

Möglichkeiten zur Etablierung eines Qualitätssicherungs- Ansatzes für die Notaufnahmen im Land Berlin

Abschlussbericht und Konzept
des Arbeitskreises

Interdisziplinäre Notaufnahmen
und Notfallmedizin im Auftrag
des Vorstands der
Ärztekammer Berlin

Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin der
Ärztekammer Berlin:

Dr. med. Werner Wyrwich, MBA (Vorsitzender des Arbeitskreises)

Dr. med. Rotraud Asche

Dr. med. Erich Fellmann

PD Dr. med. Denis Gümbel

Dr. med. Philipp Kellner, MBA

Prof. Dr. med. Gerrit Matthes*

Dr. med. Stefan Poloczek, MPH

Dr. med. Daniel Schachinger*

Dr. med. Willi Schmidbauer*

Prof. Dr. med. Rajan Somasundaram

Hendrike Stein

Prof. Dr. med. Christian Wrede

* ausgeschiedene Mitglieder

Auftrag und Zielsetzung	4
Management Summary	5
Einleitung	8
Qualität: Unterschiedliche Definitionen, unterschiedliche Blickwinkel	8
Qualitätssicherung in Krankenhäusern und Notaufnahmen – Ausgangslage in Deutschland	10
Internationale Ansätze	12
Methodik	15
Strukturierte Vorgehensplanung des Arbeitskreises	15
Qualitätsindikatoren	15
Befragung zum Status Quo der Berliner Notaufnahmen	18
Fragen der technischen Umsetzbarkeit	19
Ergebnisse	21
Qualitätsindikatoren	21
Ist-Analyse der Berliner Notaufnahmen	25
Optionen institutionsübergreifender Qualitätssicherung	36
Fragen der technischen Umsetzbarkeit	38
Fragen der Finanzierung	39
Die Berliner Perspektive	40
Konzept zur Qualitätssicherung der Notaufnahmen über die Qualitätsindikatoren der Ärztekammer Berlin / Kollegialer Dialog	41
Datenerhebung	41
Datenspeicherung und -übermittlung, datenverarbeitende Stelle	42
Datenschutz	42
Benchmarking	43
Registeransatz und kollegialer Dialog	44
Finanzierung	44
Schlussfolgerung und Empfehlung des Arbeitskreises Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin für den Vorstand der Ärztekammer Berlin	47
Danksagung	50

Anhang.....	51
Qualitätsindikatoren-Datenblätter.....	51
Umfrage zum IST-Zustand der Berliner Notaufnahmen.....	84

Auftrag und Zielsetzung

Als für das Land Berlin relevantes Thema erklärte in 2014 die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales die notfallmedizinische Versorgung zu einem Schwerpunkt für die Berliner Krankenhausplanung 2016. Der damalige Senator für Gesundheit und Soziales, Mario Czaja, wandte sich am 20. November 2014 persönlich an die Ärztekammer Berlin und bat in seinem Schreiben die Ärztekammer Berlin um Unterstützung bei der qualitätsorientierten Weiterentwicklung des Krankenhausplanes 2016 des Landes Berlin und hier insbesondere der Notfallversorgung. In Abstimmung mit dem Vorstand der Ärztekammer Berlin wurde dem Senator am 28. Januar 2015 vom damaligen Präsidenten der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz, die Unterstützung schriftlich zugesagt.

Mit Beschlussfassung des Vorstands der Ärztekammer Berlin vom 30. März 2015 wurde der Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin in der 14. Amtsperiode in neuer personeller Zusammensetzung wieder eingesetzt. Dabei wurde mit dem Beschluss vom Vorstand der Ärztekammer Berlin die nachfolgende Zielstellung für die Arbeit der Mitglieder des Arbeitskreises definiert:

Zur Thematik „Qualitätssicherung von Notaufnahmen“ wurde der Arbeitskreis beauftragt, zum einen Qualitätskriterien für Notaufnahmen zu definieren und zum anderen ein Konzept zu erarbeiten, wie innerhalb Berlins eine verbindliche Qualitätssicherung der an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser unter Federführung der Ärztekammer Berlin etabliert werden kann. Anzustreben ist, anwendbare Qualitätsindikatoren zu identifizieren bzw. daraus Kennzahlen zu entwickeln. Zudem ist zu prüfen, ob deren Erfassung sinnvoll und mit einem vertretbaren technischen und personellen Aufwand möglich ist und ob sie grundsätzlich geeignet sind, einen objektiven Vergleich der Berliner Notaufnahmen hinsichtlich der Qualität der Notfallversorgung zuzulassen.

Nach Einsetzen des Arbeitskreises Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin durch den Vorstand der Ärztekammer Berlin hat sich dieser am 17. Juni 2015 konstituiert. Der Arbeitskreis hat in 36 Arbeitstreffen den Auftrag bearbeitet und den Vorstand über den Verlauf der Konzeptentwicklung wiederholt und ausführlich informiert.

Management Summary

Der Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin der Ärztekammer Berlin kommt nach intensiver Recherche und Beratung zu folgendem Ergebnis:

1. In Deutschland existierten zum Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme des Arbeitskreises (Juni 2015) für Notaufnahmen noch keine verbindlichen Qualitätsindikatoren.
2. 2018 wurden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einige wenige Vorgaben zur Strukturqualität von Notaufnahmen festgelegt, jedoch keine Qualitätsindikatoren.
3. Für die Notaufnahmen bestehen bis heute keine einheitlich strukturierte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf nationaler Ebene.
4. Der Auftrag des Vorstands der Ärztekammer Berlin zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren für Notaufnahmen wurde durch den Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin auf Basis einer umfassenden Literaturrecherche sowie unter Einbeziehung von medizinischen Fachgesellschaften und Expert:innen durchgeführt und erfolgreich abgeschlossen.
5. Die Sinnhaftigkeit der Erfassung von Qualitätsindikatoren und deren Nutzung zur Verbesserung der Versorgung von Patient:innen in Notaufnahmen ist aus wissenschaftlichen Publikationen international belegt, so dass dies auch für Berlin erwartet werden kann.
6. Eine Erfassung von Daten zur Generierung der Qualitätsindikatoren erscheint auf Basis der Ergebnisse einer durch den Arbeitskreis vorgenommenen Befragung aller Berliner Notaufnahmen mit einem vertretbaren technischen und personellen Aufwand möglich.
7. Eine verbindliche Qualitätssicherungsmaßnahme in Notaufnahmen unter Federführung der Ärztekammer Berlin ist grundsätzlich ebenfalls möglich, da in der Abteilung Fortbildung/Qualitätssicherung der Ärztekammer Berlin bereits große Erfahrung mit unterschiedlichen Qualitätssicherungsverfahren mehrerer Fachbereiche besteht.
8. Die Datengenerierung in den Berliner Krankenhäusern erfordert die Schaffung einer standardisierten und einheitlich strukturierten gemeinsamen Datenbasis in den Notaufnahmen. Hierzu existieren bereits anwendbare Lösungen, die in den Krankenhäusern implementiert werden können.
9. Für die Umsetzung des Konzepts zur Qualitätssicherung in Notaufnahmen wird dem Vorstand der Ärztekammer Berlin durch den Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin das Instrument des kollegialen Dialogs innerhalb einer einzurichtenden Fachgruppe als zu favorisierende Methode vorgeschlagen, ggf. ergänzt durch ein Peer Review-Verfahren.
10. Für den kollegialen Dialog / Peer Review soll eine Fachgruppe „Interdisziplinäre Notaufnahmen“ eingerichtet werden.
11. Die Fachgruppe „Interdisziplinäre Notaufnahmen“ sollte organisatorisch der Abteilung Fortbildung/Qualitätssicherung der Ärztekammer Berlin zugeordnet werden.

12. Die Mitglieder der Fachgruppe „Interdisziplinäre Notaufnahmen“ sollen aus jeweils einer verantwortlichen delegierten Person jeder Notaufnahme sowie einer unabhängigen Moderation sowie den Mitgliedern des Arbeitskreises Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin bestehen.
13. Zur Reportgenerierung sind die im Konzept beschriebene Einrichtung einer datenverarbeitenden Stelle und eine datenschutzkonforme Abarbeitung der dargestellten Schritte zu vollziehen.
14. Zur Schaffung der Voraussetzungen für eine nachhaltig gesicherte Finanzierung der Qualitätssicherungsmaßnahme in Notaufnahmen bedarf es einer Präzisierung der Ausführungen, die im Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin bereits angeführt sind sowie eine verpflichtende Teilnahme der Berliner Notaufnahmen.
15. Der Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin der Ärztekammer Berlin sollte beauftragt werden, die angestrebte Implementierung und operative Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahme in Notaufnahmen im Regelbetrieb fachlich zu begleiten und zu koordinieren.

Der Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin der Ärztekammer Berlin empfiehlt dem Vorstand der Ärztekammer Berlin,

1. den vorgelegten Abschlussbericht und das darin enthaltene Konzept für eine Qualitätssicherungsmaßnahme in Berliner Notaufnahmen zustimmend zur Kenntnis zu nehmen;
2. die entwickelten Qualitätsindikatoren als „Qualitätsindikatoren für Notaufnahmen der Ärztekammer Berlin“ zu bestätigen und zur allgemeinen Nutzung freizugeben;
3. die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung zur Präzisierung der verpflichtenden Teilnahme der Berliner Notaufnahmen an der Qualitätssicherungsmaßnahme in Notaufnahmen im Krankenhausplan des Landes Berlin aufzufordern;
4. gemeinsam mit der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung die Finanzierung der regelhaften Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahme in Notaufnahmen zu klären;
5. den Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin zu beauftragen, die angestrebte Implementierung und operative Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahme in Notaufnahmen im Regelbetrieb fachlich zu begleiten und zu koordinieren;
6. zur Durchführung des kollegialen Dialoges / Peer Review eine Fachgruppe „Interdisziplinäre Notaufnahmen“ einzurichten.

Einleitung

Qualität: Unterschiedliche Definitionen, unterschiedliche Blickwinkel

Eine zentrale und wesentliche Herausforderung, mit der sich der Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin der Ärztekammer Berlin bei der Konzeptentwicklung einer Qualitätssicherungsmaßnahme in Notaufnahmen zum Erhalt bzw. zur Verbesserung einer qualitativ hochwertigen Patient:innenversorgung in Notaufnahmen zunächst konfrontiert sah war die Frage der grundsätzlichen Definition von Qualität im Zusammenhang mit Medizin im Allgemeinen, im Setting von Notaufnahmen im Speziellen sowie im Setting der Notaufnahmen mit dem Fokus auf Berlin im Besonderen.

Wesentliche Voraussetzungen medizinischer Versorgungsqualität wurden 2001 durch das Institute of Medicine (IOM) für das Gesundheitssystem der USA dargestellt.¹ Dabei wurden insgesamt sechs zu betrachtende Parameter und Leitsätze formuliert, mit denen die Dimensionen der Versorgungsqualität bezeichnet und beschrieben wurde wie Versorgung sein sollte, nämlich: „Safe, Effective, Efficient, Timely, Patient centered, und Equitable“. Wörtlich ins Deutsche übertragen lauten diese:

1. Sicherheit: Patient:innen sollten in den Einrichtungen des Gesundheitssystems so sicher sein, wie bei sich zuhause.
2. Effektivität: Wissenschaft und Evidenz sollten der Versorgung zu Grunde liegen und bei der Behandlung als Standard regelhaft Anwendung finden.
3. Effizienz: Pflege und Versorgung sollten kosteneffektiv sein und unnützer Aufwand sollte aus dem System entfernt werden.
4. Zeitnähe: Patient:innen sollten keine Wartezeiten oder Verzögerungen erfahren, um benötigte Versorgungsleitungen und Service zu erhalten.
5. Patient:innenzentrierung: Das System sollte die Patient:innen im Fokus haben, ihre Präferenzen respektieren und sie zur bewussten Entscheidung befähigen (sic: „put the patient in control“).
6. Gerechtigkeit: Ungleiche Behandlung sollte der Vergangenheit angehören, Unterschiede in der Versorgung sollten ausgemerzt werden.

Die genannten Parameter bilden bis heute weltweit die Basis für die unterschiedlichsten Ansätze von Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung in den Gesundheitssystemen.

Durch das Deutsche Institut für Normung (DIN) wurde im Zusammenhang mit industrieller Fertigung 1995 Qualität dargestellt als: „Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen.“² In der Definition aus 2015 wird Qualität beschrieben als: „Vermögen

¹ Institute of Medicine: Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, National Academy Press, Washington, 2001

² DIN EN ISO 8402

einer Gesamtheit inhärenter Merkmale eines Produkts, eines Systems oder eines Prozesses zur Erfüllung von Forderungen von Kunden und anderen interessierten Parteien.“³

Bei der Qualitätsbetrachtung nach DIN wird primär davon ausgegangen, dass Normung und Standardisierung auch für die medizinische Versorgung angewendet werden können. In der Realität finden sich in deutschen Krankenhäusern und Notaufnahmen diese aus der industriellen Produktion stammenden Ansätze und die daraus abgeleitete Qualitätssicherung bis heute jedoch weder umfassend ausgeprägt noch einheitlich angewendet.

³ DIN EN ISO 9000

Qualitätssicherung in Krankenhäusern und Notaufnahmen – Ausgangslage in Deutschland

In deutschen Krankenhäusern werden Qualitätsansätze verfolgt, welche im weitesten Sinne auf dem von Avedis Donabedian 1966 beschriebenen Qualitätsmodell beruhen.⁴ Die zentrale Überlegung dabei ist, dass Qualität in der medizinischen Versorgung auf den drei Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beruht, wobei die drei Komponenten in Abhängigkeit zueinander stehen: Strukturqualität ist Grundvoraussetzung für eine gute Prozessqualität, welche wiederum die Voraussetzung für gute Ergebnisqualität ist. Während Struktur- und Prozessqualität inzwischen im klinischen Setting durchaus betrachtet werden, ist die Messung von Ergebnisqualität schwierig und speziell für den sensiblen Bereich der Notaufnahmen bis dato in Deutschland nicht entwickelt. Unter in erster Linie vergütungstechnischen Aspekten wurden 2018 mit einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bzgl. der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern erstmals Vorgaben zur Strukturqualität getroffen, wie z.B. die Qualifikation von Personal in Notaufnahmen, das Durchführen einer Ersteinschätzung oder das Vorhandensein einer Aufnahme- bzw. Beobachtungsstation. Diese Vorgaben bilden aber eine tatsächliche Prozess- oder Ergebnisqualität einer medizinischen Versorgung nicht ab.⁵

Beispiele für berufsgruppenspezifische Ansätze des Qualitätsverständnisses, der Qualitätserfassung und Qualitätssicherung existieren entlang bestehender individueller Professions-Standards und auch über hausinterne Arbeitsanweisungen. Einige Krankenhausketten wie auch individuelle Krankenhäuser verfolgen eine weitergehende Ausrichtung mit Organisationsbezug über die Definition und den Einsatz von Maßnahmen im Rahmen eines umfassenden Qualitätsmanagements (UQM oder TQM). Dabei kommen in deutschen Krankenhäusern verschiedene Systeme zur Anwendung.

Im Kontext der direkten medizinischen Versorgung von Patient:innen werden Qualitätsaspekte in Diagnose und Therapie anhand der Erkenntnisse der klinischen Epidemiologie (evidence based medicine) beispielsweise in den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften abgebildet, die sich über die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) organisiert haben.⁶ Die Inhalte der jeweils geltenden aktuellen Leitlinien finden im Idealfall in individuell erstellten Standard-Arbeitsanweisungen der Krankenhäuser ihren Niederschlag und kommen damit über sogenannte SOPs (= Standard Operating Procedures) bei Patient:innen zur Anwendung.

Nationale Qualitätsbestrebungen gehen in der Regel mit der Festlegung von Qualitätszielen, der Gründung von Registern sowie der Auswertung der dorthin gemeldeten Daten einher. Beispielhaft für einen nationalen Ansatz steht die Einrichtung klinischer Krebsregister, deren Rechtsgrundlage der § 65c des Sozialgesetzbuches fünftes Buch (SGB V) ist.⁷ Eine Finanzierung dieser Register erfolgt durch die Krankenkassen, wobei hierzu die Erfüllung definierter Förderkriterien erforderlich ist.

⁴ Donabedian: "Evaluating the quality of medical care"; Milbank Memorial Fund Quarterly 44: 166-203, 1966

⁵ https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3301/2018-04-19_Not-Kra-R_Erstfassung.pdf

⁶ <https://www.awmf.org/awmf-online-das-portal-der-wissenschaftlichen-medizin/awmf-aktuell.html>

⁷ <https://www.gesetze-im-internet.de/sgb5/65c.html>

Die Verantwortung zur Umsetzung der bundesweit geltenden gesetzlichen Vorgaben und die Organisation der klinischen Krebsregister auf regionaler Ebene liegt bei den Bundesländern. Berlin und Brandenburg haben sich zur gemeinsamen Ausgestaltung entschieden und dies 2016 über einen Staatsvertrag geregelt.⁸

Bundesweit agierende Register, die sich ohne eine gesetzliche Verpflichtung etabliert haben, werden in der Regel über medizinische Fachgesellschaften auf Basis einer freiwilligen Teilnahme entsprechender Fachkliniken betrieben. Sie finanzieren sich in der Regel über Beiträge der jeweils teilnehmenden Kliniken. Beispiele hierfür sind u.a. das Traumaregister DGU® der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) oder auch das Reanimationsregister der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI).

Während der intensiven Befassung mit dem Auftrag des Vorstandes der Ärztekammer Berlin wurden die Mitglieder des Arbeitskreises 2016 auf eine Gruppe von Wissenschaftlern aufmerksam, die sich in einem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Verbund-Projekt⁹ (AKTIN-Projekt) auf Grundlage des Notaufnahme-Datensatzes der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI e.V.) mit einer standardisierten und strukturierten Dokumentation in der Notaufnahme befassen. Zudem beinhaltet das AKTIN-Projekt die Entwicklung eines nationalen Notaufnahmeregisters mit dem Ziel, die Versorgungsforschung in der Akutmedizin in Deutschland zu verbessern.

Die Ärztekammer Berlin hat in ihrer Zuständigkeit in den letzten 25 Jahren vor allem solche regionale Qualitätsmaßnahmen aktiv unterstützt, die aus freiwilligen Initiativen zur Qualitätsverbesserung hervorgegangen sind, wie z.B. das Berliner Schlaganfall-Register, das Berlin-Brandenburger Herzinfarktregister, die Qualitätsmaßnahmen der Berliner Neonatologen und der Berliner Transfusionsmediziner.¹⁰

In Deutschland hat der Gesetzgeber auf Basis des § 136 SGB V Inhalte einer externen Qualitätssicherung vorgegeben. Dem Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wurde die Aufgabe übertragen, auf Basis von methodisch-wissenschaftlichen Grundlagen Konzepte und Instrumente zur externen Qualitätssicherung zu entwickeln und sich an der Umsetzung der Qualitätssicherungsverfahren zu beteiligen.¹¹

Etabliert sind zudem Qualitätsberichte für die Krankenhäuser, die seit 2003 zu veröffentlichen sind.

Rechtsgrundlage dafür ist § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V für die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser. Der G-BA beabsichtigt damit, Informationen für Patient:innen sowie für einweisende Ärzt:innen bereitzustellen, aber auch von Krankenkassen Auswertungen vornehmen und für Versicherte Empfehlungen aussprechen lassen zu können. „Krankenhäusern eröffnen die Berichte die Möglichkeit, ihre Leistungen und ihre Qualität darzustellen.“¹²

Die in Form von maschinenverwertbaren XML-Daten übermittelten Berichte aller nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser werden zudem als „Referenzbericht“ in einem PDF-Dokument aufbereitet und vom G-BA als Download im Internet zur Verfügung gestellt.

⁸ https://www.kkrbb.de/files/155A548AD4E/20160630_PM_Inkrafttreten_Staatsvertrag_klinisches_Krebsregister.pdf

⁹ <https://aktin.art-decor.org/aktin-html-20150423T224142/project.html>

¹⁰ https://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/40_Qualitaetssicherung/30_QM_Massnahmen_nach_Themen/10_Transfusionsmedizin/02_Berliner_Konzept.html

¹¹ <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/>

¹² <https://g-ba-qualitaetsberichte.de/#/search>

Aufgrund des öffentlichen Interesses an der Versorgungssituation einerseits und der Versorgungsqualität andererseits hat der Gesetzgeber 2016 den G-BA damit beauftragt, Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung zu entwickeln.¹³ Ziel dabei ist auch, den Ländern ein Instrument zur Verfügung zu stellen, mit dessen Hilfe sie bei ihren Planungsentscheidungen neben Aspekten der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit auch die Versorgungsqualität der Krankenhäuser stärker berücksichtigen können.¹⁴

Für die Notaufnahmen in Deutschland existieren seit der Festlegung des G-BA einige wenige zu erfüllende Anforderungen an Strukturqualität, jedoch bis dato weder verbindlich festgelegte Qualitätsindikatoren noch darauf aufsetzende einheitlich strukturierte Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Fazit: Freiwillige Qualitätssicherungsaktivitäten gehen in Deutschland in der Regel auf die Initiative von engagierten Ärzt:innen eines Fachgebietes zurück. Diese Aktivitäten führen zur Festlegung von Qualitätszielen, Gründung von Registern und zur Auswertung der dorthin gemeldeten Daten, der Entwicklung von Qualitätsindikatoren und der gemeinsamen Diskussion der statistischen Auswertungen. Viele dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen aus den Initiativen von Ärzt:innen wurden vom G-BA in verbindlich geltende nationale Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 136 SGB V überführt.

Internationale Ansätze

Bei der Betrachtung von internationalen Ansätzen zur Verbesserung der Qualität und Sicherheit in der Versorgung von Patient:innen in Notaufnahmen finden sich die im vorausgegangenen Abschnitt dargestellten Elemente der Qualitätssicherung wieder. Auch im internationalen Vergleich sind die initialen Kristallisationspunkte den Initiativen einzelner an Qualitätssicherung und -verbesserung interessierter Ärzt:innen geschuldet, die überregionale, nationale und z.T. auch internationale Bedeutung erlangt haben. Im Vergleich zu Deutschland spielt der Einsatz von Qualitätsindikatoren hier bereits eine wichtige Rolle. International existente Qualitätsindikatoren für Notaufnahmen fokussieren überwiegend auf Zeitintervalle sowie auf notfallrelevante Erkrankungen bzw. spezifische Maßnahmen bei ausgewählten „Tracern“.

