operativen Bereiche Berufsgruppen- und hierarchieübergreifende Schulungen zum Delir?



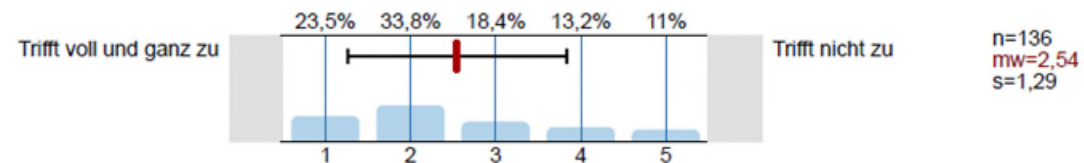
4.2) Wie häufig finden diese Schulungen statt?



4.3) Wird das postoperative Delir (ICD-10-Codes) regelmäßig für die Abrechnung dokumentiert?



4.4) Wird das postoperative Delir (ICD-10-Codes) regelmäßig im Arztbrief dokumentiert?



IQM Delir Awareness Kampagne

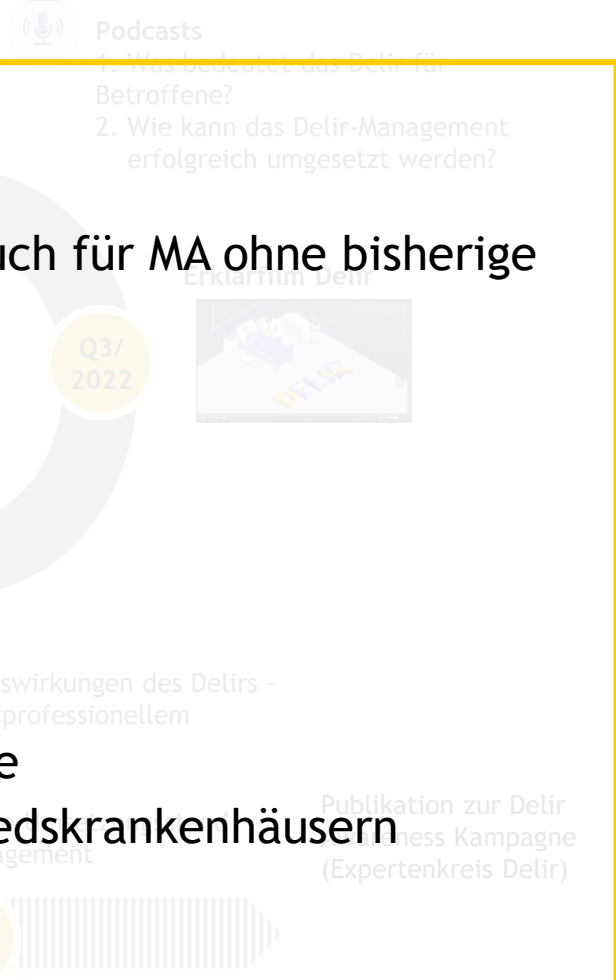
Fazit und weiteres Vorgehen

Kampagne wird von den IQM Mitgliedern sehr positiv aufgenommen

- Durchdringung „bis ans Bett“:
→ viele neue Zugänge zum IQM Mitgliederbereich werden angefordert (auch für MA ohne bisherige Berührungspunkte mit IQM)
- aktiver Austausch aus den Krankenhäusern wird gesucht und gefördert
→ z.B. Vernetzung zum Erfahrungsaustausch bzgl. Qualitätsverträgen
→ z.B. Initiierung von Materialien (One Minute Wonders)

weiteres Vorgehen ab Q4/2023

- Monitoring: Wie entwickelt sich die Dokumentation des Delirs?
- weiterer Ausbau des Werkzeugkastens im Mitgliederbereich der IQM Website
- Wiederholung der Umfrage zum Stand des Delir-Managements in den Mitgliedskrankenhäusern
- Publikation zur Awareness-Kampagne durch Expertenkreis Delir



Gesundheits-
versorgung
neu gedacht





INITIATIVE
QUALITÄTSMEDIZIN

15 Jahre IQM -
vom Club der Mutigen zur Institution

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!