Grundsätzlich können mehrere Methoden bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren Anwendung finden, die jeweils unterschiedliche Entstehungsgrundlagen haben und sich hinsichtlich der akademischen Vorgehensweise unterscheiden:¹⁵

1. Nicht systematisch; z.B. „Critical Incidence“
2. Systematisch: evidenzbasiert
3. Systematisch: evidenzbasiert plus Konsens
4. Systematisch: Leitlinien basiert
5. Delphi-Verfahren
6. Rand/UCLA Appropriateness-Methode

¹³ BAnz AT 23.03.2017 B2

¹⁴ <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/datenerhebung-zur-qualitaetssicherung/datenerhebung-qualitaetsindikatoren-krankenhausplanung>

¹⁵ Campbell, S et.al., Qual Saf Health Care 2002;11:358–364

Als wichtige Treiber der Entwicklung und der Anwendung von Qualitätsindikatoren sind auf internationaler Ebene Kanada, Großbritannien und Australien, aber auch die USA und Dänemark zu nennen.

In Kanada wurden nach einem sehr aufwendigen Verfahren im Jahr 2002 erstmals acht Qualitätsindikatoren entwickelt, für die in der Folge nationale Referenzwerte generiert wurden, welche über das National Ambulatory Care Reporting System (NACRS) zum Benchmark den Notaufnahmen zur Verfügung standen.¹⁶

In den folgenden Jahren entwickelten Expert:innen über einen landesweiten Konsens insgesamt 48 „Evidence-Based Quality of Care Indicators“ für die kanadischen Emergency Departments.¹⁷ Großbritannien und Australien führten in ihren A&E-Einheiten verbindliche Zielgrößen ein, die eine Reduktion der Wartezeit mit sich bringen sollten. Dabei sollten 98% aller britischen Notaufnahmepatient:innen innerhalb von vier Stunden gesehen, behandelt, aufgenommen, verlegt oder entlassen werden.¹⁸ Ab 2011 wurden folgende Parameter verpflichtend zur Anwendung gebracht und die erreichten Ergebnisse kontinuierlich veröffentlicht:

- Left department before being seen for treatment rate
- Re-attendance rate
- Time to initial assessment
- Time to treatment
- Total time in A&E

Bei der kritischen Betrachtung der Zielerreichung ist aber inzwischen erkennbar, dass die vorgegebenen Prozentwerte gerade in den Schwerpunktkrankenhäusern weitestgehend verfehlt werden.¹⁹ Ursächlich dafür ist die steigende Zahl von Behandlungsfällen in den bestehenden Kapazitäten.

In den USA finden Qualitätsbestrebungen der unterschiedlichsten Fachdisziplinen über das Department of Health and Human Services Unterstützung. Hierbei bietet das Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) eine landesweite Plattform.²⁰ Für Notaufnahmen existierten 2016 zwei Indikatoren zur Erfassung des Durchsatzes (Throughput): Zum einen der Medianwert für die Dauer zwischen Ankunft in der Notaufnahme und dem ersten Kontakt mit Fachpersonal und zum anderen der Medianwert für die Dauer zwischen Ankunft in der Notaufnahme und dem Verlassen der Notaufnahme.

Dänemarks Regierung legte 2013 fest, eine nationale Datenbank der Versorgungsqualität in Notaufnahmen zu etablieren. 54 (ärztliche) Expert:innen nahmen sich der anstehenden Aufgabe an und identifizierten zunächst 43 nationale Qualitätsindikatoren (davon acht zeitkritische), die anschließend über eine Likert-Skala einer Bewertung hinsichtlich der Anwendbarkeit unterzogen wurden. Es verblieben danach von den zuerst identifizierten 43 noch 32 Qualitätsindikatoren (davon drei zeitkritische), die schließlich einer weiteren Selektion durch das Datenbasis-Lenkungsgremium unterzogen wurden. Am Ende resultierte ein Set von neun anzuwendenden Qualitätsindikatoren.²¹

¹⁶ Lindsay P., et al., Acad Emerg Med 2002; 9 (11): 1131-1139

¹⁷ <http://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2010/Development-of-a-consensus>

¹⁸ Thompson R., et al., Int J Qual Health Care 2004; 16 (Sup 1):i51-i56

¹⁹ <http://www.qualitywatch.org.uk/indicator/ae-waiting-times>

²⁰ <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov>

²¹ Madsen M., et. al, Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine (2016) 24:11

Fazit: Auch International gehen Qualitätssicherungsaktivitäten auch initial auf die Eigeninitiative interessierter (ärztlicher) Expert:innen zurück, sie haben allerdings inzwischen durch gesundheitspolitische oder staatliche Vorgaben einen höheren Entwicklungsstand erreicht als es in Deutschland derzeit der Fall ist. Die Festlegung von nationalen Qualitätszielen sowie die Auswertung der verbindlich abgeforderten Daten werden durch staatliche oder durch den Staat beauftragte Stellen organisiert.

Methodik

Strukturierte Vorgehensplanung des Arbeitskreises

Nach der Klärung von initial bestehenden Fragen zum Vorgehen legten sich die Mitglieder des Arbeitskreises (fast ausschließlich Leiterinnen und Leiter von Notaufnahmen) nach ausführlicher Diskussion zur Umsetzung des Auftrags des Vorstands der Ärztekammer Berlin auf das nachfolgend beschriebene Vorgehen fest:

Die Ist-Analyse umfasst die Identifizierung von national und international existierende Qualitätsindikatoren und darüber hinaus auch Rechtsgrundlagen, Leitlinien und Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften. Die Ergebnisse aus der grundlegenden Ist-Analyse wurden dann mit dem Ist-Zustand der Berliner Notaufnahmen abgeglichen. Hierzu erfolgte zuvor eine Befragung der Notaufnahme-Leitenden. Durch die Mitglieder des Arbeitskreises wurden anschließend aus den Erkenntnissen der vorgenommenen Analysen inklusive der Befragung der Notaufnahme-Leitenden im Rahmen des gegebenen Auftrags anwendbare Qualitätsindikatoren herausgearbeitet. Der Vorstand der Ärztekammer Berlin wurde im Rahmen von Zwischenberichten über den Verlauf der Konzeptentwicklung informiert.

Qualitätsindikatoren

Nach der Ist-Analyse bereits existierender nationaler und internationaler Qualitätsindikatoren für die Notaufnahmen wurden die deutschen medizinischen Leitlinien einbezogen und darauf überprüft, ob sich darin Vorgaben für zu berücksichtigende Qualitätsindikatoren finden ließen. Die initiale Literatursuche erfolgte über die Suchbegriffe „emergency department“, „quality“ und „indicator“ und erstreckte sich auf Suchen in den gebräuchlichen medizinischen Literaturdatenbanken über den Zeitraum von Januar 1995 bis Dezember 2015. Darüber hinaus fanden die sekundären Literaturquellen aus den Originalarbeiten bei der QI-Auswahl ebenso Beachtung, wie aus früheren systematischen Verfahren generierte Indikatoren.²²

Nicht-systematische, wie z.B. „Critical Incidences“ wurden nicht berücksichtigt. Somit wurden aus der gesamten Literatur Qualitätsindikatoren verwendet, die evidenz- und/oder leitlinienbasiert bzw. durch evidenzbasierten Konsens nach Delphi-Verfahren und Rand/UCLA Appropriateness-Methode generiert waren.

Die während der weiteren Tätigkeit des Arbeitskreises erschienenen Publikationen zu Qualitätsindikatoren wurden gesichtet und hinsichtlich der Übereinstimmung mit den vom Arbeitskreis zusammengeführten Indikatoren geprüft.^{23 24 25}

²² Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall MN: Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. Qual Saf Health Care 2002; 11: 358–364

²³ Kulla M., Goertler M., Somasundaram R., Walcher F., et.al: Bewertung von Qualitätsindikatoren für die Notaufnahme. Erstmalige Anwendung eines modifizierten QUALIFY-Ansatzes mit nachfolgender interprofessioneller Expertendiskussion. Notfall Rettungsmed 2016; 19: 646–656

²⁴ Kulla M., Brammen D., Greiner F., Hörster A., et.al.: Vom Protokoll zum Register – Entwicklungen für ein bundesweites Qualitätsmanagement in deutschen Notaufnahmen; DIVI 2016; 7 (1), 12-20

²⁵ Madsen M.M., Eiset A.H., Mackenhauer J, Odby A., Christiansen C.F., Kurland I., Kirkegaard H.: Selection of quality indicators for hospital-based emergency care in Denmark, informed by a modified-Delphi process. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2016; 24:11

Englische Bezeichnungen der aus der Literatur identifizierten Qualitätsindikatoren wurden ins Deutsche übersetzt.

Zur Clusterung wurden die Indikatoren entsprechend der Kategorien des Institute for Clinical Evaluative Sciences²⁶ sortiert. Aufgrund der Erfordernisse einer insgesamt älter werdenden Gesellschaft²⁷ wurde Geriatrie als weitere Kategorie aufgenommen und bereits in Entstehung befindliche Geriatrie-Qualitätsindikatoren integriert.^{28 29}

Eine Abfrage der medizinischen Fachgesellschaften erfolgte durch Anschreiben an die jeweiligen Vorsitzenden bzw. Geschäftsführer:innen. Hierbei wurden Fachgesellschaften ausgewählt, die einen engen Bezug zur Versorgung von Notfallpatient:innen haben.

Dabei handelt es sich um die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) e. V., die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) e.V., die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) e.V., die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) e.V., die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) e.V., die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) e.V., die Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNi) e.V., die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOÜ) e.V., die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) e.V. sowie die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) e.V. und die Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) e.V.

Die Rückmeldungen der Fachgesellschaften wurden tabellarisch zusammengefasst und hinsichtlich der Hinweise auf zu verwendende Qualitätsindikatoren bewertet und, sofern es hier Vorschläge gab, diese bei der weiteren Diskussion ggf. integriert. Ebenso gingen die Bewertungen von und nach Diskussion mit drei vom Arbeitskreis hinzugezogenen Expert:innen ein, die sich aufgrund besonderer Erfahrungen hinsichtlich der regionalen Gegebenheiten zu den Themenbereichen Schlaganfall, Herzinfarkt und Pädiatrie einbrachten.

Von der den Mitgliedern des Arbeitskreises wurden die QI auf die vom Institute of Medicine genannten Grundbedingungen von Qualitätsindikatoren hin überprüft, die auf eine sichere, effektive und effiziente Versorgung fokussieren und zudem als Patient:innen-orientiert, zeitgerecht und angemessen gelten.³⁰

Der Arbeitskreis erstellte für die systematische Bearbeitung und Operationalisierung der Qualitätsindikatoren ein eigenes Qualitätsindikatoren-Datenblatt, welches auf Vorarbeiten der „Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg (SQR-BW) und des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) basiert. In Tabelle 1 ist die Indikatoren-Matrix abgebildet, die

²⁶ Schull MJ, Hatcher CM, Guttman A, Leaver CA, Vermeulen M, Rowe BH, Anderson GM, Zwarenstein M.: Development of a Consensus on Evidence-Based Quality of Care Indicators for Canadian Emergency Departments. ICES Investigative Report. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2010.

²⁷ Heppner H.J., Wiesner R., Schuster S., Thiem U., Christ M., Singler K.: Bedeutung der demographischen Entwicklung für die Notfallmedizin. Notfall Rettungsmed. 2014; 17(6): 494-499

²⁸ Schuster S., Willam C., Dormann H.: GeriQ Qualitätsindikatoren für eine geriatrische Notfallversorgung https://klinikum-fuerth.de/dateien/pdfs/zentrale%20notaufnahme/PosterDGINA2015_final.pdf, aufgerufen am 03.01.2016

²⁹ Martin-Khan M., Burkett E., Schnitker L., Jones R. N., Gray L. C.: Methodology for developing quality indicators for the care of older people in the Emergency Department. BMC emergency medicine 2013; 13(1), 23

³⁰ Institute of Medicine: Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, National Academy Press, Washington, 2001

seitens der Mitglieder des Arbeitskreises genutzt wurde. In Bezug auf die Anwendbarkeit wurden darüber hinaus für jeden Qualitätsindikator konkrete Rechenregeln festgelegt.

In dieser Diskussionsphase wurden zudem diejenigen Qualitätsindikatoren eliminiert, für die es in den Berliner Notaufnahmen keine Möglichkeit für eine erforderliche Datenerfassung gibt, weil sie als Schnittstellen-Parameter zu betrachten sind. Beispielhaft zu nennen sind Rettungsdienst-Zeiten (initialer Qualitätsindikator: „Ambulance offload time“), oder die spezialisierte medizinische Prozesse von spezialisierten Einheiten zum Inhalt haben, wie beispielsweise die Stroke Units (initialer Qualitätsindikator: „Percentage of patients with acute stroke given tPA for whom tPA best practice treatment protocol was followed for tPA administration“).

Jeder aus der Literatur gewonnene und nach Anwendung der vorgenannten Bewertungsschritte verbliebene Qualitätsindikator-Kandidat wurde von jedem Mitglied des Arbeitskreises einer individuellen Relevanzbewertung mittels einer sechsstufigen Likert-Skala unterzogen. Als wesentliche Kriterien wurden dabei die Praktikabilität und die grundsätzliche Umsetzbarkeit herangezogen, insbesondere in Kenntnis und unter Berücksichtigung differenter IT-Standards und (Arbeits-)Prozesse in den Berliner Notaufnahmen.

Anschließend erfolgte die Zusammenführung der Individualbewertungen, wobei eine Mittelwert- und Medianbildung je Qualitätsindikator erfolgte. Das Clearing wurde mittels Nominalgruppentechnik durchgeführt, wobei ein Cut-Off-Wert festgelegt wurde und danach schließlich der Ausschluss und die Neusortierung erfolgte.

lfd. Nr.	Feldinhalt	Bezeichnung/Beispiele/Erläuterungen
1	Indikator	vollständige Bezeichnung des Indikators
2	Indikatoren-ID	01, 02, ...etc.
3	Indikatortyp	Prozessindikator, Strukturindikator, Ergebnisindikator
4	Qualitätsziel	sicheres Erkennen von..., Ausschluss von... etc.
5	Rationale	Hintergrundinformationen
6	Kennzahlen	Untergruppe(n) des Indikators zum Beispiel gruppiert nach: Alter, ASA etc.
7	Referenzbereich	Zielwert
8	Erläuterungen zum Referenzbereich	Textliche Fassung wo erforderlich
9	Methode der Risikoadjustierung	Einflussfaktoren (techn. Defekte etc.)
10	Erläuterung der Risikoadjustierung	Textliche Fassung wo erforderlich
11	Rechenregel	Was ist der Zähler? / Was ist der Nenner?
12	Zähler (Formel)	genauer Wert des Zählers
13	Nenner (Formel)	genauer Wert des Nenners
14	Erläuterung der Rechenregel	Textliche Fassung wo erforderlich
15	Datenfelder	z.B. Zeitstempel (Format)
16	Datenquellen	Textliche Fassung wo erforderlich

lfd. Nr.	Feldinhalt	Bezeichnung/Beispiele/Erläuterungen
17	Umsetzbarkeit	z.B. Übergabe Zeit erfassen / Triage -> grundsätzlich möglich
18	inhaltliche Gewichtung	Angabe des Median
19	technische Umsetzbarkeit	Konsens der AK-Mitglieder: Ja/Nein
20	Vergleichbarkeit	Konsens der AK-Mitglieder: Ja/Nein
21	Bemerkungen/Sonstiges	Methodische Hinweise, potentielle Fehleranreize, Maßnahmen
22	Literatur	Quellenangaben

Tabelle. 1: Muster des vom Arbeitskreis erstellten Qualitätsindikatoren-Datenblattes

Befragung zum Status Quo der Berliner Notaufnahmen

Aufgrund der personellen Zusammensetzung des Arbeitskreises Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin mit Mitgliedern aus verschiedenen Berliner Krankenhäusern (fast ausschließlich Leiterinnen und Leiter von Notaufnahmen) und unterschiedlichen Trägerorganisationen bestand ein grundsätzliches Verständnis für die regionalen Gegebenheiten und die damit verbundenen Unterschiede der Notaufnahmen. Es bestand Konsens darüber, dass eine elektronische Datenverfügbarkeit grundsätzlich möglich bzw. erreichbar zu sein schien.

Eine systematische Erfassung des Ist-Zustandes existierte jedoch nicht und es war weder klar, ob und wie strukturiert die zur Generierung von Qualitätsindikatoren erforderlichen Daten aus den Notaufnahmen erhoben werden, noch welche Gemeinsamkeiten oder/und Unterschiede hinsichtlich der in den Krankenhäusern/Notaufnahmen und den verschiedenen Trägerorganisationen gegebenen Rahmenbedingungen bestehen (z.B. zur Anwendung kommende IT-Systeme, Personalmix, Triage-Systeme etc.)

Zur Objektivierung des IST-Zustands wurde deshalb durch die Mitglieder des Arbeitskreises in mehreren Durchgängen und nach sehr intensiver Diskussion ein Fragebogen mit insgesamt 47 Items entwickelt.

Der vom Arbeitskreis erstellte Fragenkatalog wurde anschließend einem Pre-Test durch mehrere Freiwillige unterzogen, die als hauptamtliche ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ärztekammer Berliner beschäftigt waren, jedoch von der Arbeit des Arbeitskreises bis dahin keine Kenntnis hatten. Das Votum der Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Pre-Test war durchgehend positiv, es erfolgte auf Basis der gegebenen Hinweise eine redaktionelle Anpassung, nämlich Präzisierung einzelner Formulierungen des Fragebogens.

Über den Vorstand der Ärztekammer Berlin wurde ein Informationsschreiben an die Geschäftsführungen und die ärztlichen Direktor:innen der 38 Krankenhäuser mit Notaufnahmen in Berlin versandt in welchem dargestellt wurde, dass eine anonyme Befragung der Notaufnahme-Leitenden durch den Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin der Ärztekammer Berlin geplant ist. Die Geschäftsführungen der Krankenhäuser wurden gebeten, die Maßnahme zu unterstützen und dem Vorstand diejenigen Personen

mitzuteilen (die jeweiligen ärztlichen Notaufnahme-Leitenden), die von der Ärztekammer Berlin um Beantwortung der Umfrage angesprochen werden sollen.

Es gab von allen Geschäftsführungen eine Rückmeldung mit Nennung von Ansprechpartner:innen in den 38 Krankenhäusern. Über die rücklaufenden Angaben der Geschäftsführungen der Kliniken erfolgte anschließend die Information der Notaufnahme-Leitenden über die Hintergründe, die Inhalte sowie die Rahmenbedingungen der Umfrage. Dabei wurde den potenziellen Umfrageteilnehmern mitgeteilt, dass die Umfrage anonymisiert elektronisch über das Online-Umfragetool Survey Monkey erfolgen und am 16. Juni 2016 starten würde. Eine Erinnerung mit der Bitte um Beteiligung wurde einige Tage vor Befragungsende an die Notaufnahme-Leitenden gerichtet und nochmals auf die Deadline der Befragung am 13. Juli 2016 hingewiesen. In den folgenden Monaten erfolgten dann die Auswertung der Befragung und die Diskussion Ergebnisse, die auf Basis von 31 teilnehmenden der angeschriebenen 38 Notaufnahmen (das entspricht einem Rücklauf von 81,6%) generiert wurden.

Optionen institutionsübergreifender Qualitätssicherung

Auf Basis der vorgenannten inhaltlichen Themengebiete wurde in mehreren Sitzungen des Arbeitskreises intensiv eine Diskussion zur Konkretisierung der Konzeptausgestaltung geführt. Dabei wurden die denkbaren Optionen institutionsübergreifender Qualitätssicherung sowie deren Umsetzung kritisch auf Vor- und Nachteile geprüft, Implementierungsaufwand und Nutzen betrachtet, so dass letztendlich die im Ergebnisteil des Abschlussberichtes dargestellte Festlegung auf eine der möglichen Optionen erfolgte und eine Umsetzungsempfehlung des Arbeitskreises für den Vorstand der Ärztekammer Berlin resultierte.

Fragen der technischen Umsetzbarkeit

Die Mitglieder des Arbeitskreises waren bei der Beschreibung über die rein medizinischen Inhalte hinausgehenden Anforderungen der Qualitätsindikatoren – insbesondere Verständlichkeit der Datenfeld-Beschreibungen und Umsetzung in medizininformatische Rechenwege, der Anforderungen an die IT-Systemstruktur sowie Festlegungen zu Bestandteilen eines Pflichtenhefts für die IT-Programmierungsroutinen und Datenschutz-Anforderungen – auf die Einbindung weiterer Expertise angewiesen.

Nach Erstellung der so genannten Qualitätsindikatoren-Datenblätter durch den Arbeitskreis wurden zwei unabhängige Expert:innen – ausgewiesene Gesundheitswissenschaftler mit Datenanalyse-Kenntnissen und langjähriger Berufserfahrung im Bereich der externen Qualitätssicherung gemäß § 136 SGB V – um eine externe Qualitätskontrolle der Qualitätsindikatoren-Datenblätter gebeten. Die gegebenen Empfehlungen wurden durch die Mitglieder des Arbeitskreises diskutiert und entsprechend bei der Finalisierung der Datenblätter berücksichtigt.

Aufgrund der Kenntnis der Befassung einer wissenschaftlichen Expert:innengruppe mit Versorgungsforschungsansätzen zur Datengenerierung und -verarbeitung von Notaufnahme-Protokolldaten im AKTIN-Projekt, wurde

durch den Arbeitskreis Kontakt zu den Leitern des AKTIN-Projekts hergestellt und nach Unterzeichnung einer gegenseitigen Vertraulichkeitsvereinbarung ein Abgleich zwischen den identifizierten Qualitätsindikatoren aus Berlin und den Datensatz-Abfragen des AKTIN-Projektes vorgenommen. Im Ergebnis konnten bestehende sowie nutzbare Synergien zwischen den beiden Arbeitsgebieten bestätigt werden. Zudem wurden mit Mitgliedern der AKTIN-Arbeitsgruppe Fragen der technischen Anforderungen, der Programmieraufwände und möglicher Auswertungsoptionen diskutiert.

Ergebnisse

Qualitätsindikatoren

Bei den in der internationalen Literatur benannten Qualitätsindikatoren war eine Verteilung auf neun Kategorien erkennbar, wobei neben Patient:innenzufriedenheit und Patient:innensicherheit auch Notaufnahmen-Prozesse und sechs notfallrelevante Behandlungsfelder betrachtet wurden. Klinische Schwerpunkte ließen sich dabei für respiratorische und kardiologische Notfälle sowie für die Themenfelder Schlaganfall, Pädiatrie, Infektion/Sepsis und das Schmerzmanagement darstellen.

In Kenntnis der (unabhängig von bestehenden Qualitätssicherungsmaßnahmen) bereits bestehenden sehr hohen Arbeitsbelastungen der betroffenen Berufsgruppen in den Notaufnahmen einerseits und der Problematik der technischen Umsetzbarkeit von Qualitätssicherungsmaßnahmen andererseits, resultierte die gemeinsam getragene Überzeugung der Mitglieder des Arbeitskreises das es sinnvoller sei, eine kleinere Zahl von relevanten Qualitätsindikatoren einzuführen, deren Anwendbarkeit für alle Notaufnahmen in Berlin gegeben scheint. Und nicht auf eine große Anzahl von Qualitätsindikatoren zu setzen, deren Anwendbarkeit nicht oder nur sehr schwer umsetzbar erscheint. Unter dieser Prämisse wurden – wie bereits im Methodenteil dargestellt – von den Mitgliedern des Arbeitskreises Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin alle initial identifizierten möglichen Kandidaten ausführlich diskutiert.

Nach Clusterung und Bewertung der grundsätzlichen Anwendbarkeit in Berliner Notaufnahmen verblieben insgesamt 31 Indikatoren, die nochmals individuell einer Bewertung auf Relevanz durch jedes Mitglied des Arbeitskreises auf Basis einer sechsstufigen Likert-Skala unterzogen wurden.

Die von jedem Mitglied des Arbeitskreises individuell für jeden Indikator abgegebenen Einschätzungen ergaben Durchschnitts- und Medianwerte bezüglich der Relevanz der einzelnen Qualitätsindikatoren. Unter Berücksichtigung der festgelegten Cutoff-Werte resultierten im Ergebnis die in Tabelle 2 dargestellten 26 Indikatoren, zu denen sich die jeweiligen Qualitätsindikatoren-Datenblätter mit ausführlichen Informationen im Anhang befinden.

Indikator-Nr.	Indikator Bezeichnung	Durchschnittswert	Wert Median
Nr. 1	Patient:innenzufriedenheit	2,0	2,0
Nr. 2	Aufenthaltsdauer von Erstkontakt in der Notaufnahme bis Verlassen der Notaufnahme	1,8	1,5
Nr. 3	Aufenthaltsdauer von Erstkontakt in der Notaufnahme bis zum ersten Kontakt mit einem Arzt / einer Ärztin	1,1	1,0
Nr. 4a	Dokumentation der Zeitspanne zwischen Abschluss der Notfallbehandlung bis zur Verlegung auf die Station/OP	2,1	2,0

Indikator-Nr.	Indikator Bezeichnung	Durchschnittswert	Wert Median
Nr. 4b	Zeitspanne zwischen Abschluss der Notfallbehandlung bis zur Verlegung auf die Station/OP	2,1	2,0
Nr. 5	Prozentsatz der Patient:innen, die ungeplant innerhalb von 48 Stunden nach einer Erstaufnahme mit nachfolgender Entlassung wieder in der Notaufnahme ankommen mit resultierender stationärer Aufnahme	1,5	1,5
Nr. 6	Prozentsatz der Patient:innen mit dokumentierter Schmerzerfassung bei Ersteinschätzung	1,5	1,5
Nr. 7	Dauer von Ersteinschätzung bis zur ersten Gabe von Analgetikum bei allen schmerzhaften Zuständen, die eine Analgesie erfordert	1,5	1,5
Nr. 8	Die Notaufnahme ist für pädiatrische Notfälle eingerichtet	1,5	1,0
Nr. 9	Prozentsatz der Patient:innen mit AMI, die innerhalb von 10 min nach Eintreffen im Krankenhaus ein EKG erhalten haben	1,1	1,0
Nr. 10	Prozentsatz der Patient:innen mit STEMI, die ihre primär-PCI/PTCA innerhalb von 30 - 60 Min. nach Ankunft erhalten haben	1,5	1,0
Nr. 11	Prozentsatz von Patient:innen mit ambulant erworbener Pneumonie, die eine initiale antibiotische Therapie innerhalb von 6 h nach Ankunft erhalten haben	1,1	1,0
Nr. 12	Prozentsatz von Patient:innen mit ambulant erworbener Pneumonie, bei denen die Vitalparameter in der Notaufnahme erfasst wurden	1,0	1,0
Nr. 13	Teilnahme am Schlaganfallregister	1,8	2,0
Nr. 14	Prozentsatz von möglicherweise für eine Intervention (Lyse / Thrombektomie) geeignete Schlaganfallpatient:innen, die ein Schädel-CT innerhalb von 25 min nach Ankunft in der Notaufnahme erhalten haben	1,3	1,0
Nr. 15	Prozentsatz von Schlaganfallpatient:innen, die ein 12-Kanal-EKG in der Notaufnahme erhalten haben	1,9	2,0
Nr. 16	Prozentsatz von Patient:innen mit einer schweren Sepsis oder einem septischen Schock, denen innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft in der Notaufnahme ein Breitbandantibiotikum gegeben wurde	1,4	1,0
Nr. 17	Teilnahme am Traumaregister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) e.V.	2,0	2,0
Nr. 18	i.v.-Antibiotikagabe bei Patient:innen mit offenen Frakturen bereits in der Notaufnahme	1,3	1,0
Nr. 19	Standardisierte Überprüfung des Tetanus-Impfschutzes	1,1	1,0
Nr. 20	Bestimmung und Dokumentation des GCS-Wertes bei medizinischer Ersteinschätzung nach Schädel-Hirn-Trauma	1,0	1,0

Indikator-Nr.	Indikator Bezeichnung	Durchschnittswert	Wert Median
Nr. 21	Durchführung einer CCT-Untersuchung innerhalb von 30 Minuten nach Aufnahme bei Patient:innen mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma mit einem GCS ≤ 8	1,1	1,0
Nr. 22	Personal: Notaufnahme-Ärzt:innen und Notaufnahme-Pflegende aller Fachdisziplinen sollten geriatrische Grundkenntnisse vorweisen.	2,0	2,0
Nr. 23	Geriatrischer Handlungsbedarf: Ein nach aktueller Evidenzlage empfohlenes geriatrisches Screening sollte angewendet werden, um geriatrischen Handlungsbedarf zu identifizieren.	2,0	2,0
Nr. 24	Erfassungsgrad/Umsetzungsgrad des Delirscreenings	2,0	2,0
Nr. 25	Dekubitus-Screening	1,8	2,0

Tabelle 2: Relevante Qualitätsindikatoren

Im Ergebnis sind nachfolgende Themenbereiche mit Qualitätsindikatoren hinterlegt und in unterschiedlicher Häufigkeit vertreten:

- 1 x Patient:innenzufriedenheit
- 4 x Notaufnahmen-Prozesse (Prozesszeiten, Dokumentation)
- 1 x Stat. Aufnahme (innerhalb von 48h nach amb. Vorstellung)
- 2 x Schmerz (Erfassung, Analgetikagabe)
- 2 x Kardiologie (AMI: Zeit bis EKG sowie STEMI: Zeit bis PCI)
- 2 x Pneumonie (Antibiose, Vitalparameter incl. Sauerstoff-Beurteilung)
- 2 x Schlaganfall (Schädel-CT innerhalb von 25 Min., EKG)
- 1 x Sepsis (Zeit bis Antibiose)
- 4 x Trauma (Antibiose bei offenen Frakturen, Tetanus-Schutz-Prüfung, GCS-Erfassung bei SHT, Zeit bis CCT bei schwerem SHT)
- 1 x Geriatrie (Delir-Screening)

Zusätzlich zu den vorgenannten Qualitätsindikatoren finden sich zwei Strukturqualitätsindikatoren, die auf die Teilnahme der Notaufnahmen an spezifischen Registern ausgerichtet sind, sowie einer, der das Vorhandensein einer adäquaten Ausstattung für pädiatrische Notfälle darlegt.

Obwohl die adäquate Verfügbarkeit von Notaufnahmen-Personal und dessen Qualifikation unter den Mitgliedern des Arbeitskreises als relevantes Struktur-Qualitätskriterium unstrittig war, konnte beim Themenfeld Geriatrie nicht klar definiert werden, welche Messgröße für den Qualitätsindikator „Personal: Notaufnahme-Ärzt:innen und Notaufnahme-Pflegende aller Fachdisziplinen sollten geriatrische Grundkenntnisse vorweisen“ dienen kann. Es ist hier ebenso wie für den Qualitätsindikatoren „Geriatrischer Handlungsbedarf“ eine klare Positionierung der medizinischen Fachgesellschaften erforderlich, da derzeit nicht festgelegt ist, welches nach aktueller Evidenzlage empfohlenes geriatrisches Screening angewendet werden soll, um einen (un- bzw. mittelbaren) geriatrischen Handlungsbedarf noch in der Notaufnahme zu identifizieren.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt werden diese Qualitätsindikatoren daher noch zurückgestellt. Hingegen ist das Delirscreening, das einen unmittelbaren Handlungsbedarf erfordert, als Qualitätsindikator aufgeführt.

Von den nach der Relevanzbewertung aufgeführten Indikatoren ist der Indikator 25 „Dekubitus-Screening“ für die Notaufnahmen insofern verzichtbar, als die Erfassung eines Dekubitus bei einer stationären Aufnahme als „stationärer Qualitätsindikator“ (QS nach § 136 SGB V) bereits verbindlich festgelegt wurde.

Aufgrund der bisher bestenfalls punktuell erfolgenden Qualitätssicherung in den Notaufnahmen, sind einige der Qualitätsindikatoren perspektivisch kontinuierlich weiterzuentwickeln. Als Beispiel dafür steht der Indikator „Patient:innenzufriedenheit“: Hier soll eine kumulative Erfassung der Patient:innenzufriedenheit in eigener Regie der Notfallaufnahmen mit Notaufnahme-spezifischen Fragestellungen vorgenommen werden. Es wird also nur erfasst, ob überhaupt eine Zufriedenheitsmessung stattfindet, ohne dass dabei eine differenzierte qualitative Betrachtung der einzelnen Items der Befragung erfolgt. Dabei soll erreicht werden, dass in einem ersten Schritt zunächst alle Notaufnahmen eine interne Befragung regelmäßig vornehmen, um in einem zweiten Schritt eine einheitliche Befragung für Notaufnahmen zu entwickeln und verfügbar zu machen, die dann in einem dritten Schritt verbindlich von allen Notaufnahmen zu verwenden ist.

Ähnlich verhält es sich beim Qualitätsindikator „Aufenthaltsdauer von Erstkontakt in der Notaufnahme bis Verlassen der Notaufnahme“: Die technischen Möglichkeiten der Berliner Notaufnahmen lassen noch nicht überall die Generierung dieses Parameters zu. Daher soll vorerst die Nutzung des Qualitätsindikators in Registerform erfolgen, um dadurch die Etablierung einer allgemein anwendbaren Schnittstelle und identischer Felddefinitionen in allen Häusern zu erreichen, um in einem zweiten Schritt den optimierten Qualitätsindikator zu erstellen, der dann auch eine vergleichbare Performance-Messung erlaubt. Nach dem Kenntnisstand der Mitglieder des Arbeitskreises sind derzeit die technischen Systeme der Krankenhäuser in Berlin noch zu uneinheitlich ausgestaltet, um diese Informationen in den Notaufnahmen sicher erheben zu können.

An dieser Stelle wird auf die Anmerkungen in den Qualitätsindikatoren-Datenblättern hingewiesen, die zu den einzelnen identifizierten Qualitätsindikatoren u.U. weiteren Erläuterungen zur Auslegung des jeweiligen Qualitätsindikators oder zu dessen Rationale geben. Beispielhaft ist hier der Qualitätsindikator:

„Aufenthaltsdauer von Erstkontakt in der Notaufnahme bis zum ersten Kontakt mit einem Arzt /einer Ärztin“ zu nennen. Der Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin der Ärztekammer Berlin ist sich bewusst, dass es logischer wäre,

1. die Zeitdauer von administrativer Aufnahme bis Ersteinschätzung
2. die Zeitdauer von Ersteinschätzung bis erstem Arztkontakt

in jeder Ersteinschätzungskategorie gesondert zu messen.

Die maximal vorgegebenen Wartezeiten des Triage-Systems sollten sich in dem Qualitätsindikator auf die Gesamtzeit (also inklusive administrative Zeiten) und nicht nur auf die Zeit von Triage bis Behandlungsbeginn erstrecken. Aufgrund der erhaltenen Rückmeldungen aus der Umfrage des Arbeitskreises (s. nachfolgendes Kapitel) ist dies derzeit in den Berliner Notaufnahmen noch nicht überall möglich.

Ist-Analyse der Berliner Notaufnahmen

Die Entwicklung der Befragung mit insgesamt 47 Items sowie die Vorgehensweise bei der vom Arbeitskreis initiierten Umfrage sind im Methodenteil dargestellt. Von allen angeschriebenen 38 Notaufnahmen in Berlin (i.d.R. waren die angeschriebenen Personen ärztliche Notaufnahme-Leitende) nahmen bis zum Ende des Befragungszeitraums, der sich über einen Monat erstreckt hatte, 31 Notaufnahmen an der anonymen Umfrage teil, was einer Teilnahmequote von 81,6% entspricht. Die Daten der Umfrage sind gesamthaft im Anhang aufgeführt.

Innerhalb der einzelnen Items der Umfrage kam es vor, dass einzelne Teilnehmende die Frage nicht beantwortet hatten, so dass bei der Darstellung der Ergebnisse auch eine Angabe dazu erfolgte, wie hoch die Anzahl der erfolgten Beantwortungen und die Anzahl der Ausgelassenen („skipped question“) gewesen ist.

Mit dem Erklären der Bereitschaft zur Beantwortung des Fragebogens (Frage 1) erklärten sich alle 31 Antwortenden der 38 angefragten Notaufnahme-Leitungen mit der anonymen Verarbeitung der gemachten Angaben durch die Ärztekammer Berlin einverstanden.

Zum jährlichen Patient:innenaufkommen (Frage 2) gaben 13 Notaufnahmen an, weniger als 25.000 Patient:innen pro Jahr zu behandeln (41,9%), elf Notaufnahmen (35,5%) gaben ein Aufkommen zwischen 25.000 und 50.000 an und sieben Rückmeldende (22,6%) beantworteten die Frage mit „über 50.000 Patient:innen pro Jahr“.

23 der 31 antwortenden Notaufnahmen zur Frage 3 (74,3%) sahen ein Netzwerk der Berliner Notaufnahmen als wichtig oder sehr wichtig an, um einen regelmäßigen Austausch zu gewährleisten. Sechs Notaufnahmen (19,4%) gaben eine Antwort im Mittelfeld der Skala, lediglich zwei Teilnehmende (6,5%) tendierten zur Antwort "nicht wichtig". Eine Ausstattung für pädiatrische Notfälle (Frage 4) können zwei Drittel der Notaufnahmen vorweisen.

28 der 31 antwortenden Notaufnahmen gaben an, bereits eine strukturierte Ersteinschätzung anzuwenden (Frage 5), welche „immer“ durchgeführt werde (Frage 10). Zudem haben 85% der Notaufnahmen angegeben, das Personal für die Ersteinschätzung komplett geschult zu haben (Frage 7). Die zwei letzten Aussagen wurden durch die Mitglieder des Arbeitskreises aufgrund der eigenen Erfahrungen, Sach- und Fachkenntnisse sowie der realen regionalen Gegebenheiten als nicht belastbar bewertet. Aus den Antworten zur Frage 6 geht klar hervor, dass die Ersteinschätzung in den Berliner Notaufnahmen überwiegend durch das Pflegepersonal vorgenommen wird, aber auch andere Berufsgruppen beteiligt sind (s. Abb. 1).

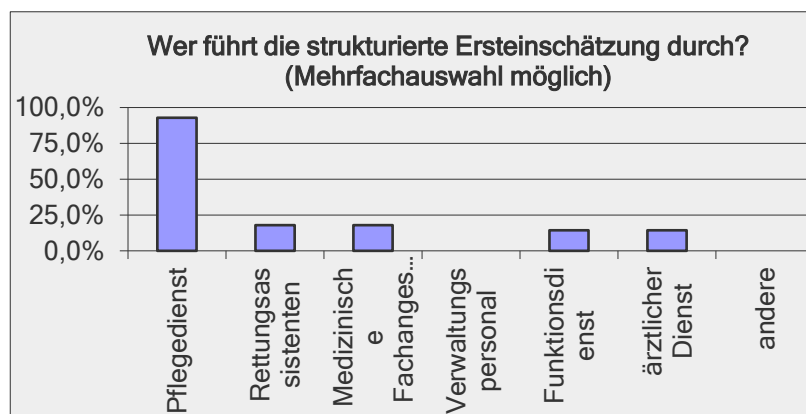


Abb. 1: Verteilung der an der Ersteinschätzung beteiligten Berufsgruppen

In nachfolgender Abbildung (Abb. 2) ist dargestellt, wann die Ersteinschätzung erfolgt.

Wann wird die Ersteinschätzung durchgeführt?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
vor administrativer Erfassung	7,1%	2
nach administrativer Erfassung	42,9%	12
sowohl als auch	50,0%	14
<i>answered question</i>		28
<i>skipped question</i>		3

Abb. 2: Verteilung der an der Ersteinschätzung beteiligten Berufsgruppen

Die Tatsache, dass nur zwei Notaufnahmen eine Ersteinschätzung vor der administrativen Erfassung tätigen, während zwölf Notaufnahmen erst nach der administrativen Aufnahme triagieren und die Hälfte der antwortenden Notaufnahmen eine – aus welchen Gründen auch immer – wechselnde Vorgehensweise berichten, entspricht nach Wertung der Mitglieder des Arbeitskreises der Realität in Berlin und lässt Optimierungspotenzial erkennen.

Die Frage nach der Dauer zwischen Eintreffen eines Patienten / einer Patientin in der Notaufnahme und der Erstsichtung (Frage 12) wurde von drei der 31 Notaufnahmen ausgelassen und nicht beantwortet. Zwei Notaufnahmen gaben an, dazu keine Angaben machen zu können und 26 Notaufnahmen (92,6%) gaben die Dauer zwischen 0 und max. 15 Minuten an, davon nahmen 14 Notaufnahmen für sich in Anspruch, unter der Zeitmarke von fünf Minuten zu bleiben.

Hier ist allerdings der zuvor bereits dargestellte Umstand zu berücksichtigen, dass im überwiegenden Anteil der Notaufnahmen die administrative Aufnahme einer Ersteinschätzung vorgelagert ist, was im Gesamtprozess Verzögerungen bedeuten kann und keine zeitliche Erfassung dieser Wartezeit erfolgt.

Die Art der Erfassung generierter Daten oder/und des Status innerhalb des Behandlungsablaufes ist in Abbildung 3 wiedergegeben (Frage 13). Dass nur die Patient:innenstammdaten und der ärztliche Behandlungsbericht in allen antwortenden Notaufnahmen/Krankenhäusern in elektronischer Form vorliegen, während andere Parameter in relevanter Größe weiterhin papiergestützt erhoben werden, wird seitens der Arbeitskreis-Mitglieder als plausibel und korrekt bewertet.

Folgende Status werden dokumentiert:(Mehrfachauswahl möglich)			
Answer Options	Elektron. Dokumen- tation	Papierge- stützte Dokumentation	Response Count
Ersteinschätzung	25	3	28
Ärztlicher Behandlungsbericht	29	0	29
Behandlungsstatus	27	1	28
Pflegedokumentation	20	8	28
Raumstatus (aktueller Aufenthaltsort der Patient:innen z.B.: Verbandsraum, Röntgenraum, Untersuchungsraum etc.)	17	9	26
Patient:innenstammdaten	29	0	29
<i>answered question</i>			29
<i>skipped question</i>			2

Abb. 3: Art der Erfassung und Dokumentation von unterschiedlichen Status im Rahmen der Behandlung

Die Verfügbarkeit der Stammdaten und der ärztlichen Dokumentation begründen die generelle Abrechnungsfähigkeit der in der Notaufnahme erbrachten Leistung, so dass das Vorliegen dieser Daten in elektronischer Form aufgrund des ökonomischen Interesses der Krankenhausleitungen ermöglicht wird. Hieraus ist aber auch ableitbar, dass eine elektronische Erfassung von Parametern zur Dokumentation und Messung von Qualitätsinhalten grundsätzlich möglich ist.

In der nachfolgenden Abbildung 4 sind die verschiedenen Quellen aufgeführt, die zur internen Qualitätssicherung in den verschiedenen Notaufnahmen zur Anwendung kommen (Frage 14). Hierbei werden in 25 Notaufnahmen Daten aus der Ersteinschätzung, in 22 Notaufnahmen Daten aus dem Arztbericht und in 18 Notaufnahmen Daten aus dem Pflegebericht genutzt. In 25 Notaufnahmen stehen den Notaufnahme-Leitenden Reports in elektronischer Form zur Verfügung (Frage 15). Dabei handelt es sich überwiegend um Daten zum Leistungs- und Finanzcontrolling.

21 Notaufnahme-Leitende (72,4%) haben angegeben, dass sie selbst für ihre behandelten Patient:innen Kennzahlen definiert haben (Frage 16). Von diesen erheben mehr als die Hälfte (zwölf Notaufnahmen) diese Kennzahlen dauerhaft (Frage 17).

Verfahrensanweisungen, sogenannte Standard Operating Procedures (SOPs) oder andere Formen des strukturierten Vorgehens wurden von insgesamt 29 Notaufnahmen berichtet (Frage 18). Dabei variiert die Anzahl der zur Anwendung kommenden SOPs zwischen den Notaufnahmen stark. Das Minimum wurde von zwei Notaufnahmen mit „bis zu fünf“ angegeben, die größte Anzahl von Notaufnahmen (elf) erklärte sich in die Gruppe mit „über 25“ (Frage 19).

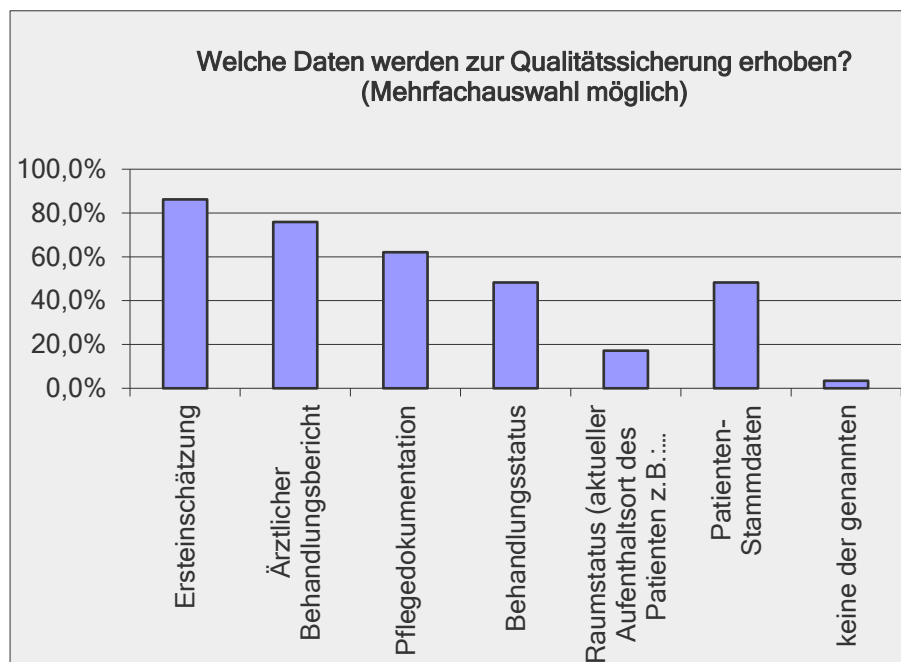


Abb. 4: Verwendete Quellen für die interne Qualitätssicherung

SOPs mit hoher Durchdringung betreffen die Themenfelder akutes Koronarsyndrom, Polytrauma, Schlaganfall und Sepsis (Frage 20), die Zahl der Notaufnahmen, die über entsprechende Anweisungen verfügen, ergibt sich aus Abbildung 5.

Zu welchen der nachfolgenden Diagnosen bzw. Systemkomplexen haben Sie Verfahrensanweisungen, SOPs oder andere Formen des strukturierten Vorgehens?(Mehrfachauswahl möglich)		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Akutes Koronarsyndrom	86,2%	25
Polytrauma	75,9%	22
Schlaganfall	79,3%	23
Sepsis	62,1%	18
Sonstiges (bitte angeben)		10
<i>answered question</i>		29
<i>skipped question</i>		2

Abb. 5: Führende Themenbereiche und Anzahl der Notaufnahmen mit entsprechenden Verfahrensanweisungen

Ein wichtiges Element interner Qualitätssicherung ist die Prüfung der Richtigkeit gestellter Behandlungsdiagnosen (Frage 21). Dies ist grundsätzlich möglich, wenn ein Abgleich zwischen der Aufnahmediagnose und der Entlassungsdiagnose vorgenommen wird.³¹ Da in Notaufnahmen ein hoher Anteil ambulanter Patient:innen nach der Erstbehandlung die weitere Betreuung bei niedergelassenen Ärzt:innen in Anspruch nimmt, erfolgt eine direkte Nachverfolgung in der Regel im ambulanten Setting nicht, weil der Aufwand dafür als zu hoch angesehen wird. Stattdessen wird bei einem Teil der Berliner Krankenhäuser versucht, diesen Aspekt der Qualitätssicherung über den Abgleich der Notaufnahme-Diagnosen mit den Entlassungsdiagnosen bei den ins eigene Haus stationär aufgenommenen Patient:innen abzudecken.

Wie aus Abbildung 6 hervorgeht, werden dabei überwiegend Stichproben vorgenommen. Jeweils ein kleinerer Teil der Notaufnahmen gibt an, diesen Abgleich immer vorzunehmen, bzw. dieses Qualitätskriterium nicht vorzunehmen.

Überprüfen Sie strukturiert die Richtigkeit der in der Notaufnahme gestellten Diagnosen bei stationär aufgenommenen Patient:innen?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
ja, immer	13,8%	4
ja, stichprobenartig	72,4%	21
nein	13,8%	4
<i>answered question</i>		29
<i>skipped question</i>		2

Abb. 6: Überprüfung der Diagnosestellung der Notaufnahme

Auch bei Wiedervorstellungen von Patient:innen innerhalb von 48 Stunden nach initialer Behandlung in der Notaufnahme bietet die Frage nach der Richtigkeit der zuvor gestellten Behandlungsdiagnose eine gute Möglichkeit der internen Qualitätskontrolle (Frage 22). Aus den Antworten der Teilnehmenden der Befragung geht hervor, dass eine höhere Anzahl von Notaufnahmen (acht) die Diagnose „immer“ überprüft, die Zahl der nicht stattfindenden Prüfungen steigt allerdings auch (fünf Notaufnahmen). Die Zahl der stichprobenartigen Prüfung fällt von 21 auf 16 Notaufnahmen.

Bei den zusätzlich im Rahmen des Qualitätsmanagements durchgeführten Maßnahmen (Frage 23) findet sich ein breites Bild, das von stichprobenhafter Erhebung einzelner Parameter (z.B. Messung von Verweildauern in Diagnostik- und Therapiemodulen) und isolierter Projekte über Patient:innenbefragungen und strukturiertes Beschwerdemanagement, Morbiditäts- und Mortalitäts-Besprechungen (M&M-Konferenzen) und internen Audits bis hin zur Zertifizierung des gesamten Krankenhauses reicht. Eine Teilnahme am Critical Incident Reporting

³¹ Dormann H, Diesch K, Ganslandt T, Hahn E.: Kennzahlen und Qualitätsindikatoren einer medizinischen Notaufnahme. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(15): 261–7 DOI: 10.3238/arztebl.2010.0261

System (CIRS) wird von 28 der 31 Notaufnahme-Leitungen bestätigt, lediglich drei haben diese Frage übersprungen (Frage 24).

Bei der Frage nach bestehenden Zertifizierungen (Frage 25) werden als führende Entitäten 15 Mal „Traumazentrum“, 14 Mal „Stroke Unit“ und neunmal „Chest Pain Unit“ angegeben. Daneben finden sich von den Antwortenden 18 Nennungen über weitere Zertifizierungen (Frage 26), darunter übergreifende von KTQ, DEKRA, DIN-ISO oder spezifische Zertifizierungen von medizinischen Fachgesellschaften z.B. als Gefäß-, Darm-, Endoprothetik-, Lungenkrebs- oder Wundzentrum sowie weitere Kennzeichnungen wie z.B. schmerzfreies, diabetesgeeignetes, babyfreundliches Krankenhaus und Qualitätskliniken. Das speziell für Notaufnahmen konzipierte Zertifikat der medizinischen Fachgesellschaft DGINA wird in Berlin noch nicht genannt.

Etwa zwei Drittel der Notaufnahmen (19 von 29) gibt an, an Registern teilzunehmen (Frage 27), wobei es sich um die in Abbildung 7 dargestellten sowie das unter „Sonstige Register“ zusätzlich genannte Endoprothesenregister handelt (Frage 28).

Falls ja, an welchen?(Mehrfachauswahl möglich)		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Schlaganfallregister	55,0%	11
Herzinfarktregister	75,0%	15
Intubationsregister	15,0%	3
Traumaregister	60,0%	12
Reanimationsregister	25,0%	5
Sonstiges Register (bitte angeben)		2
<i>answered question</i>		20
<i>skipped question</i>		11

Abb. 7: Teilnahme an Registern

Die Versorgung geriatrischer Patient:innen (Frage 29) wurde von 25 Notaufnahmen erläutert, sechs Notaufnahmen haben diese Frage übersprungen. In den 19 Notaufnahmen, die die Frage beantworteten, wird der besonderen Bedarfe von alten Menschen durch die Durchführung eines geriatrischen Assessments Rechnung getragen, 13 Krankenhäuser halten zudem einen Geriater in Rufbereitschaft vor.

Als Instrumente der Qualitätssicherung gelten u.a. M&M-Konferenzen, strukturierte Befragungen sowie das Bestehen eines standardisierten Beschwerdemanagements. Aus der Befragung geht hervor, dass M&M-Konferenzen in 28 von 29 antwortenden Notaufnahmen mit Fällen aus der Notaufnahme durchgeführt werden (Frage 30), 21 von 29 Krankenhäusern/Notaufnahmen regelmäßige Patient:innenbefragungen vornehmen (Frage 31), während Befragungen des Rettungsdienstes/Krankentransportes nur bei 17 von 29

Krankenhäusern/Notaufnahmen stattfinden (Frage 33). In allen der 29 antwortenden

Krankenhäusern/Notaufnahmen gibt es ein standardisiertes Beschwerdemanagement (Frage 32).

Von besonderer Bedeutung für die Qualität der Versorgung ist die Ausstattung der Notaufnahmen mit Personal sowie dessen Qualifikation. Die nachfolgenden Ergebnisse der Umfrage zielen auf diese Thematik ab.

Bei der Frage nach der Qualifikation der Ärzt:innen sowie deren Verfügbarkeit (Frage 34) ergibt sich das in Abbildung 8 dargestellte Ergebnis. Hierbei wird deutlich, dass fachärztliche Präsenz in den Notaufnahmen rund um die Uhr nicht die Regel ist sondern eher die Ausnahme darstellt, während die Gewährleistung des rechtlich geschuldeten Facharztstandards im Wesentlichen durch Fachärzt:innen sichergestellt wird, die sich entweder im Haus, oder in Rufbereitschaft befinden. Bei den noch in Weiterbildung befindlichen Ärzt:innen werden unabhängig von der jeweiligen Fachdisziplin mehr aus dem Hausdienst in der Notaufnahme eingesetzt, als dort direkt Dienst-Tuende.

Welches ärztliche Personal wird für Ihre Notaufnahme rund um die Uhr vorgehalten?						
Answer Options	Innere Medizin	Unfall- chirurgie	Allgemeine Chirurgie	Anästhe- siologie	Neuro- logie	Response Count
Fachärzt:in ständig anwesend in der Notaufnahme	6	6	1	3	2	9
Fachärzt:in im Haus	13	13	10	19	4	22
Ärzt:in in Weiterbildung im letzten Drittel der Weiterbildung in der Notaufnahme	15	9	6	2	7	17
Ärzt:in in Weiterbildung innerhalb der ersten 2/3 der Weiterbildung in der Notaufnahme	16	17	12	2	10	19
Ärzt:in in Weiterbildung im letzten Drittel der Weiterbildung im Haus	16	13	15	13	10	21
Ärzt:in in Weiterbildung innerhalb der ersten 2/3 der Weiterbildung im Haus	16	17	19	9	12	22
Fachärzt:in in Rufbereitschaft	22	21	21	18	12	23
nicht rund um die Uhr gewährleistet Facharztqualifikation	0	0	0	0	1	1
Fachdisziplin im Haus nicht vorhanden	0	1	1	0	10	10
<i>answered question</i>						29
<i>skipped question</i>						2

Abb. 8: Vorhaltung ärztlichen Personals in den Notaufnahmen

Etwa zwei von drei Notaufnahme-Leitenden bestätigen, dass es verbindliche Regelungen für die ärztlichen Mitarbeitenden gibt, bevor sie in der Notaufnahme zum Einsatz kommen (Frage 35). Regelungen, die angeführt werden (Frage 36), reichen vom undifferenzierten Hinweis auf einen bestehenden Einarbeitungsalgorithmus und Aussagen wie: „Sechs Monate in Weiterbildung“ oder „Acht Wochen im Haus“, bis zur differenzierten Darstellung der Anforderungen an die Qualifikation vor einem Einsatz in der Notaufnahme.

Bei den Ärzt:innen in Weiterbildung sind dies im Wesentlichen:

- das Erfüllen geforderter Mindestweiterbildungszeiten,
- absolvierte Intensivstationsrotationen,
- nachgewiesene Kurse (z.B. Notarzt/Notärztin, Normfortbildungen etc.)

sowie vereinzelt auch noch absolvierte Hospitationen in den Notaufnahmen.

Zusätzlich werden Deeskalationstrainings und Schulungen für den Umgang mit Patient:innen bei Vorliegen häuslicher Gewalt benannt.

Zur oberärztlichen Qualifikation findet sich der Hinweis auf die Zusatz-Weiterbildung „Notfallmedizin“ sowie die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“.

Einzelne Angaben erläutern auch prozessuale Elemente, z.B. dass ein Einsatz in der Notaufnahme erst nach „im Krankenhausinformationssystem (KIS) hinterlegten und angewendeten Einarbeitungskonzept mit Ersteinsatz nach monatelangem Vorlauf“ erfolgt, oder dass ein Einsatz nach „Prüfung des Qualifikationsstandes im Rahmen der Ausbildung und nach fachlicher Beurteilung“ sowie „Supervision durch Oberärzt:in in der Abteilung“ erfolgt.

Bei der Frage zur Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals (Frage 37) bejaht die Hälfte der Antwortenden das Vorliegen von verbindlichen Regelungen, die andere Hälfte verneint dies. Zu den Kriterien die angeführt werden (Frage 38) zählen einerseits die grundsätzliche Berufsqualifikation als Gesundheits- und Krankenpfleger:in, aber auch als Rettungsassistent:in, andererseits zeitliche Vorgaben der Berufspraxis, das Durchlaufen einer strukturierten Einweisung entsprechend der Vorkenntnisse sowie spezifische Ausbildungsinhalte (z.B. MTS-Triage-Ausbildung, Deeskalationstraining), Pflichtfortbildungen (z.B. Reanimation, Polytrauma, Katastrophenschutz, Hygiene, Gips etc.) und teilweise auch die Teilnahme an einem Kurs Rettungsstelle, der 40 Stunden umfasst. Aus einer Rückmeldung geht hervor, dass eine Quote von 25% mit der Fachqualifikation „Notfallpflege“ angestrebt wird.

Die Fragen 39 und 40 gehen der Frage nach dem Stammpersonal nach. Von 31 an der Befragung teilnehmenden Notaufnahmen haben fünf die Frage 39 nicht beantwortet, bei der Frage 40 waren es zwei, die keine Rückmeldung gegeben hatten.

Die Ergebnisse zur Frage 39 zeigen, dass bei der Ärzt:innenschaft die Chef- und Oberärzt:innen in vielen der Notaufnahmen das Stammpersonal bilden und bei den nachgeordneten Dienstarten (Fach- und Assistenzärzt:in) mehr als ein Drittel nicht zum Stammpersonal der Notaufnahme gehört (s. Abb. 9).

Wie viele Ärzte der benannten unterschiedlichen Funktionen gehören insgesamt zu Ihrem Stammpersonal in der Rettungsstelle / Notaufnahme?(Summe der Teil- und Vollzeitkräfte)		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Chefärztin/-arzt / Leitende(r) Ärztin/Arzt	92,3%	24
Oberärztin/-arzt	80,8%	21
Assistenzärztin/-arzt (Fachärztin/-arzt)	61,5%	16
Assistenzärztin/-arzt (nicht Fachärztin/-arzt)	65,4%	17
<i>answered question</i>		26
<i>skipped question</i>		5

Abb. 9: Ärztliches Stammpersonal der Notaufnahmen nach Dienstarten

Bei den nicht-ärztlichen Mitarbeiter:innen (Frage 40) gehören erwartungsgemäß Gesundheits- und Krankenpfleger:innen in allen Notaufnahmen zum Stammpersonal (100%), gefolgt von Medizinischen Fachangestellten in 23 von 29 Krankenhäusern und dem Rettungsdienstpersonal, das in 17 von 29 Notaufnahmen zum Stammpersonal gehört. In zwei von drei Krankenhäusern untersteht das nicht-ärztliche Personal der Pflegedienstleitung (Frage 41). Bei den administrativen Aufgaben kommen in zwölf von 29 Notaufnahmen Mitarbeiter:innen ohne medizinische Ausbildung zum Einsatz (Frage 42).

Der letzte Themenkomplex der Befragung war auf Weiter- und Fortbildungsinhalte ausgerichtet. Von den 31 beteiligten Notaufnahmen haben 29 die Fragen 43 - 47 beantwortet. Im Ergebnis werden in allen Krankenhäusern regelmäßig Fortbildungen in der Notaufnahme durchgeführt (Frage 43), wobei hinsichtlich der Fortbildungsfrequenz zwischen „jährlich“, „halbjährlich“, „quartalsweise“, „monatlich“ und „häufiger“ als monatlich gewählt werden konnte.

Lediglich drei der 29 Notaufnahmen gaben an, Fortbildungen jährlich oder halbjährlich zu tätigen, von den 26 verbleibenden Notaufnahmen gaben neun eine quartalsweise, zwölf eine monatlich und fünf eine häufiger als monatlich stattfindende Fortbildungsfrequenz an (Frage 44). 18 von 29 Notaufnahmen gaben zudem an, die Möglichkeit von Simulationstrainings zu nutzen (Frage 45).

Zu der inzwischen verfügbaren Zusatzweiterbildung „Notaufnahme“ für Pflegekräfte gaben 28 von 29 Notaufnahmen an, diese für sinnvoll zu halten (Frage 46). Bei der Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ gaben 24 von 29 Notaufnahmen an, die Ärzt:innen darin qualifizieren zu wollen, fünf hatten das nicht geplant (Frage 47).

Optionen institutionsübergreifender Qualitätssicherung

Aus der Arbeit des Arbeitskreises gingen insgesamt vier Varianten zur Konkretisierung einer Konzeptausgestaltung hervor, die unter den Mitgliedern des Arbeitskreises intensiv diskutiert wurden:

Variante 1: Geregelter strukturierter Dialog (angelehnt an § 136 SGB V)

Variante 2: Kollegialer Dialog

Variante 3: Peer Review-Verfahren

Variante 4: Kombination von Variante 2 mit Variante 3 bei Auffälligkeiten

Die Variante 1 würde sich nach Auffassung der Mitglieder des Arbeitskreises inhaltlich sehr stark am Ansatz der externen Qualitätssicherung gemäß § 136 SGB V orientieren. Diesem Verfahren ist vor seiner Implementierung ein mehrjähriger Entwicklungsprozess jeweils unter Einbeziehung der für die Gebiete relevanten medizinischen Fachgesellschaften, der Bundesverbände des Deutschen Gesundheitssystems sowie der Politik vorausgegangen. Aus diesem Prozess resultierten schließlich auf Basis von evidenzbasierten medizinischen Kriterien bundeseinheitliche Vorgaben und Regularien zur Qualitätssicherung, deren Umsetzung durch die Verankerung im § 136 SGB V und für alle nach 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser verpflichtend gemacht wurde. Dabei wurde auch vorgegeben, welche Daten in den Krankenhäusern zu generieren sind, wie einerseits der Datenfluss zur Auswertungsstelle und andererseits dort die Auswertung der Daten vorzunehmen ist, worauf die Bewertung der Ergebnisse dann auf Bundes- und auf Landesebene zu erfolgen hat und schließlich auch, wie die Finanzierung des gesamten Systems erfolgt.

Aus den persönlichen Erfahrungen der Mitglieder des Arbeitskreises bei der Generierung der Daten in ihren Krankenhäusern sowie aus ihrer Mitarbeit auf Landesebene in den Gremien der externen Qualitätssicherung in Berlin, kennen sie aber auch die Schwachstellen dieses sehr formellen Systems. Diese sind vor allem die extrem langen zeitlichen Intervalle zwischen der initialen Behandlung der Patient:innen und der abschließenden Befassung mit den resultierenden Ergebnissen der Datenerhebung und Datenauswertung nach Durchlauf sämtlicher formellen Schritte des strukturierten Dialogs.

Sowohl aufgrund der stark reglementierten Vorgehensweise dieses Ansatzes und der dadurch stark verzögerten Befassung mit den generierten Daten, aber vor allem vor dem Hintergrund der Unmöglichkeit, als Ärztekammer eine verpflichtende Teilnahme der Krankenhäuser durchsetzen zu können, sieht der Arbeitskreis die Variante 1 nicht als geeignet an, die Basis für ein Konzept zur Qualitätssicherung in Notaufnahmen bilden zu können.

Bei der Variante 2 steht ein Register-basierter Ansatz im Mittelpunkt der Überlegungen im Sinne eines fachlichen Austauschs der Notaufnahmen. Hierbei können hinsichtlich der Organisation verschiedene Optionen angedacht werden, nämlich entweder die Etablierung eines Berliner Notaufnahme-Registers, ggf. unter der Schirmherrschaft der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung bzw. der Ärztekammer Berlin, oder die Nutzung eines externen Registers, analog etwa des für Herzinfarkt-Behandlungen bestehenden Berlin-Brandenburger Herzinfarktregisters (B₂HIR) e.V.

Bestrebungen zur bundesweiten Etablierung eines Notaufnahmeregisters über die Daten des DIVI-Notaufnahmeprotokolls werden aktuell durch die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vorangetrieben, so dass seitens der Mitglieder des Arbeitskreises die Chance hoch eingeschätzt wird, dass in Kürze ein funktionierendes System eines Notaufnahmeregisters seine Arbeit aufnehmen wird. Anhand von den aus Registerdaten generierten Auswertungen kann die regelmäßige Durchführung von Qualitätszirkeln in Berlin grundsätzlich ermöglicht werden.

Obwohl seitens der Mitglieder des Arbeitskreises sowohl die Implementierung der technischen Voraussetzungen als auch die zum Betrieb eines Registers erforderlichen kontinuierlich zur Verfügung zu stellenden finanziellen Mittel als zentrale Problematik angesehen werden die einer Klärung bedürfen, bietet diese Variante eine niederschwellige Möglichkeit einer strukturierten und regionalen Qualitätssicherung, sofern eine hohe Beteiligung der Krankenhäuser/Notaufnahmen gegeben ist.

Die Ergebnisse der Auswertungen der Registerdaten sind im Rahmen eines kollegialen Dialoges mit den beteiligten Notaufnahmen regelmäßig (z. B. jährliche Qualitätskonferenzen einer einzurichten Fachgruppe, an der alle Notaufnahmen beteiligt sind) zu analysieren und zu besprechen und Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten und intern umzusetzen.

Die Variante 3 fokussiert auf die Methode des Peer Review-Verfahrens, welches in Berlin über die Ärztekammer Berlin bereits seit vielen Jahren für die Intensivmedizin und Hämotherapie/Transfusionsmedizin organisiert wird und inzwischen zu einem festen Instrument des kollegialen Austausches geworden ist. Als vorteilhaft wird von den Mitgliedern des Arbeitskreises die Tatsache gewertet, dass auf freiwilliger Basis regelhaft eine Selbstbewertung, eine Fremdbewertung durch die Peers und ein kollegialer Dialog im Rahmen eines Vor-Ort-Besuchs der Peers erfolgen. In diesem Peer-Ansatz wird anhand der vorgegebenen Thematik analysierter Fälle und der bei der Visite erkannten Schwachstellen im kollegialen Dialog gemeinsam reflektiert, welche Lösungsoptionen für identifizierte Risiken und potenziellen Schädigungsmöglichkeiten wie umgesetzt werden können.

Aus den bis dato gemachten Erfahrungen im Peer Review-Verfahren kann seitens der Mitglieder des Arbeitskreises bestätigt werden, dass hierbei stets ein offener, von Schuldzuweisungen freier Umgang mit Qualitätsdefiziten und Fehlern resultiert. Zugleich sind jedoch die Vorbereitung und Durchführung sowohl zeitlich, als auch personell recht aufwändig und der Umgang mit dabei generierten Kosten stellt auch für diese Option eine Herausforderung dar.

Bei der Variante 4 werden die Inhalte der beiden vorausgehend dargestellten Möglichkeiten (Varianten 2 und 3) miteinander gekoppelt. Diese Variante stellt nach Einschätzung der Mitglieder des Arbeitskreises die höchsten Ansprüche an das Qualitätssicherungsverfahren, sowohl aufgrund der technischen Rahmenbedingungen, die aktuell noch nicht verfügbar sind, als auch aufgrund des gegenüber des einzelnen Verfahrens deutlich höheren personellen und zeitlichen Aufwandes. Hinsichtlich der Anwendbarkeit wird allerdings perspektivisch diese Option auch als eine sinnvolle angesehen die sich insbesondere dann anbieten könnte, wenn im Rahmen der Diskussion der Ergebnisse gemäß Variante 2 deutliche qualitative Auffälligkeiten erkannt werden.

Aus den vorgenannten Gründen haben sich die Mitglieder des Arbeitskreises nach intensiver Diskussion schließlich dazu entschieden dem Vorstand der Ärztekammer Berlin vorzuschlagen, für das zu erstellende

Konzept zunächst die Variante 2 als Basisverfahren zu etablieren und erst nach dessen Umsetzung im Rahmen der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Qualitätssicherungsmaßnahme weitere Möglichkeiten zu entwickeln. Hierbei wäre dann aus Sicht der Mitglieder des Arbeitskreises eine Kopplung von Register-basierten Qualitätszirkeln und darauf aufsetzenden Peer Review-Verfahren eine gute Methode.

Fragen der technischen Umsetzbarkeit

Aus der Diskussion des Vorhabens mit den Verantwortlichen des AKTIN-Projekts wurde aufgrund der Erfahrungen mit der Implementierung des Notaufnahmen-Datensatzes der DIVI klar, dass die vom Arbeitskreis gesehene Notwendigkeit der Schaffung einer standardisierten und einheitlich strukturierten gemeinsamen Datenbasis in den Berliner Notaufnahmen eine unabdingbare Voraussetzung für die Nutzung von Qualitätsindikatoren als Qualitätssicherungsinstrument darstellt. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist diese einheitliche Datenbasis in Berlin aber noch nicht existent. Das Vorliegen der vom Arbeitskreis herausgearbeiteten „Berliner“ Qualitätsindikatoren für Notaufnahmen bietet dafür aber eine erste Grundlage, um die Notaufnahmen sukzessive dahin zu führen.

Beim Abgleich der Qualitätsindikatoren mit den Datenfeldern, die von den Mitgliedsgesellschaften der DIVI im Erhebungsbogen bundesweit geeint wurden und die grundsätzlich einer Auswertung zugeführt werden könnten, ließ sich feststellen, dass der überwiegende Teil der Qualitätsindikatoren der Ärztekammer Berlin als Parameter aus dem Notaufnahmeprotokoll der DIVI in Verbindung mit klinikinternen Daten erstellt werden könnte. Eine anonymisierte Aufbereitung der Patient:innendaten wird als grundsätzlich machbar angesehen, so dass datenschutzrelevante Rahmenbedingungen eingehalten werden können.

Eine systematische Auswertung, die einen Vergleich der einzelnen Notaufnahmen in Berlin gewährleisten ließe, setzt schließlich voraus, dass die Daten jeder teilnehmenden Notaufnahme an einer zentralen Datenstelle zusammengeführt werden. Um hierbei eine neutrale Befassung mit den Daten zu gewährleisten, müssten diese Daten einer unabhängigen zentralen Datenstelle zur Verfügung gestellt werden, wie es beispielsweise für die externe Qualitätssicherung in Krankenhäusern gemäß § 136 SGB V oder bei der Datenübermittlung von Versichertendaten im Rahmen der Disease-Management-Programme bereits vorgenommen wird. Hierbei stellen rechtlich verbindliche Vorgaben sowohl die krankenhausinterne Datenermittlung und -bereitstellung, als auch die Datenübermittlung und -Auswertung sicher.

Die optimale Möglichkeit wäre, diese aus dem DIVI-Notaufnahmeprotokoll stammenden und die krankenhausinternen Daten automatisiert zu generieren, was in den Krankenhäusern erhebliche Aufwände vermeiden ließe und damit personelle Ressourcen nachhaltig geschont würden.

Alternativ wäre es aber auch grundsätzlich möglich und umsetzbar, die notwendigen Daten regelmäßig und zeitgleich in den Krankenhäusern über vorhandene Programme, wie z. B. Excel oder ähnliche Tabellenkalkulationsprogramme, als CSV-Dateien zu generieren und diese Dateien an die datenverarbeitende Stelle weiter zu geben. Dieser alternative Weg umgeht zwar die Einrichtung einer Datenschnittstelle in den IT-Systemen der Krankenhäuser, die jeweils Implementierungskosten verursachen, zieht jedoch erheblichen

wiederkehrenden personellen Ressourcenaufwand nach sich und birgt darüber hinaus die Gefahr multipler Fehlerquellen in der Datenverarbeitung, was nach Auffassung der Mitglieder des Arbeitskreises zwingend zu vermeiden ist.

Fragen der Finanzierung

Eine große Herausforderung stellt die Finanzierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen dar. Aufgrund der derzeitigen rein ökonomischen Ausrichtung der Krankenhäuser und der Fokussierung auf positive Deckungsbeiträge und Jahresbilanzen, sind die Mitglieder des Arbeitskreises davon überzeugt, dass die jeweiligen Krankenhausträger ohne eine entsprechende Verpflichtung weder die erforderlichen Investitionen zur Schaffung der Voraussetzungen tätigen werden noch dass die notwendige Finanzierung eines Registers dauerhaft gesichert ist.

Anders als bei der gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherung gemäß § 136 SGB V bestehen aktuell keinerlei verpflichtende Vorgaben oder anwendbare Regelungen zur Finanzierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Notaufnahmen. Die Ärztekammer Berlin ist grundsätzlich nicht befugt, Mittel ihrer beitragsverpflichteten Mitglieder zur Etablierung der technischen Voraussetzungen in den Krankenhäusern oder zur Finanzierung der Aufwände für die Datengenerierung und deren Verarbeitung zur Verfügung zu stellen.

Eine Anfrage des Arbeitskreises im Rahmen der Vorstellung des Projektes/Qualitätsindikatoren in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung im März 2018 wurde von der Senatsverwaltung abschlägig beantwortet mit der Begründung, dass es für derartige finanziellen Aufwendungen keine rechtfertigbaren Titel in der Haushaltsplanung gäbe.

Ohne die Klärung einer Finanzierung der erforderlichen Strukturen und technischen Lösungen kann die von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung gewollte und die vom Vorstand der Ärztekammer Berlin beauftragte Entwicklung des Konzeptes einer Qualitätssicherung in Notaufnahmen nicht umgesetzt werden und Bedarf daher einer entschlossenen und nachhaltigen Entscheidung der Auftraggeber.

Die Berliner Perspektive

Obwohl auf die Versorgungsqualität multiple Faktoren – wie z.B. gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, wissenschaftlicher und technischer Fortschritt, Veränderungen des Patient:innenkollektivs oder der multiprofessionellen und interdisziplinären Teams, internes Qualitätsmanagement und vieles anderes – sowohl einen direkten Einfluss haben als auch gegenseitig aufeinander einwirken können, sind die Mitglieder des Arbeitskreises davon überzeugt, dass sich eine externe Qualitätssicherungsmaßnahme in Notaufnahmen aus nachfolgenden Gründen positiv auf die Patient:innenversorgung auswirken wird:

1. Qualität wird messbar.
2. Gemessene Qualität wird nutzbar.
3. Gemessene Qualität wirkt motivierend.

Eine systematische und prospektive Erhebung von Qualitätsmarkern erlaubt intern bereits Aussagen über die Versorgungsqualität der einzelnen Notaufnahme und lässt auch einen Vergleich der eigenen Leistung über die Zeit hinweg zu. Durch die Implementierung eines regionalen externen Vergleichs der Notaufnahmen in Berlin, resultiert – wie durch die vergleichende externe Qualitätssicherung gemäß § 136 SGB V belegbar ist – perspektivisch eine messbare und belegbare Verbesserung der Versorgungsqualität. Unter den Bedingungen eines zunehmenden (Qualitäts-)Wettbewerbs im Gesundheitswesen wird der Nachweis der geleisteten Versorgungsqualität insbesondere für die Hochrisikobereiche, zu denen neben den Intensivstationen und OP-Bereichen auch die Notaufnahmen gehören, immer wichtiger.

Aufgrund der strukturierten Befassung mit den eigenen Leistungen und der Erreichung bzw. nicht-Erreichung von Zielwerten, lassen sich Stärken und Schwächen der einzelnen Notaufnahmen objektiv identifizieren und bestehende klinische Prozesse auf mögliche Risiken oder Optimierungsbedarfe kritisch hinterfragen. In Berlin finden sowohl im Rahmen des „strukturierten Dialogs“ gemäß § 136 SGB V als auch auf freiwilliger Basis (Qualitätszirkel, Peer Reviews etc.) vertrauliche Diskussionen unter Ärzt:innen statt. Mit der Identifikation von krankenhausspezifischen Defiziten und entsprechenden Handlungsoptionen können krankenhauses intern Maßnahmenvorschläge zur Optimierung der Patient:innenversorgung erarbeitet und in der Folge umgesetzt werden. Der Informationsaustausch zwischen Ärzt:innen auch über die eigene Institution hinaus wird bestärkt.

Bestehende Erfahrungen mit Verfahren, die eine kontinuierliche Evaluation und die Diskussion der Ergebnisse beinhalten, bestätigen, dass die Effekte vorgenommener Maßnahmen im zeitlichen Verlauf klar sichtbar werden. Dies motiviert zur Weiterführung des internen Qualitätsmanagements mit dem Ziel die kontinuierliche Verbesserung der Patient:innenversorgung nachhaltig zu gewährleisten.

Konzept zur Qualitätssicherung der Notaufnahmen über die Qualitätsindikatoren der Ärztekammer Berlin / Kollegialer Dialog

Die Mitglieder des Arbeitskreises Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin der Ärztekammer Berlin vertreten die Auffassung, dass jedwede Datenerhebung und deren statistische Auswertung nur dann sinnvoll und vertretbar ist, wenn die Daten bzw. die statistischen Auswertungsergebnisse mit dem Ziel einer Verbesserung der Versorgung aktiv und konsequent genutzt werden.

Das Konzept der Qualitätssicherung für die Notaufnahmen im Land Berlin, mit dessen Erstellung der Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin durch den Vorstand der Ärztekammer Berlin beauftragt wurde, basiert deswegen auf zwei zentralen Komponenten:

1. Berechnung Indikatoren-gestützter Benchmarks aus den Daten der Notaufnahmen im Land Berlin
2. Besprechung der individuellen Ergebnisse mit den Verantwortlichen der Notaufnahmen im Land Berlin im kollegialen Dialog

Die vom Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin der Ärztekammer Berlin hier vorgestellte Qualitätssicherungsmaßnahme bietet den Notaufnahmen der beteiligten Krankenhäuser die Möglichkeit, den eigenen Leistungsstand im Vergleich mit anderen Notaufnahmen kennenzulernen und falls erforderlich, kontinuierlich interne Maßnahmen zum Erhalt oder zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Qualität umzusetzen.

Die Beteiligung der Berliner Notaufnahmen an der Qualitätssicherungsmaßnahme erfolgt im Idealfall von jeder einzelnen Notaufnahme auf freiwilliger Basis. Hier ist aufgrund der ökonomischen Ausrichtung der Krankenhäuser jedoch zu erwarten, dass selbst bei einer grundsätzlichen Bereitschaft der Verantwortlichen der Notaufnahmen zur Teilnahme, eine Beteiligung seitens der Träger der Krankenhäuser/Notaufnahmen jedoch nicht für erforderlich angesehen wird und damit nicht erfolgt.

Im Sinne einer höheren Verbindlichkeit wird deswegen seitens der Mitglieder des Arbeitskreises Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin eine verpflichtende Beteiligung der Krankenhäuser/Notaufnahmen durch entsprechende Regelungen im Berliner Krankenhausplan angeraten.

Datenerhebung

Grundvoraussetzung für ein institutionsübergreifendes Qualitätssicherungssystem ist die Schaffung einer standardisierten und einheitlich strukturierten gemeinsamen Datenbasis in den beteiligten Notaufnahmen.

Zur inhaltlichen Standardisierung sollen die teilnehmenden Krankenhäuser/Notaufnahmen aus der Routinedokumentation einen verpflichtenden Kerndatensatz pro Patientin und Patient und Fall erheben. Die für die Qualitätsindikatoren erforderlichen Daten sind durch die Arbeit des Arbeitskreises bereits transparent beschrieben (s. Qualitätsindikatoren-Datenblätter im Anhang).

Die Erfassung der Daten muss strukturiert erfolgen, um die Weiterleitung der Daten für deren Sekundärnutzung zu gewährleisten. Voraussetzung ist eine semantische und syntaktische Standardisierung der Datenelemente. Die standardisierte und strukturierte Datenerhebung ermöglicht die eindeutige Zuordnung der medizinischen Inhalte in den unterschiedlichen Systemen und damit eine Weiternutzung unabhängig von Abkürzungen, synonymen Begriffen oder Multilingualität.

Die Etablierung der semantischen und syntaktischen Standardisierung wäre grundsätzlich in allen Berliner Notaufnahmen möglich, dies bedarf jedoch ggf. noch der technischen Ertüchtigung durch die Krankenhausträger. Auch hier ist durch die Vorarbeit des Arbeitskreises Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin die Grundlage für die Umsetzung geschaffen.

Datenspeicherung und -übermittlung, datenverarbeitende Stelle

Zur Erstellung gemeinsamer Berichte ist die Übermittlung der Daten aus den Krankenhäusern/Notaufnahmen an eine zentrale, möglichst unabhängige Stelle notwendig.

Im optimalen Fall erfolgt dies automatisiert durch den Versand aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) oder dem speziell für die Notaufnahmen eingerichteten Systemen (EDIS) an ein institutionsinternes Data-Warehouse, auf welchem die Daten gespeichert und zu einem bestimmten Zeitpunkt an eine datenverarbeitende Stelle weitergeleitet werden.

Vorteil dieser „vollautomatischen“ Struktur ist der ressourcensparende Betrieb, welcher ohne Mehrfachdokumentation durch zusätzliche manuelle Dateneingabe in den Krankenhäusern/Notaufnahmen auskommt. Es ist jedoch notwendig vor Ort die entsprechenden technischen Schnittstellen zu implementieren und zu überwachen. Unter anderem sind hierfür lokal Verfahren zur Vermeidung von Duplikaten einzurichten.

Eine Umgehung der institutionellen Implementierung als Alternative (z.B. über Tabellenkalkulationsprogramme und Generierung von CVS-Dateien) wird als nicht mehr zeitgemäß angesehen und ist nach Auffassung des Arbeitskreises sowohl wegen des operativen Aufwands als auch wegen größerer Sicherheitsproblematiken und Fehleranfälligkeit abzulehnen.

Aufgrund des zuvor Dargestellten wird seitens der Mitglieder des Arbeitskreises Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin die direkte Datengenerierung in den Krankenhäusern bzw. Notaufnahmen über ein automatisiertes Verfahren empfohlen.

Datenschutz

Wenn die teilnehmenden Krankenhäuser ausgewählte standardisierte Daten zu den Patient:innen in der Notaufnahme in einem lokalen Data-Warehouse (DWH) speichern, verbleiben die gespeicherten fallbasierten Daten innerhalb der Patient:innenführenden Abteilung (i. d. R. der Notaufnahme) und beinhalten keine Personen-identifizierenden Merkmale. Zugriff auf das DWH haben nur autorisierte Mitarbeitende des Krankenhauses.

Für Daten, die im Rahmen der Qualitätssicherung die Ursprungseinrichtung verlassen, muss sichergestellt werden, dass ein hinreichender Grad an Anonymisierung erreicht wird.

Die datenverarbeitende Stelle sollte eine von den datenerhebenden Krankenhäusern/Notaufnahmen möglichst unabhängige Einrichtung sein („Trusted analyzing center“). Dort findet die Annahme, Prüfung, Aufbereitung und Auswertung der Daten sowie die Berichterstellung unter Einhaltung von technischen und organisatorischen Maßnahmen des Datenschutzes statt.

Grundsätzlich besteht dabei die Möglichkeit entweder der Etablierung einer eigenen Datenstelle bei der Ärztekammer Berlin oder die Nutzung einer existierenden externen Datenstelle.

Vor dem Hintergrund der damit verbundenen Aufwände und des bis dato nicht dafür vorhandenen Personals in der Ärztekammer Berlin sowie der größeren Ausfallsicherheit empfiehlt der Arbeitskreis, diese Datenstelle nicht in Eigenregie bei der Ärztekammer Berlin einzurichten und zu betreiben, sondern vielmehr die vorhandene Expertise einer externen neutralen Datenstelle für die Datenverarbeitung und Berichterstellung zu nutzen.

Aufgrund der bestehenden fachlichen und inhaltlichen Synergien bietet sich aus Sicht der Mitglieder des Arbeitskreises Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin eine direkte Zusammenarbeit mit dem AKTIN-Notaufnahmeregister an, welches bereits über die technischen und personellen Ressourcen verfügt und in Abstimmung mit dem Arbeitskreis entsprechende Auswertungen anhand der für die Notaufnahmen Berlins definierten Qualitätsindikatoren durchführen könnte.

Als Ergebnis der Diskussionen im Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin erscheint eine inhaltliche Zusammenarbeit zum Beispiel mit dem bundesweit agierenden AKTIN-Notaufnahmeregister für die Qualitätssicherung der Notaufnahmen sinnvoll.

Benchmarking

Möglichst aussagekräftige Qualitätsindikatoren sollen Qualitätsaspekte der Versorgung abbilden, wobei zunächst auf einige wenige Kennzahlen fokussiert werden soll. Der Arbeitskreis hat, dem Auftrag des Vorstandes der Ärztekammer Berlin folgend, eine Reihe von Qualitätsindikatoren entwickelt, die für eine vergleichende Qualitätssicherung grundsätzlich nutzbar erscheinen (s. Qualitätsindikatoren-Datenblätter im Anhang). Diese Indikatoren wurden vom Qualitätsziel zum Datensatz hin entwickelt.

Im Gegensatz zum Benchmarking auf Basis von Qualitätsindikatoren generieren wissenschaftliche Register Fragestellungen eher explorativ aus vorhandenen Datenbeständen, um z. B. Anknüpfungspunkte für Studien zu finden. Der Ansatz der Indikatoren-gestützten Qualitätssicherung benötigt weniger Daten als ein klassisches Register, da nur die Daten erhoben werden müssen, die zur Berechnung der Indikatoren benötigt werden.

Wie weiter oben bereits ausgeführt wurde, ist bei einer regelhaften Erfassung von Daten aus den Notaufnahmeprotokollen – beispielsweise für das aktuell in Entstehung befindliche Notaufnahmeregister – grundsätzlich die Möglichkeit gegeben, die als Berliner Qualitätsindikatoren definierten Daten ohne großen Aufwand zu generieren.

Die Mitglieder des Arbeitskreises Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin empfehlen für die angedachte Qualitätssicherungsmaßnahme in Notaufnahmen, die erarbeiteten Berliner Qualitätsindikatoren als Grundlage des Benchmarks einzusetzen und diese perspektivisch weiter zu entwickeln.

Registeransatz und kollegialer Dialog

Mit Hilfe der Qualitätsindikatoren-gestützten Benchmarks als Kriterien für die Versorgungsqualität können mit den Verantwortlichen der Notaufnahmen zielführende Gespräche zur Qualitätsverbesserung geführt werden. Ist das Ergebnis in einem der Qualitätsindikatoren statistisch auffällig, z. B. weil es deutlich außerhalb des jeweils festgelegten Referenzbereichs liegt, soll – von einer noch einzurichtenden Fachgruppe – ein kollegialer Dialog mit den für die betreffende Notaufnahme verantwortlichen Personen geführt werden. Dabei sollen gemeinsam Ursachen für Probleme identifiziert und Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet werden. Der kollegiale Dialog kann im Bedarfsfall durch ein Peer Review vor Ort in der Notaufnahme ergänzt werden.

Da die Ärztekammer Berlin bereits mehrere Qualitätssicherungsprojekte entwickelt, strukturiert und begleitet hat und auch über große Erfahrungen bei Peer Review-Verfahren verfügt, wird von den Mitgliedern des Arbeitskreises die Chance gesehen, auch die Qualitätssicherungsmaßnahme in Notaufnahmen im Land Berlin bei der Ärztekammer Berlin anzubinden. Die Ärztekammer Berlin würde dabei gegenüber den Notaufnahmen als eine neutrale Organisation beim kollegialen Austausch in Erscheinung treten, kann aber andererseits auch in ihrer Funktion als Garant für die Einhaltung von bestehenden Vorgaben und guter medizinischer Praxis ggf. moderierend oder korrigierend auf die Notaufnahmen, die Krankenhaustreiber oder die politischen Institutionen einwirken.

Der Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin empfiehlt daher dem Vorstand der Ärztekammer Berlin, dass als Instrument der Qualitätssicherung der kollegiale Dialog auf Basis der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren für Notaufnahmen angewendet werden soll. Dieser ist über eine zu berufende Fachgruppe in Eigenregie der Ärztekammer Berlin durchzuführen.

Finanzierung

Wie bereits dargestellt, bestehen aktuell noch keine verpflichtenden Vorgaben oder anwendbare Regelungen zur Finanzierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in Notaufnahmen.

Um diese Problematik zumindest teilweise lösen zu können, bedarf es nach übereinstimmender Auffassung der Mitglieder des Arbeitskreises initial zweier entscheidender Schritte, bei der sowohl die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung als auch die Ärztekammer Berlin eine wichtige Rolle spielen:

Erstens bedarf es einer grundsätzlichen Festlegung, die eine Beteiligungspflicht zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Institutionen schafft, die in Berlin an der Notfallversorgung aktuell beteiligt sind und perspektivisch daran beteiligt sein wollen. Hierzu wurde mit einer Formulierung im Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin zwar der Grundstein gelegt, denn dort heißt es: „Die Qualitätssicherung in der Notfallversorgung, an der sich alle Notfallkrankenhäuser und -zentren beteiligen

sollen, wird die Berliner Ärztekammer federführend begleiten.“ Jedoch verweist der Plan lediglich auf den Auftrag an den Arbeitskreis, mögliche Qualitätsindikatoren für eine krankenhausübergreifende Qualitätssicherung in der Notfallversorgung zu ermitteln. Eine Aussage zur Finanzierung der Qualitätssicherung in der Notfallversorgung wird nicht getroffen.

Dass Festlegungen, die im Krankenhausplan aufgenommen wurden, tatsächlich zur operativen Umsetzung gebracht werden, ist an den Veränderungen zu erkennen, die mit der Einführung der Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ erfolgten: So wurden beispielsweise die Vorgaben zur Qualifikation der Notaufnahme-Leitungen im Krankenhausplan 2016 aufgenommen, ihre Eigenständigkeit und Verantwortung sowie die Vorhaltung dauerhaft der Notaufnahme zugeordneten Personals festgeschrieben.

Da eine Abrechenbarkeit der erbrachten Leistungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen von der Erfüllung der Krankenhausplan-Vorgaben abhängig ist, sind inzwischen nahezu alle Notaufnahmen so strukturiert, dass sie den Planvorgaben entsprechen. Insofern würde die Umsetzung einer verpflichtenden Erhebung, z.B. der Qualitätsindikatoren der Ärztekammer Berlin für die Notaufnahmen, dazu führen, dass die Voraussetzungen zur Qualitätssicherung unabhängig von den jeweiligen Krankenhausträgern auch geschaffen werden.

Zweitens wäre die Ärztekammer Berlin mit der Festlegung einer Beteiligungspflicht an Qualitätssicherungsmaßnahmen in Notaufnahmen über die Berufsordnung dazu autorisiert, eine Beteiligungspflicht für die ärztlichen Leiter:innen der Notaufnahmen festzulegen sowie im Rahmen ihres hoheitlichen Auftrags der berufsrechtlichen Aufsicht einzufordern und sicher zu stellen.

Seitens der Mitglieder des Arbeitskreises Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin wird eine verpflichtende Beteiligung der Notaufnahmen an einer spezifischen Qualitätssicherungsmaßnahme durch entsprechende Regelungen im Berliner Krankenhausplan als wichtige Voraussetzung jedweder Finanzierung angesehen. Die bisherige Formulierung im Krankenhausplan 2016, mit der bisher eine Beteiligung zur Teilnahme grundsätzlich gefordert wird, bedarf der weiteren Präzisierung. Der Vorstand der Ärztekammer Berlin wird deswegen um ein entsprechendes Einwirken auf die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung gebeten, die Umsetzung der verpflichtenden Beteiligung der Notaufnahmen auf Basis der entwickelten Qualitätsindikatoren der Ärztekammer Berlin aktiv zu unterstützen

Basierend auf den Erfahrungen des Netzwerk CIRS-Berlin, das seit 2008 von der Ärztekammer Berlin entwickelt und getragen wird und an dem sich 36 Krankenhäuser aktiv beteiligen, wäre ein analoges Konstrukt für die Beteiligung von Krankenhäuser zur Umsetzung einer Qualitätssicherungsmaßnahme in Berliner Notaufnahmen denkbar. Beim Netzwerk CIRS Berlin beteiligen sich die Krankenhäuser mit einem verhältnismäßig kleinen jährlichen Festbetrag, um die anteiligen Aufwände für die zentrale Arbeit, Organisation und Kommunikation des CIRS-Netzwerks gegen zu finanzieren.

Eine weitere grundsätzlich ebenfalls möglich erscheinende Option einer Anstoß-Finanzierung, stellt das Einwerben von Drittmitteln oder Fördermitteln dar. Hier könnten bei einer entsprechenden positiven Positionierung der Ärztekammer Berlin und der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung zum dargestellten Vorhaben der Versuch unternommen werden, weitere Unterstützung durch medizinische Fachgesellschaften zu erlangen. Und z.B. über Bewerbungen auf öffentliche Fördermittel eine Implementierung

des Qualitätssicherungsansatzes in Berlin zu erreichen, auch wenn damit das Risiko besteht, dass keine Drittmittel eingeworben werden können und die perspektivisch erforderliche Kontinuität der Finanzierung nicht gesichert ist, wodurch ggf. eine primär erfolgreiche Einrichtung der Qualitätssicherungsmaßnahme gefährdet werden kann.

Schlussfolgerung und Empfehlung des Arbeitskreises

Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin für den Vorstand der Ärztekammer Berlin

Nach umfangreicher Diskussion, Recherche und Abwägung der Optionen kommt der Arbeitskreis zu folgendem Ergebnis:

Die Ärztekammer Berlin hat 2014 mit der Einführung der Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ einen großen Beitrag zur Verbesserung der Strukturqualität in den Berliner Notaufnahmen und auch darüber hinaus geleistet, weil die in Berlin entwickelte Zusatzweiterbildung 2018 Bestandteil der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer geworden ist und damit bundesweit in allen regionalen Weiterbildungsordnungen der Kammern umgesetzt wird.

Zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Notfallpatient:innen trat der damalige Gesundheitssenator Mario Czaja mit der Bitte an die Ärztekammer Berlin heran, federführend Qualitätssicherungsmaßnahmen zu begleiten, die einen Austausch der Kliniken zu unterschiedlichen Aspekten ermöglichen sollten.

Der damalige Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz, hat die Thematik in den Vorstand der Ärztekammer Berlin getragen. Der Vorstand der Ärztekammer Berlin hat daraufhin den Arbeitskreis beauftragt, zum einen Qualitätskriterien für Notaufnahmen zu definieren und zum anderen ein Konzept zu erarbeiten, wie innerhalb Berlins eine verbindliche Qualitätssicherung der an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser unter Federführung der Ärztekammer Berlin etabliert werden kann. Anzustreben ist, anwendbare Qualitätsindikatoren zu identifizieren bzw. daraus Kennzahlen zu entwickeln.

Hinsichtlich der Qualitätsanforderungen in Notaufnahmen sieht der Arbeitskreis über die in Berlin bereits etablierte Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ hinausgehend weiteren Handlungsbedarf, denn in Deutschland existieren für den medizinischen Hochrisikobereich der Notaufnahmen außer den wenigen 2018 durch den G-BA getroffenen Vorgaben zur Strukturqualität weder einheitliche noch verbindliche Qualitätsindikatoren, ebenso wenig bestehen strukturierte externe Qualitätssicherungsmaßnahmen in Notaufnahmen auf nationaler Ebene.

Mit der Entwicklung der vorliegenden Qualitätsindikatoren, die speziell für die Notaufnahmen einsetzbar sind, hat der Arbeitskreis die Basis für die sukzessive Entwicklung einer Qualitätssicherungsmaßnahme für die Berliner Notaufnahmen gelegt.

Zudem kann aufgrund der weiteren Konkretisierung des Auftrags, nämlich die Frage zu klären, ob eine Erfassung von Qualitätsindikatoren sinnvoll und mit einem vertretbaren technischen und personellen Aufwand möglich ist, diese klar mit ja beantwortet werden.

Auch bei der Frage, ob die Qualitätsindikatoren grundsätzlich geeignet sind, einen objektiven Vergleich der Berliner Notaufnahmen hinsichtlich der Qualität der medizinischen Versorgung von Notfallpatient:innen zuzulassen, sehen sich die Mitglieder des Arbeitskreises in der Lage, dies positiv zu beantworten.

Um die Qualitätssicherung in den Berliner Notaufnahmen tatsächlich zu etablieren bedarf es allerdings neben der grundsätzlichen Bereitschaft zur Teilnahme zunächst der Abbildung der Kerndaten in den Krankenhaus- bzw. Notaufnahme-Informationssystemen der jeweiligen Krankenhäuser. Aus der vom Arbeitskreis vorgenommenen Befragung aller Berliner Notaufnahmen geht hervor, dass die hierfür erforderlichen technischen Voraussetzungen grundsätzlich gegeben sind, auch wenn die eingesetzten IT-Systeme der einzelnen Krankenhäuser nicht identisch sind.

Die Bereitschaft der Krankenhäuser zur Teilnahme kann dadurch erheblich gesteigert werden, dass die im Krankenhausplan des Landes Berlin verankerte grundsätzliche Soll-Formulierung noch deutlicher gefasst wird. Die Ärztekammer Berlin sollte deswegen offiziell an die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung herantreten und diese Konkretisierung in Richtung einer verpflichtenden Teilnahme für die Fortschreibung des Krankenhausplans des Landes Berlin einfordern.

Zur zielführenden operativen Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahme in Notaufnahmen sieht der Arbeitskreis das Instrument des kollegialen Dialogs als gut dafür geeignet an – dem Auftrag des Vorstands entsprechend – innerhalb Berlins eine verbindliche Qualitätssicherung der an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser unter Federführung der Ärztekammer Berlin zu etablieren. Das vom Arbeitskreis dafür entwickelte Konzept sieht folgende Schritte vor:

1. In der im Rahmen von Patient:innenbesuch und -behandlung resultierenden verpflichtenden Behandlungsdokumentation werden die für eine Generierung von Qualitätsindikatoren erforderlichen Kerndaten strukturiert erfasst, in die klinischen Informationssystemen der jeweiligen Krankenhäuser überführt und dort gespeichert.
2. Zu festgelegten Zeitpunkten werden in jedem Krankenhaus aus den Behandlungsdaten eines vordefinierten Zeitintervalls die für die Generierung von Qualitätsindikatoren der Notaufnahmebehandlung erforderlichen Kerndatensätze fallbezogen aus den Krankenhaus-Informationssystemen ausgelesen, von Doubletten bereinigt und in anonymisierter Form im institutionseigenen "Data-Warehouse" strukturiert aggregiert.
3. Nach jeweiliger Aggregation der Datensätze in den Krankenhäusern werden aus allen institutseigenen Data-Warehouses die Daten elektronisch an eine neutrale, von den Krankenhäusern unabhängige datenverarbeitende Stelle (sog. „Trusted Analyzing Center“) übermittelt.
4. In diesem Trusted Analyzing Center finden die Annahme, die Aufbereitung und die Auswertung der Daten sowie die Berichterstellung unter Einhaltung von technischen und organisatorischen Maßnahmen des Datenschutzes statt.
5. Die erstellten Reports umfassen neben der individuellen Auswertung der jeweiligen Notaufnahme zugleich eine anonymisierte Darstellung der erreichten Ergebnisse aller beteiligten Krankenhäuser/Notaufnahmen. Hiermit ist die krankenhausinterne Befassung mit den Ergebnissen und ein Vergleich der eigenen Ergebnisse mit denen der anderen Krankenhäuser/Notaufnahmen möglich.
6. Um mit einem Krankenhaus/Notaufnahme einen kollegialen Dialog führen zu können, wird eine Fachgruppe unter der Federführerschaft der Ärztekammer Berlin eingerichtet. Sie wird der Abteilung Fortbildung/Qualitätssicherung zugeordnet.

Die Mitglieder der Fachgruppe arbeiten ehrenamtlich und unterliegen der Vertraulichkeitsverpflichtung der Ärztekammer Berlin. Die Fachgruppe besteht aus jeweils einer verantwortlichen delegierten Person jeder teilnehmenden Notaufnahme, den Mitgliedern des Arbeitskreises Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin sowie einer unabhängigen Moderation, der die Besprechungen der Fachgruppe leitet.

7. Die Fachgruppe gibt sich eine Geschäftsordnung und stellt ihre Arbeit auf ein damit verbundenes Regelwerk ab. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen, die in Abhängigkeit von den festgelegten Datenerhebungsintervallen bestehen, mindestens aber einmal im Jahr.
8. Mit der Diskussion der Ergebnisse auf Fachgruppenebene im kollegialen Dialog bietet sich die Möglichkeit, Optimierungspotenziale zu erkennen und mögliche Maßnahmen zu definieren, so dass graduell eine Verbesserung der Versorgungsqualität in den Notaufnahmen Berlins erreicht wird. Bei der weiteren Ausgestaltung der in Eigenverantwortung stattfindenden Zusammenarbeit sind die Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren und ggf. ergänzende Maßnahmen, wie z.B. die Einrichtung eines Peer Review-Verfahrens anzunehmen.

Der Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin der Ärztekammer Berlin empfiehlt dem Vorstand der Ärztekammer Berlin,

1. den Abschlussbericht und das darin enthaltene Konzept für eine Qualitätssicherungsmaßnahme in Berliner Notaufnahmen zustimmend zur Kenntnis zu nehmen;
2. die entwickelten Qualitätsindikatoren als „Qualitätsindikatoren für Notaufnahmen der Ärztekammer Berlin“ zu bestätigen und zur allgemeinen Nutzung freizugeben;
3. die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung zur Präzisierung der verpflichtenden Teilnahme der Notaufnahmen an der Qualitätssicherungsmaßnahme in Notaufnahmen im Krankenhausplan des Landes Berlin aufzufordern;
4. gemeinsam mit der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung die Finanzierung der regelhaften Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahme in Notaufnahmen zu klären;
5. den Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin zu beauftragen, die angestrebte Implementierung und operative Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahme in Notaufnahmen im Regelbetrieb fachlich zu begleiten und zu koordinieren;
6. zur Durchführung des kollegialen Dialoges / Peer Review eine Fachgruppe „Interdisziplinäre Notaufnahmen“ einzurichten.

Danksagung

Die Mitglieder des Arbeitskreises Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin der Ärztekammer Berlin danken dem Vorstand der Ärztekammer Berlin für das große Interesse an der Thematik zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die Berliner Notaufnahmen, die Beauftragung und das den Mitgliedern des Arbeitskreises entgegengebrachte Vertrauen in ihre Arbeit.

Für die grandiose Hilfe und Unterstützung die der Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin während seiner Arbeit zur Entwicklung der Qualitätsindikatoren, der Abfrage der Berliner Notaufnahmen und der nachfolgenden Konzeptentwicklung erfahren hat, danken die Mitglieder des Arbeitskreises allen Mitarbeiter:innen des Hauptamtes der Ärztekammer Berlin, insbesondere Frau Corina Hasenbeck und Herrn Dr. med. Henning Schaefer. Den Mitgliedern des Arbeitskreises ist bewusst, dass ohne diese große Unterstützung die vorliegende Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Anhang

Qualitätsindikatoren-Datenblätter

Indikator	Patient:innenzufriedenheit
Indikatoren-ID	01
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsziel	Gute Qualität ist, wenn die Patient:innenzufriedenheit regelmäßig erfasst wird.
Rationale	Es besteht derzeit keine flächendeckende Erfassung der Patient:innenzufriedenheit in den Notaufnahmen. Eine Erfassung ist mindestens einmal im Jahr erforderlich.
Kennzahlen	entfällt
Referenzbereich	≥400 erfasste Befragungsergebnisse
Erläuterungen zum Referenzbereich	Bei der Festlegung des Referenzwertes wurde sich daran orientiert, dass die Patient:innenzufriedenheitserfassung möglichst repräsentativ sein soll. Hierzu kann der Referenzwert theoriegeleitet oder empirisch festgelegt werden. Eine Stichprobe ist genau dann repräsentativ bezüglich einer zu schätzenden Größe der Grundgesamtheit, wenn der entsprechende Stichprobenschätzer erwartungstreu dafür ist. Erwartungstreue heißt, dass der aus der Stichprobe gewonnene Schätzer nicht systematisch vom wahren Wert der Grundgesamtheit abweicht und somit unverzerrt (kein Bias) ist. Bias tritt in der Regel immer dann auf, wenn die Stichprobe in einer Weise verzerrt wurde, die sich weder quantifizieren noch korrigieren lässt. Die wichtigsten Ursachen für Bias sind - Teilnahmeverweigerung - unbekannte bzw. nicht korrigierte Heterogenität der Auswahlwahrscheinlichkeiten - Charakteristika der Erhebungsmethode - Selbstselektion - etc. Die Größe des Bias ist in der Regel nicht bestimmbar. Und er kann nicht durch eine noch größere Stichprobe reduziert werden. Da vor diesem Hintergrund und den Realitäten in der Notaufnahme ein Referenzwert empirisch nur sehr bedingt festgelegt werden kann, hat der Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin der Ärztekammer Berlin als Stichprobengröße mind. 400 eingegangene Befragungsergebnisse festgelegt. Auf der Basis dieser Stichprobengröße lassen sich ausreichend kleine Differenzen zwischen Stichprobenmittelwerten statistisch bewerten. Ziel der Vorläufigkeit der Festlegung der Stichprobengröße ist es, mittelfristig nach Maßgabe der Auswertungen einen exakteren Referenzwert für eine aussagekräftige Stichprobengröße festlegen zu können.
Methode der Risikoadjustierung	nicht erforderlich
Erläuterung der Risikoadjustierung	entfällt
Rechenregel	Zähler: alle erfassten Befragungsbögen
Erläuterung der Rechenregel	entfällt
Zähler (Formel)	genauer Wert des Zählers
Nenner (Formel)	entfällt
Datenfelder	entfällt
Datenquellen	Patient:innenbefragung
Umsetzbarkeit	ja
inhaltliche Gewichtung	2,0 (Median)

Indikator	Patient:innenzufriedenheit
Indikatoren-ID	01
technische Umsetzbarkeit	ja
Vergleichbarkeit	ja
Bemerkungen/Sonstiges	Kumulative Erfassung der Patient:innenzufriedenheitsmessung in eigener Regie der Notaufnahmen mit Notaufnahme-spezifischen Fragestellungen. Es wird derzeit nur erfasst ob eine Patient:innenzufriedenheitserfassung erfolgt, im Ergebnis kann dies in einem neuen QI erfolgen. Sobald eine einheitliche Befragung für Notaufnahmen verfügbar ist, ist dieser zu verwenden.
Literatur	Mollaoğlu M, Çelik P., Evaluation of emergency department nursing services and patient satisfaction of services. J Clin Nurs. 2016; 25: 2778-85 Boudreaux ED, O'Hea EL., Patient satisfaction in the Emergency Department: a review of the literature and implications for practice. J Emerg Med. 2004; 26: 13-26. Taylor C, Bengert JR., Patient satisfaction in emergency medicine. Emerg Med J. 2004; 21: 528-32. Sun Y, Teow KL, Heng BH, Ooi CK, Tay SY., Real-time prediction of waiting time in the emergency department, using quantile regression. Ann Emerg Med. 2012; 60: 299-308.

Indikator	Aufenthaltsdauer von Erstkontakt in der Notaufnahme bis Verlassen der Notaufnahme
Indikatoren-ID	02
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsziel	Gute Qualität ist, wenn der zeitliche Verlauf der Aufenthaltsdauer vollständig erfasst wird.
Rationale	Derzeit liegt eine unvollständige Zeiterfassung der Aufenthaltsdauer von Erstkontakt in der Notaufnahme bis Verlassen der Notaufnahme vor.
Kennzahlen	entfällt
Referenzbereich	≥95,00%
Erläuterungen zum Referenzbereich	Eine 100%ige Erfassung ist wünschenswert, kann aber derzeit aufgrund technischer Gegebenheiten nicht sichergestellt werden. Der Referenzbereich wurde durch den Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin der Ärztekammer selbst festgelegt, da keine entsprechenden Literaturangaben auffindbar sind.
Methode der Risikoadjustierung	nicht erforderlich
Erläuterung der Risikoadjustierung	entfällt
Rechenregel	Zähler ist: Anzahl der Patient:innen mit dokumentierten Zeiten Nenner ist: Anzahl aller behandelten Patient:innen
Erläuterung der Rechenregel	Quotient
Zähler (Formel)	genauer Wert des Zählers
Nenner (Formel)	genauer Wert des Nenners
Datenfelder	Intervall: Aufnahmezeitpunkt (Feld 1) bis Entlassung/Verlegung (Feld 2) Ergebnis: Zeitstempel in Minuten (Feld 3) Aufnahmezeitpunkt definiert die Einrichtung/Krankenhaus derzeit selbst.
Datenquellen	KIS
Umsetzbarkeit	ja
inhaltliche Gewichtung	1,5 (Median)
technische Umsetzbarkeit	ja
Vergleichbarkeit	ja
Bemerkungen/Sonstiges	Vorerst erfolgt die Nutzung des QIs in Registerform, um daraus einen optimierten QI zu erstellen. Hintergrund für die Rationale sind technische Ausfälle, Systemupdates etc. Erstkontakt = Administration (Feld 1) bis physisches Verlassen des Patienten/ der Patientin (Feld 2) Entwicklung eines Zeitintervalls
Literatur	Swancutt D, Joel-Edgar S, Allen M, Thomas D, Brant H, Benger J, Byng R, Pinkney J, Not all waits are equal: an exploratory investigation of emergency care patient pathways. BMC Health Serv Res. 2017; 24; 17: 436-46. Capuano F, Lot AS, Sagnes-Raffy C, Ferrua M, Brun-Ney D, Leleu H, Pateron D, Debaty G, Giroud M, Minvielle E, Riou B., Factors associated with the length of stay of patients discharged from emergency department in France. Eur J Emerg Med. 2015; 22: 92-8. Parker BT, Marco C., Emergency department length of stay: accuracy of patient estimates. West J Emerg Med. 2014; 15: 170-5.

Indikator	Aufenthaltsdauer von Erstkontakt in der Notaufnahme bis zum ersten Kontakt mit einer Ärztin / einem Arzt
Indikatoren-ID	03
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsziel	Gute Qualität ist wenn die Aufenthaltsdauer von Erstkontakt in der Notaufnahme bis zum ersten Kontakt mit einer Ärztin / einem Arzt den Zeiten entspricht, die im standardisiertem fünfstufigen Ersteinschätzungssystem vorgeben sind.
Rationale	Derzeit liegt eine unvollständige Zeiterfassung der Aufenthaltsdauer von Erstkontakt in der Notaufnahme bis ersten Kontakt mit dem Arzt/ der Ärztin vor. Kennzahlen: Innerhalb des gestuften System gibt es unterschiedlichen Dringlichkeitsklassen (1=0min=rot, 2=10min=orange, 3=30min=gelb, 4=90min=grün und 5=120min=blau) abhängige vorgegebene Zeitintervalle
Kennzahlen	
03a	1=0min=rot
03b	2=10min=orange
03c	3=30min=gelb
03d	4=90min=grün
03e	5=120min=blau
Referenzbereich	≥90,00% je Triagekategorie
Erläuterungen zum Referenzbereich	Ziel ist es, dass in 100% der Fälle wird die Aufenthaltsdauer der vorgegebenen Zeitintervalle je Dringlichkeitsklasse eingehalten wird.
Methode der Risikoadjustierung	nicht erforderlich
Erläuterung der Risikoadjustierung	entfällt
Rechenregel	Zeitpunkt erster Kontakt mit dem Arzt/ der Ärztin minus Aufnahmezeitpunkt ist ≤ dem Zeitintervall der Dringlichkeitsklasse
Erläuterung der Rechenregel	Differenz
Zähler (Formel)	genauer Wert des Zählers
Nenner (Formel)	genauer Wert des Nenners
Datenfelder	Intervall: Aufnahmezeitpunkt (Feld 1) bis Zeitpunkt Ärztin-/Arztkontakt (Feld 2) Ergebnis: Zeitstempel in Minuten (Feld 3)
Datenquellen	KIS
Umsetzbarkeit	ja
inhaltliche Gewichtung	1,0 (Median)
technische Umsetzbarkeit	ja
Vergleichbarkeit	ja
Bemerkungen/Sonstiges	Der Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin der Ärztekammer ist sich bewusst, dass es logischer wäre 1. Zeitdauer von administrativer Aufnahme bis Ersteinschätzung, 2. Zeitdauer von Ersteinschätzung bis erstem Kontakt mit dem Arzt/ der Ärztin pro Ersteinschätzungskategorie zu messen, dies aber aufgrund der Ergebnisse aus der Umfrage des Arbeitskreises Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin der Ärztekammer der Notaufnahmen derzeit nicht möglich ist. Die max. vorgegebenen Wartezeiten des Triage-Systems erstrecken sich in dem Indikator auf die Gesamtzeit und nicht nur auf die Zeit von Triage bis Behandlungsbeginn.

Indikator	Aufenthaltsdauer von Erstkontakt in der Notaufnahme bis zum ersten Kontakt mit einer Ärztin / einem Arzt
Indikatoren-ID	03
Literatur	Triage Methods and Patient Flow Processes in Emergency Departments: A Systematic Review. Swedish Council on Health Technology Assessment. 2010 Apr. SBU Yellow Report No. 197. Liddy C, Poulin PA, Hunter Z, Smyth C, Keely E. Patient perspectives on wait times and the impact on their life: A waiting room survey in a chronic pain clinic. Scand J Pain. 2017; 17: 53-57 Bartiaux M, Mols P., Prospective study of waiting time delays in a university hospital emergency department with a physician triage model. Rev Med Brux. 2013; 34: 405-9. Hing E, Bhuiya F., Wait time for treatment in hospital emergency departments: 2009. NCHS Data Brief. 2012; 102: 1-8.

Indikator	Dokumentation der Zeitspanne zwischen Abschluss der Notfallbehandlung bis zur Verlegung auf die Station/OP
Indikatoren-ID	04a
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsziel	Gute Qualität ist, wenn in allen Behandlungsfällen die Zeitspanne zwischen Abschluss der Versorgung in der Notaufnahme bis zur Verlegung auf die Station/OP dokumentiert wird.
Rationale	Eine vollständige Zeiterfassung der Aufenthaltsdauer vom Abschluss der Versorgung in der Notaufnahme bis zur Verlegung auf die Station/OP ist Grundvoraussetzung, um ein Ergebnis im QI 4b bewerten zu können.
Kennzahlen	Dokumentationsgrad des Anteils mit vollständiger Zeitdokumentation
Referenzbereich	≥95,00%
Erläuterungen zum Referenzbereich	Es sind 100 % anzustreben.
Methode der Risikoadjustierung	nicht erforderlich
Erläuterung der Risikoadjustierung	entfällt
Rechenregel	Zähler: Anzahl Patient:innen mit dokumentierter Zeitspanne zwischen Abschluss der Versorgung in der Notaufnahme bis zur Verlegung auf die Station/OP Nenner: Anzahl aller Patient:innen aus der Notaufnahme, die auf Station/OP aufgenommen wurden
Erläuterung der Rechenregel	Quotient
Zähler (Formel)	genauer Wert des Zählers
Nenner (Formel)	genauer Wert des Nenners
Datenfelder	0 = nein: kein oder nur ein Zeitstempel ist gesetzt 1 = ja: beide Zeitstempel sind gesetzt
Datenquellen	KIS
Umsetzbarkeit	ja
inhaltliche Gewichtung	2,0 (Median)
technische Umsetzbarkeit	ja
Vergleichbarkeit	ja
Bemerkungen/Sonstiges	Der Referenzbereich wurde durch den Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin der Ärztekammer Berlin festgelegt. Beachtung der stationären Behandlung in der Notaufnahme (Holding area) zu stationärer Aufnahme auf eine Station/OP im Haus.
Literatur	Schull MJ, Guttman A, Leaver CA, Vermeulen M, Hatcher CM, Rowe BH, Zwarenstein M, Anderson GM. Prioritizing performance measurement for emergency department care: consensus on evidence-based quality of care indicators. CJEM. 2011; 13: 300-9. McCarthy ML, Ding R, Pines JM, Zeger SL. Comparison of methods for measuring crowding and its effects on length of stay in the emergency department. Acad Emerg Med. 2011; 18: 1269-77. Madsen MM, Eiset AH, Mackenhauer J, Odby A, Christiansen CF, Kurland L, Kirkegaard H. Selection of quality indicators for hospital-based emergency care in Denmark, informed by a modified-Delphi process. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2016; 24: 11-19.

Indikator	Zeitspanne zwischen Abschluss der Notfallbehandlung bis zur Verlegung auf die Station/OP
Indikatoren-ID	04b
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsziel	Gute Qualität ist, wenn ein möglichst kurzer zeitlicher Abstand zwischen Abschluss der Notfallbehandlung bis zur Verlegung auf die Station/OP eingehalten wird.
Rationale	Die Schnittstellen der Versorgungskette sind besonders anfällig für Qualitätsverluste. Die Zeitspanne zwischen dem Abschluss der Notfallbehandlung bis zur Verlegung auf die Station/OP ist ein Qualitätsindikator, der Rückschlüsse auf die Organisationsqualität einer Einrichtung zulässt. Nach Abschluss der Notfallbehandlung besteht die Gefahr, dass der Patient bis zu Übergabe auf die Station/OP schlechter überwacht und versorgt wird. Ein Patient, der abschließend notfallbehandelt wurde, aber nicht umgehend auf die Station/OP weitergeleitet wird, bindet weitere Ressourcen in der Notaufnahme.
Kennzahlen	entfällt
Referenzbereich	≤10% Perzentile
Erläuterungen zum Referenzbereich	Für den akzeptablen zeitlichen Abstand zwischen Abschluss der Versorgung in der Notaufnahme bis zur Verlegung auf die Station/OP lassen sich derzeit keine evidenzbasierten Richtwerte aus der Literatur ableiten. Als Grundlage für die Bewertung wird der Median aus allen dokumentierten Wartezeiten herangezogen. Dieser Referenzbereich ist nur bei einer kompletten Beteiligung aller Einrichtungen/Krankenhäuser umsetzbar.
Methode der Risikoadjustierung	nicht erforderlich
Erläuterung der Risikoadjustierung	entfällt
Rechenregel	Median aller Minutenwerte aller Patient:innen der Notaufnahme, die stationär aufgenommen werden
Erläuterung der Rechenregel	entfällt
Zähler (Formel)	entfällt
Nenner (Formel)	entfällt
Datenfelder	Intervall: Zeitpunkt Abschluss der Versorgung in der Notaufnahme, bei Patient:innen die stationär aufgenommen werden (Feld 1) bis Verlegung/OP (Feld 2). Ergebnis: Zeitstempel in Minuten (Feld 3). Den Zeitpunkt "Abschluss der Versorgung in der Notaufnahme" definiert die Einrichtung/Krankenhaus derzeit selbst.
Datenquellen	KIS
Umsetzbarkeit	ja
inhaltliche Gewichtung	2,0 (Median)
technische Umsetzbarkeit	ja
Vergleichbarkeit	ja

Bemerkungen/ Sonstiges	Beachtung der stationären Behandlung in der Notaufnahme (Holding area) zu stationärer Aufnahme auf eine Station im Haus. Grundgesamt des QIs sind ausschließlich die stationär aufgenommen Patienten
Literatur	Nielsen RF, Pérez N, Petersen P, Biering K., Assessing time to treatment and patient inflow in a Danish emergency department: a cohort study using data from electronic emergency screen boards. BMC Res Notes. 2014; 7: 690-8 Doyle C, Jones M, Bell D., Monitoring patient flow in emergency departments: the use of scatterplots versus time-based measures to assess patient flow in A&E. Eur J Emerg Med. 2014; 21: 291-5. Qadar SA, Maeda Y, Akram J, Madsen MR., Dedicated emergency departments delay surgical treatment of acute appendicitis. Dan Med J. 2014; 61: A4791-4.

Indikator	Prozentsatz der Patient:innen, die ungeplant innerhalb von 48 Stunden nach einer Erstaufnahme mit nachfolgender Entlassung wieder in der Notaufnahme ankommen mit resultierender stationärer Aufnahme
Indikatoren-ID	05
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsziel	Gute Qualität ist, wenn möglichst wenige Patient:innen innerhalb von 48 Stunden nach Erstaufnahme erneut in der Notaufnahme ankommen und stationär aufgenommen werden.
Rationale	Diejenigen Patient:innen sollten identifiziert werden, die aufgrund einer medizinischen Fehleinschätzung wiederkommen.
Kennzahlen	entfällt
Referenzbereich	≤90% Perzentile
Erläuterungen zum Referenzbereich	Der Referenzbereich wurde durch den Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin der Ärztekammer Berlin selbst festgelegt, da keine entsprechende Literaturangaben auffindbar sind. Dieser Referenzbereich ist nur bei einer kompletten Beteiligung aller Einrichtungen/Krankenhäuser umsetzbar.
Methode der Risikoadjustierung	nicht erforderlich
Erläuterung der Risikoadjustierung	entfällt
Rechenregel	Zähler: Patient:innen mit Wiedervorstellung und stationärer Aufnahme innerhalb von 48h nach der Erstaufnahme mit nachfolgender Entlassung Nenner: Anzahl aller ambulant behandelten Patient:innen
Erläuterung der Rechenregel	Quotient
Zähler (Formel)	genauer Wert des Zählers
Nenner (Formel)	genauer Wert des Nenners
Datenfelder	Datenfeld 1: ambulante Behandlung in der Notaufnahme Datenfeld 2: Wiedervorstellung in der Notaufnahme des Patient:innen innerhalb von 48h mit stationärer Aufnahme
Datenquellen	KIS
Umsetzbarkeit	Das zugrunde liegende System muss die vorausgegangene Behandlung anzeigen. Die Datenquelle sollte automatisch erkennen, dass der Patient/die Patientin innerhalb von 48h sich wiedervorgestellt hat. Datenfeld 2 muss kein eigenes Datenfeld sein, sondern ist aus anderen Standardfeldern (Aufnahme in Notfallaufnahme/Datum/Aufnahme auf Station/ggf. Diagnose) zu berechnen.
inhaltliche Gewichtung	1,5 (Median)
technische Umsetzbarkeit	ja
Vergleichbarkeit	Ja, wenn die unter Umsetzbarkeit beschriebenen Voraussetzungen erfüllt sind.
Bemerkungen/Sonstiges	Der Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin der Ärztekammer Berlin entscheidet sich hier bewusst für die Zählung der Wiedervorsteller unabhängig von der Diagnose. Bei der Datengrundlage muss ausgeschlossen werden, dass geplante Wiederkommer mitgezählt werden.
Literatur	Aaronson E, Borczuk P, Benzer T, Mort E, Temin E. 72h returns: A trigger tool for diagnostic error. Am J Emerg Med. 2018; 36: 359-361. Meyer-Macaulay CB, Truong M, Meckler GD, Doan QH. Return visits to the pediatric emergency department: A multicentre retrospective cohort study. CJEM. 2018; 20: 578-585. Rising KL, Padrez KA, O'Brien M, Hollander JE, Carr BG, Shea JA. Return visits to the emergency department: the patient perspective. Ann Emerg Med. 2015; 65: 377-386.

Indikator	Prozentsatz der Patient:innen mit dokumentierter Schmerzerfassung bei Ersteinschätzung
Indikatoren-ID	06
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsziel	Gute Qualität ist, wenn bei allen Patient:innen bei Ersteinschätzung der Schmerz erfasst und dokumentiert wird.
Rationale	Bei allen Patient:innen sollte die Schmerzstärke bei Ersteinschätzung gemessen bzw. erfasst und dokumentiert werden.
Kennzahlen	entfällt
Referenzbereich	≥95%
Erläuterungen zum Referenzbereich	Eine 100%ige Erfassung und Dokumentation ist wünschenswert, kann aber derzeit aufgrund technischer Gegebenheiten nicht sichergestellt werden.
Methode der Risikoadjustierung	nicht erforderlich
Erläuterung der Risikoadjustierung	entfällt
Rechenregel	Zähler: Anzahl der Patient:innen mit dokumentierter Schmerzerfassung bei Ersteinschätzung Nenner: Anzahl aller behandelten Patient:innen
Erläuterung der Rechenregel	Quotient
Zähler (Formel)	genauer Wert des Zählers
Nenner (Formel)	genauer Wert des Nenners
Datenfelder	Ausgefüllte Schmerzskala, angegebener Schmerzwert Anzahl der Patient:innen (R52.9 = Schmerz, nicht näher bezeichnet, R52.0 = Akuter Schmerz, R10.- = Bauch- und Beckenschmerzen, G43.- = Migräne, G44.- = Sonstige Kopfschmerzsyndrome, G50.0 = Trigeminusneuralgie, G50.1 = Atypischer Gesichtsschmerz, R51 = Kopfschmerz, N23 = Nierenkolik, H57.1 = Augenschmerzen, R07.- = Hals- und Brustschmerzen, M79.1- = Myalgie, M79.2- = Neuralgie und Neuritis, nicht näher bezeichnet, M79.6- = Schmerzen in den Extremitäten, M79.7- = Fibromyalgie, M25.5- = Gelenkschmerz, M54.- = Rückenschmerzen, N64.4 = Mastodynie, H92.0 = Otolgie, F45.40 = Psychogene Schmerzen)
Datenquellen	KIS bzw. Ersteinschätzungs-Protokoll, Notaufnahme-Bericht
Umsetzbarkeit	Ja
inhaltliche Gewichtung	1,0 (Median)
technische Umsetzbarkeit	Ja
Vergleichbarkeit	Ja
Bemerkungen/Sonstiges	Grundlegend soll bei allen Patient:innen die Schmerzstärke gemessen bzw. erfasst und dokumentiert werden. Wir gehen davon aus, dass nicht dokumentiert = nicht gemessen bzw. erfasst bedeutet. Es soll eine Scala (VAS/NRS) für die Feststellung der Schmerzstärke verwendet werden.
Literatur	Krey.,J., Manchester Triage System. intensiv 2013; 21: 142-7 van Zanden JE, Wagenaar S, Ter Maaten JM, Ter Maaten JC, Ligtenberg JJM. Pain score, desire for pain treatment and effect on pain satisfaction in the emergency department: a prospective, observational study. BMC Emerg Med. 2018; 18: 40-50

Indikator	Dauer von Ersteinschätzung bis zur ersten Gabe von Analgetikum bei allen schmerzhaften Zuständen, die eine Analgesie erfordert
Indikatoren-ID	07
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsziel	Gute Qualität ist, wenn möglichst zeitnah eine medikamentöse Schmerzbehandlung begonnen wird.
Rationale	schnelle Schmerzlinderung für die Patientin/den Patienten
Kennzahlen	keine
Referenzbereich	≤10% Perzentile
Erläuterungen zum Referenzbereich	Der Referenzbereich wurde durch den Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin der Ärztekammer Berlin selbst festgelegt, da keine entsprechende Literaturangaben auffindbar sind.
Methode der Risikoadjustierung	nicht erforderlich
Erläuterung der Risikoadjustierung	entfällt
Rechenregel	Zeitpunkt 2 (Gabe des Analgetikums) - Zeitpunkt 1 Ersteinschätzung = Dauer in Minuten
Erläuterung der Rechenregel	Differenz
Zähler (Formel)	entfällt
Nenner (Formel)	entfällt
Datenfelder	Zeitstempel für Zeitpunkt 1 und Zeitpunkt 2 Anzahl der Patient:innen (R52.9 = Schmerz, nicht näher bezeichnet, R52.0 = Akuter Schmerz, R10.- = Bauch- und Beckenschmerzen, G43.- = Migräne, G44.- = Sonstige Kopfschmerzsyndrome, G50.0 = Trigeminusneuralgie, G50.1 = Atypischer Gesichtsschmerz, R51 = Kopfschmerz, N23 = Nierenkolik, H57.1 = Augenschmerzen, R07.- = Hals- und Brustschmerzen, M79.1 = Myalgie, M79.2 = Neuralgie und Neuritis, nicht näher bezeichnet, M79.6 = Schmerzen in den Extremitäten, M79.7 = Fibromyalgie, M25.5 = Gelenkschmerz, M54.- = Rückenschmerzen, N64.4 = Mastodynie, H92.0 = Otolgie, F45.40 = Psychogene Schmerzen)
Datenquellen	KIS
Umsetzbarkeit	ja
inhaltliche Gewichtung	1,5 (Median)
technische Umsetzbarkeit	ja
Vergleichbarkeit	ja
Bemerkungen/Sonstiges	entfällt
Literatur	Simanski CJ, Althaus A, Neugebauer EA. Schmerztherapeutische Möglichkeiten in der Unfallchirurgie. Unfallchirurg. 2013; 116: 931-49 Stork, B., Hofmann-Kiefer, K., Analgesie in der Notfallmedizin, Anästhesist 2009; 58: 639-650

Indikator	Die Notaufnahme ist für pädiatrische Notfälle eingerichtet
Indikatoren-ID	08
Indikatortyp	Strukturindikator
Qualitätsziel	Gute Qualität ist, wenn die Notaufnahme für pädiatrische Notfälle eingerichtet ist.
Rationale	Unabhängig von der Art des Krankenhauses, kann es in der Notaufnahme jederzeit zu einem pädiatrischen Notfall kommen. Hierfür müssen Vorhaltungen bestehen.
Kennzahlen	entfällt
Referenzbereich	=100%
Erläuterungen zum Referenzbereich	entfällt
Methode der Risikoadjustierung	nicht erforderlich
Erläuterung der Risikoadjustierung	entfällt
Rechenregel	entfällt
Erläuterung der Rechenregel	entfällt
Zähler (Formel)	entfällt
Nenner (Formel)	entfällt
Datenfelder	Abfrage mit Antwort Ja/Nein
Datenquellen	Schriftliche Angabe der Leitungen der Notaufnahmen
Umsetzbarkeit	Ja
inhaltliche Gewichtung	1,0 (Median)
technische Umsetzbarkeit	Ja
Vergleichbarkeit	Ja
Bemerkungen/Sonstiges	einmal jährlich als Strukturabfrage
Literatur	Remick K, Gausche-Hill M, Joseph MM, Brown K, Snow SK, Wright JL; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS Committee on Pediatric Emergency Medicine and Section on Surgery; AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS Pediatric Emergency Medicine Committee; EMERGENCY NURSES ASSOCIATION Pediatric Committee. Pediatric Readiness in the Emergency Department. Pediatrics. 2018;142:e20182459.

Indikator	Prozentsatz der Patient:innen mit AMI, die innerhalb von 10 min nach Eintreffen im Krankenhaus ein EKG erhalten haben
Indikatoren-ID	09
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsziel	Gute Qualität ist, wenn alle Patient:innen mit AMI innerhalb von 10 min nach Eintreffen im Krankenhaus (Notaufnahme) ein EKG erhalten.
Rationale	Ein AMI muss mittels EKG möglichst frühzeitig identifiziert werden.
Kennzahlen	entfällt
Referenzbereich	≥95%
Erläuterungen zum Referenzbereich	Ein AMI kann auch ohne klinische Anzeichen einhergehen. Es werden nur die Patient:innen einbezogen, die in der Notaufnahme diagnostiziert und behandelt werden. In Einzelfällen kann es dazu kommen, dass Patient:innen mit AMI direkt, d.h. unter Umgehung der Notaufnahme ins das Herzkatheterlabor verbracht werden.
Methode der Risikoadjustierung	nicht erforderlich
Erläuterung der Risikoadjustierung	entfällt
Rechenregel	Zähler: Anzahl der Patient:innen mit AMI, die innerhalb von 10 min nach Eintreffen in der Notaufnahme ein EKG erhalten haben Nenner: Anzahl aller behandelten Patient:innen mit AMI
Erläuterung der Rechenregel	Quotient
Zähler (Formel)	genauer Wert des Zählers
Nenner (Formel)	Genauer Wert des Nenners
Datenfelder	Datenfeld 1: Zeitpunkt des Eintreffens in der Notaufnahme Datenfeld 2: Zeitpunkt des ersten EKG Datenfeld 3: Alle Patient:innen mit AMI (I21.- = Akuter Myokardinfarkt, I22.- = Rezidivierender Myokardinfarkt)
Datenquellen	KIS
Umsetzbarkeit	Ja
inhaltliche Gewichtung	1,0 (Median)
technische Umsetzbarkeit	Ja
Vergleichbarkeit	Ja
Bemerkungen/Sonstiges	Das EKG sollte auch innerhalb von 10 min. nach Eintreffen in der Notaufnahme befundet werden. Der Arbeitskreis Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin der Ärztekammer Berlin sieht die Diagnose AMI als Surrogat-Parameter für das Leitsymptom Brustschmerz.
Literatur	Fischer M, Kehrberger E, Marung H., Moecke H, Prückner S, Trentzsch H, Urban B und Fachexperten der Eckpunktepapier-Konsensus-Gruppe. Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. Notfall Rettungsmed 2016; 19: 387–395

Indikator	Prozentsatz der Patient:innen mit STEMI, die ihre primär-PCI/PTCA innerhalb von 30 - 60 Min. nach Ankunft erhalten haben
Indikatoren-ID	10
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsziel	Gute Qualität ist, wenn Patient:innen mit STEMI innerhalb von 30-60 Minuten nach Ankunft mittels primär-PCI/PTCA behandelt werden.
Rationale	Patient:innen mit STEMI sollen möglichst früh einer primär- PCI/PTCA zugeführt werden.
Kennzahlen	entfällt
Referenzbereich	≥95%
Erläuterungen zum Referenzbereich	Der Patient:innenzustand kann eine primär-PCI/PTCA verzögern bzw. verhindern.
Methode der Risikoadjustierung	nicht erforderlich
Erläuterung der Risikoadjustierung	entfällt
Rechenregel	Zähler: Anzahl der Patient:innen mit STEMI, die ihre primär-PCI/PTCA innerhalb von 30-60 Minuten nach Ankunft erhalten haben Nenner: Anzahl aller behandelten Patient:innen mit STEMI
Erläuterung der Rechenregel	Quotient
Zähler (Formel)	genauer Wert des Zählers
Nenner (Formel)	genauer Wert des Nenners
Datenfelder	Aufnahmezeitpunkt (Feld 1) Beginn primär-PCI/PTCA (Feld 2) Ergebnis: Zeitstempel in Minuten (Feld 3) Anzahl Patient:innen mit STEMI (Feld 4) (I21.- = Akuter Myokardinfarkt, I22.- = Rezidivierender Myokardinfarkt)
Datenquellen	KIS
Umsetzbarkeit	Ja
inhaltliche Gewichtung	1,0 (Median)
technische Umsetzbarkeit	Ja
Vergleichbarkeit	Ja
Bemerkungen/Sonstiges	Die angegebenen Zeiten im Eckpunktepapier geben 60-90min nach Alarmierung vor. Unter Berücksichtigung einer angenommen durchschnittlichen Transportzeit von 30min resultieren die o.g. Zeiten. Der QI gilt für Notaufnahmen von Krankenhäusern, die eine PCI vorhalten.
Literatur	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz-und Kreislaufforschung e.V. (2018). ESC Pocket Guidelines. Therapie des akuten Herzinfarktes bei Patienten mit ST-Streckenhebung (STEMI). Börm Bruckmeier Verlag GmbH, Grünwald Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, Caforio ALP, Crea F, Goudevenos JA, Halvorsen S, Hindricks G, Kastrati A, Lenzen MJ, Prescott E, Roffi M, Valgimigli M, Varenhorst C, Vranckx P, Widimský P; ESC Scientific Document Group. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2018; 39: 119-177

Indikator	Prozentsatz von Patient:innen mit ambulant erworbener Pneumonie, die eine initiale antibiotische Therapie innerhalb von 6 h nach Ankunft erhalten haben
Indikatoren-ID	11
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsziel	Gute Qualität ist, wenn alle Patient:innen mit ambulant erworbener Pneumonie eine initiale antibiotische Therapie innerhalb von 6 Stunden nach Ankunft erhalten.
Rationale	Eine ambulant erworbene Pneumonie muss frühzeitig antibiotisch behandelt werden.
Kennzahlen	entfällt
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Erläuterungen zum Referenzbereich	In einigen Fällen kann auf die Einleitung der antimikrobiellen Therapie innerhalb der ersten 6 Stunden aus medizinischer Sicht verzichtet werden (z. B. stationäre Aufnahme zur Palliativtherapie bei Erkrankung im Finalstadium, Therapieeinleitung außerhalb des aufnehmenden Krankenhauses)
Methode der Risikoadjustierung	nicht erforderlich
Erläuterung der Risikoadjustierung	entfällt
Rechenregel	Zähler: Anzahl der Patient:innen mit ambulant erworbener Pneumonie die eine initiale antibiotische Therapie innerhalb von 6 Stunden nach Ankunft erhalten haben Nenner: Anzahl aller behandelten Patient:innen mit ambulant erworbener Pneumonie
Erläuterung der Rechenregel	Quotient
Zähler (Formel)	genauer Wert des Zählers
Nenner (Formel)	genauer Wert des Nenners
Datenfelder	Intervall: Aufnahmezeitpunkt (Feld 1) bis Beginn initiale Antibiotikatherapie (Feld 2) Ergebnis: Zeitstempel in Minuten (Feld 3) Aufnahmezeitpunkt definiert die Institution derzeit selbst. Anzahl der behandelten Patient:innen mit Pneumonie (J13 = Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae, J14 = Pneumonie durch Haemophilus influenzae, J15.- = Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert, J16.- = Pneumonie durch sonstige Infektionserreger, anderenorts nicht klassifiziert, J18.- = Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet)
Datenquellen	KIS bzw. Notaufnahme-Bericht
Umsetzbarkeit	Ja
inhaltliche Gewichtung	1,0 (Median)
technische Umsetzbarkeit	Ja
Vergleichbarkeit	Ja
Bemerkungen/Sonstiges	Nach S3-Leitlinie-Update 2016 soll bei Patient:innen in stat. Behandlung eine antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8h nach stationären Aufnahme erfolgen. Aber: "Es kann je nach Struktur einer Klinik sinnvoll sein, dass die Erstgabe noch in der Notaufnahme erfolgt, also vor Verlegung auf eine weitere Station". Verbesserte Überlebenschancen sind nachgewiesen, wenn innerhalb von 4h mit der Antibiose begonnen wird. Der kanadische Wert liegt bei 6h.

Indikator	Prozentsatz von Patient:innen mit ambulant erworbener Pneumonie, die eine initiale antibiotische Therapie innerhalb von 6 h nach Ankunft erhalten haben
Indikatoren-ID	11
Literatur	Houck P, Bratzler D, Nsa W, Bartlett J. Timing of antibiotic administration and outcomes for Medicare patients hospitalized with community-acquired pneumonia. Arch Intern Med 2004; 164: 637–44. Specifications manual for national hospital inpatient quality measures. Joint Commission - The Joint Commission, 2014 DGP, DGI, PEG, AWMF: Ewig S, Höffken G, Kern W, Rohde G, Flick H, Krause R, Ott S, Bauer T, Dalhoff K, Gattermann S, Kolditz M, Krüger S, Lorenz J, Pletz M, de Roux A, Schaaf B, Schaberg T, Schütte H, Welte T. S3-Leitlinie: "Pneumonie, ambulant erworben, Behandlung und Prävention von erwachsenen Patienten" Registernummer 020 - 020, 2016; Bordon J, Aliberti S, Duvvuri P, Wiemken T, Peyrani P, Natividad I, Caceres-Lara A, Delapenha R, Blasi F, Ramirez J. Early administration of the first antimicrobials should be considered a marker of optimal care of patients with community-acquired pneumonia rather than a predictor of outcomes. Int J Infect Dis. 2013; 17: 293-8

Indikator	Prozentsatz von Patient:innen mit ambulant erworbener Pneumonie, bei denen die Vitalparameter in der Notaufnahme erfasst wurden
Indikatoren-ID	12
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsziel	Gute Qualität ist, wenn bei allen Patient:innen mit ambulant erworbener Pneumonie Vitalparameter in der Notaufnahme erfasst werden.
Rationale	Durch Erfassung der Vitalparameter (HF, AF, SpO2, RR) soll ein Übersehen von Patient:innen mit ambulant erworbener Pneumonie vermieden werden.
Kennzahlen	entfällt
Referenzbereich	≥95 %
Erläuterungen zum Referenzbereich	Bei diesem Qualitätsindikator wird eine Rate von 100 % angestrebt. Als erreichbares Ziel wird zunächst ein Referenzbereich von ≥ 95,00 % festgelegt.
Methode der Risikoadjustierung	nicht erforderlich
Erläuterung der Risikoadjustierung	entfällt
Rechenregel	Zähler: Anzahl der Patient:innen mit ambulant erworbener Pneumonie und vollständig erfassten Vitalparameter Nenner: Anzahl aller behandelten Patient:innen mit ambulant erworbener Pneumonie
Erläuterung der Rechenregel	Quotient
Zähler (Formel)	genauer Wert des Zählers
Nenner (Formel)	genauer Wert des Nenners
Datenfelder	Patient/Patientin mit Abschlussdiagnose (gem. ICD 10) ambulant erworbene Pneumonie (Feld 1) und Vitalparameter (HF, AF, SpO2, RR) komplett (Feld 2 bis Feld 5) Anzahl der Patient:innen mit Pneumonie (J13 = Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae, J14 = Pneumonie durch Haemophilus influenzae, J15.- = Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert, J16.- = Pneumonie durch sonstige Infektionserreger, anderenorts nicht klassifiziert, J18.- = Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet)
Datenquellen	KIS
Umsetzbarkeit	ja
inhaltliche Gewichtung	1,0 (Median)
technische Umsetzbarkeit	ja
Vergleichbarkeit	ja
Bemerkungen/Sonstiges	entfällt
Literatur	DGP, DGI, PEG, AWMF: Ewig S, Höffken G, Kern W, Rohde G, Flick H, Krause R, Ott S, Bauer T, Dalhoff K, Gattermann S, Kolditz M, Krüger S, Lorenz J, Pletz M, de Roux A, Schaaf B, Schaberg T, Schütte H, Welte T. S3-Leitlinie: "Pneumonie, ambulant erworben, Behandlung und Prävention von erwachsenen Patienten" Registernummer 020 - 020, 2016;

Indikator	Teilnahme am Schlaganfallregister?
Indikatoren-ID	13
Indikatortyp	Strukturindikator
Qualitätsziel	Gute Qualität ist, wenn am Schlaganfallregister teilgenommen wird.
Rationale	Mit der Teilnahme an Schlaganfallregistern werden verschiedene, für die Notfallversorgung relevante Qualitätsindikatoren erhoben. Durch den für Register typischen internen und externen Vergleich der Behandlungen soll eine leitliniengerechte Versorgung von Schlaganfallpatient:innen erreicht werden.
Kennzahlen	entfällt
Referenzbereich	100%
Erläuterungen zum Referenzbereich	Fehlende Teilnahme für Krankenhäuser mit Neurologie ist nicht akzeptabel.
Methode der Risikoadjustierung	nicht erforderlich
Erläuterung der Risikoadjustierung	entfällt
Rechenregel	Zähler: Anzahl der Notaufnahmen mit Teilnahme des Krankenhauses am Schlaganfallregister Nenner: Anzahl aller erfassten Notaufnahmen in Krankenhäusern mit Hauptabteilung Neurologie
Erläuterung der Rechenregel	Quotient
Zähler (Formel)	genauer Wert des Zählers
Nenner (Formel)	genauer Wert des Nenners
Datenfelder	Wahlfeld Teilnahme Schlaganfallregister ja / nein
Datenquellen	Strukturbefragungsprotokolle der einzelnen Notaufnahmen
Umsetzbarkeit	ja
inhaltliche Gewichtung	2,0 (Median)
technische Umsetzbarkeit	ja
Vergleichbarkeit	ja
Bemerkungen/Sonstiges	einmal jährlich als Strukturabfrage
Literatur	Wiedmann S, Heuschmann PU, Hillmann S, Busse O, Wiethölter H, Walter GM, Seidel G, Misselwitz B, Janssen A, Berger K, Burmeister C, Matthis C, Kolominsky-Rabas P, Hermanek P for the German Stroke Registers Study Group: The quality of acute stroke treatment—an analysis of evidence-based indicators in 260 000 Patients. Dtsch Arztebl Int 2014; 111:759–65.

Indikator	Prozentsatz von möglicherweise für eine Intervention (Lyse / Thrombektomie) geeignete Schlaganfallpatient:innen, die ein Schädel-CT innerhalb von 25 min nach Ankunft in der Notaufnahme erhalten haben
Indikatoren-ID	14
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsziel	Gute Qualität ist, wenn durch den schnellen Abschluss der entscheidenden bildgebende Diagnostik das Interventionsfensters sichergestellt wird.
Rationale	Durch eine rasche Diagnostik werden die Voraussetzungen für eine leitliniengerechte Schlaganfalltherapie geschaffen.
Kennzahlen	entfällt
Referenzbereich	≥80%
Erläuterungen zum Referenzbereich	Atypische Klinik kann zu zeitlichen Verzögerungen führen.
Methode der Risikoadjustierung	nicht erforderlich
Erläuterung der Risikoadjustierung	entfällt
Rechenregel	Zähler: Anzahl der Patient:innen mit Verdacht auf interventionsfähigen Schlaganfall und CT innerhalb 25 Minuten Nenner: Anzahl aller Patient:innen mit Verdacht auf interventionsfähigen Schlaganfall
Erläuterung der Rechenregel	Quotient
Zähler (Formel)	genauer Wert des Zählers
Nenner (Formel)	genauer Wert des Nenners
Datenfelder	Interventionsoption gegeben / nicht gegeben (Feld 1) Ankunft Notaufnahme (Feld 2), Intervall Notaufnahme (Feld 2) und Durchführung CT (Feld 3) Anzahl der Patient:innen (I61.- = Intrazerebrale Blutung, I63.- = Hirninfarkt, I64 = Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet)
Datenquellen	KIS Es ist ein ergänzendes Datenfeld notwendig für den Verdacht auf Schlaganfall (z.B. Cedis).
Umsetzbarkeit	ja
inhaltliche Gewichtung	1,0 (Median)
technische Umsetzbarkeit	schwierig
Vergleichbarkeit	ja
Bemerkungen/Sonstiges	Die Daten liegen bereits krankenhausintern vor, wenn die Einrichtung/Krankenhaus an einem Schlaganfallregister teilnimmt.
Literatur	DGN, AWMF.: S2k-Leitlinie: Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, Ergänzung 2015 - Rekanalisierende Therapie. AWMF-Register-Nummer: 030-140 Nogueira RG, Jadhav AP, Haussen DC, Bonafe A, Budzik RF, Bhuva P, Yavagal DR, Ribo M, Cognard C, Hanel RA, Sila CA, Hassan AE, Millan M, Levy EI, Mitchell P, Chen M, English JD, Shah QA, Silver FL, Pereira VM, Mehta BP, Baxter BW, Abraham MG, Cardona P, Veznedaroglu E, Hellinger FR, Feng L, Kirmani JF, Lopes DK, Jankowitz BT, Frankel MR, Costalat V, Vora NA, Yoo AJ, Malik AM, Furlan AJ, Rubiera M, Ag-haebrahim A, Olivot JM, Tekle WG, Shields R, Graves T, Lewis RJ, Smith WS, Liebeskind DS, Saver JL, Jovin TG; DAWN Trial Investigators. Thrombectomy 6 to 24 Hours after Stroke with a Mismatch between Deficit and Infarct. N Engl J Med. 2018; 378:11-21

Indikator	Prozentsatz von Schlaganfallpatient:innen, die ein 12-Kanal-EKG in der Notaufnahme erhalten haben
Indikatoren-ID	15
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsziel	Gute Qualität ist, wenn bei allen Schlaganfallpatient:innen ein 12-Kanal-EKG abgeleitet wird.
Rationale	Verbesserung der strukturierten Behandlung von Schlaganfällen. Schlaganfälle können teilweise durch kardiale Erkrankungen mitverursacht werden, wie z.B. Herzrhythmusstörungen.
Kennzahlen	entfällt
Referenzbereich	≥95%
Erläuterungen zum Referenzbereich	Es sind 100 % anzustreben.
Methode der Risikoadjustierung	nicht erforderlich
Erläuterung der Risikoadjustierung	entfällt
Rechenregel	Zähler: Anzahl der Patient:innen mit Schlaganfall und durchgeführtem 12-Kanal-EKG (Feld 2) Nenner: Anzahl aller Patient:innen mit Schlaganfall (Feld 1)
Erläuterung der Rechenregel	Quotient
Zähler (Formel)	genauer Wert des Zählers
Nenner (Formel)	genauer Wert des Nenners
Datenfelder	Feld 1 Abschlussdiagnose Schlaganfall gemäß ICD 10; Feld 2 Durchführung 12-Kanal-EKG, Ergebnis: Kombination Feld 1 und Feld 2 Anzahl der Patient:innen (I61.- = Intrazerebrale Blutung, I63.- = Hirninfarkt, I64 = Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet)
Datenquellen	KIS
Umsetzbarkeit	ja
inhaltliche Gewichtung	2,0 (Median)
technische Umsetzbarkeit	ja
Vergleichbarkeit	Wenn der Aufenthalt auf den gesamten stationären Aufenthalt bezogen ist, dann ist der Vergleich möglich.
Bemerkungen/Sonstiges	Die DGN empfiehlt die Durchführung eines 12-Kanal-EKGs noch in der Notaufnahme. Die durchaus nicht seltene Koinzidenz von Stroke und MI die häufig gefundene Troponin-Erhöhung sowie die damit assoziierten prognostischen Auswirkungen rechtfertigen ein solches Vorgehen.
Literatur	DGN, AWMF: S1-Leitlinie "Diagnostik akuter zerebrovaskulärer Erkrankungen". AWMF-Register-Nummer: 030-117; 2016. Mochmann HC, Scheitz JF, Petzold GC, Haeusler KG, Audebert HJ, Laufs U, Schneider C, Landmesser U, Werner N, Endres M, Witzensichler B, Nolte CH; TRELAS Study Group. Coronary Angiographic Findings in Acute Ischemic Stroke Patients With Elevated Cardiac Troponin: The Troponin Elevation in Acute Ischemic Stroke (TRELAS) Study. Circulation. 2016; 133: 1264-71. Scheitz JF, Endres M, Mochmann HC, Audebert HJ, Nolte CH. Frequency, determinants and outcome of elevated troponin in acute ischemic stroke patients. Int J Cardiol. 2012; 157: 239-42

Indikator	Prozentsatz von Patient:innen mit einer schweren Sepsis oder einem septischen Schock, denen innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft in der Notaufnahme ein Breitbandantibiotikum gegeben wurde
Indikatoren-ID	16
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsziel	Gute Qualität ist, wenn bei allen Patient:innen mit einer schweren Sepsis oder einem septischen Schock innerhalb von 60 Minuten eine Antibiose erfolgt.
Rationale	Evidenzbasierte Empfehlung: Durch frühe Antibiose bei schweren Infektionen Reduktion der Letalität.
Kennzahlen	entfällt
Referenzbereich	≥95%
Erläuterungen zum Referenzbereich	Es sind 100 % anzustreben.
Methode der Risikoadjustierung	nicht erforderlich
Erläuterung der Risikoadjustierung	entfällt
Rechenregel	Zähler: Anzahl der Patient:innen mit schwerer Sepsis oder einem septischen Schock und der Gabe eines Antibiotikums innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft Notaufnahme Nenner: Anzahl aller Patient:innen mit schwerer Sepsis oder einem septischen Schock
Erläuterung der Rechenregel	Quotient
Zähler (Formel)	genauer Wert des Zählers
Nenner (Formel)	genauer Wert des Nenners
Datenfelder	Intervall zwischen Ankunft Notaufnahme (Feld 1) und Durchführung Antibiose (Feld 2) als Zeitstempel (in Minuten); Diagnose (gemäß ICD 10): schwere Sepsis oder einen septischen Schock (Feld 3); Ergebnis Kombination Intervall mit Feld 3 Anzahl der Patient:innen (A39.2 = Akute Meningokokkensepsis, A41.9=Sepsis, nicht näher bezeichnet, A41.8=Sonstige näher bezeichnete Sepsis)
Datenquellen	KIS
Umsetzbarkeit	ja
inhaltliche Gewichtung	1,0 (Median)
technische Umsetzbarkeit	ja
Vergleichbarkeit	ja
Bemerkungen/Sonstiges	entfällt
Literatur	DSG, AWMF: S3-Leitlinie Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge. AWMF-Registernummer: 079 - 001; 2018 Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign. Critical Care Medicine. 2017;1–67. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. Intensive Care Med. 2017; 43(3):304–377. Ewig S, Höffken G, Kern WV, Rohde G, Flick H, Krause R, Ott S, Bauer T, Dalhoff K, Gattermann S, Kolditz M, Krüger S, Lorenz J, Pletz M, de Roux A, Schaaf B, Schaberg T, Schütte H, Welte T. Behandlung von erwachsenen Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie und Prävention - Update 2016. Pneumologie. 2016; 70: 151-200.

Indikator	Teilnahme am Traumaregister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) e.V.
Indikatoren-ID	17
Indikatortyp	Strukturindikator
Qualitätsziel	Gute Qualität ist, wenn eine leitliniengerechte Versorgung von Traumapatient:innen erreicht wird.
Rationale	entfällt
Kennzahlen	entfällt
Referenzbereich	entfällt
Erläuterungen zum Referenzbereich	entfällt
Methode der Risikoadjustierung	nicht erforderlich
Erläuterung der Risikoadjustierung	entfällt
Rechenregel	entfällt
Erläuterung der Rechenregel	entfällt
Zähler (Formel)	entfällt
Nenner (Formel)	entfällt
Datenfelder	Wahlfeld Teilnahme Traumaregister ja / nein Angabe der Versorgungsstufe der Einrichtung/Krankenhaus
Datenquellen	Strukturbefragungsprotokolle der einzelnen Notaufnahmen
Umsetzbarkeit	ja
inhaltliche Gewichtung	2,0 (Median)
technische Umsetzbarkeit	ja
Vergleichbarkeit	in Einrichtung/Krankenhäuser gleicher Versorgungsstufe ja
Bemerkungen/Sonstiges	einmal jährlich als Strukturabfrage
Literatur	DGU, AWMF: S3-Leitlinie "Polytrauma / Schwerverletzten-Behandlung". AWMF-Register-Nummer 012-019

Indikator	i.v.-Antibiotikagabe bei Patient:innen mit offenen Frakturen bereits in der Notaufnahme
Indikatoren-ID	18
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsziel	Gute Qualität ist, wenn bei allen offenen Frakturen die Gabe von i.v. Antibiose in der Notaufnahme erfolgt.
Rationale	Frühzeitige Gabe von i.v. Antibiose senkt die Infektionsrate bei offenen Frakturen.
Kennzahlen	entfällt
Referenzbereich	≥95%
Erläuterungen zum Referenzbereich	Es sind 100 % anzustreben.
Methode der Risikoadjustierung	nicht erforderlich
Erläuterung der Risikoadjustierung	entfällt
Rechenregel	Zähler: Patient:innen mit offenen Frakturen, die i.v. Antibiose in der Notaufnahme erhalten haben Nenner: Anzahl aller Patient:innen mit offenen Frakturen
Erläuterung der Rechenregel	Quotient
Zähler (Formel)	genauer Wert des Zählers
Nenner (Formel)	genauer Wert des Nenners
Datenfelder	Patient mit offener Fraktur (Feld 1) Patient mit offener Fraktur, der eine i.v. Antibiose erhalten hat (Feld 2) T02.01 = Frakturen mit Beteiligung von Kopf und Hals : offen, T02.11 = Frakturen mit Beteiligung von Thorax und Lumbosakralgegend oder von Thorax und Becken : offen, T02.21 = Frakturen mit Beteiligung mehrerer Regionen einer oberen Extremität : offen, T02.31 = Frakturen mit Beteiligung mehrerer Regionen einer unteren Extremität : offen, T02.41 = Frakturen mit Beteiligung mehrerer Regionen beider oberer Extremitäten : offen, T02.51 = Frakturen mit Beteiligung mehrerer Regionen beider unterer Extremitäten : offen, T02.61 = Frakturen mit Beteiligung mehrerer Regionen der oberen Extremität(en) und mehrerer Regionen der unteren Extremität(en) : offen, T02.71 = Frakturen mit Beteiligung von Thorax, Lumbosakralgegend und Extremität(en) oder von Thorax, Becken und Extremität(en) : offen, T02.81 = Frakturen mit Beteiligung sonstiger Kombinationen von Körperregionen : offen, T02.91 = Multiple Frakturen, nicht näher bezeichnet : offen, T08.1 = Fraktur der Wirbelsäule, Höhe nicht näher bezeichnet : offen, T10.1 = Fraktur der oberen Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet : offen, T12.1 = Fraktur der unteren Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet : offen, T14.21 = Fraktur an einer nicht näher bezeichneten Körperregion : offen.
Datenquellen	KIS
Umsetzbarkeit	ja
inhaltliche Gewichtung	1,0 (Median)
technische Umsetzbarkeit	ja
Vergleichbarkeit	ja
Bemerkungen/Sonstiges	entfällt
Literatur	Schwabe P, Haas N. Extremitätenfrakturen mit schwerem offenem Weichteilschaden. Unfallchirurg 2010; 113: 647-672 Napp M, Spitzmüller R, Gümbel D, Hinz, P, Weichteilmanagement offener Frakturen. Trauma und Berufskrankheit 2016; 18: 16-21

Indikator	Standardisierte Überprüfung des Tetanus-Impfschutzes
Indikatoren-ID	19
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsziel	Gute Qualität ist, wenn bei allen Patient:innen mit Wunden der Tetanus-Impfschutz überprüft wird.
Rationale	Vermeidung von Tetanusinfektionen.
Kennzahlen	entfällt
Referenzbereich	≥95%
Erläuterungen zum Referenzbereich	Es sind 100 % anzustreben.
Methode der Risikoadjustierung	nicht erforderlich
Erläuterung der Risikoadjustierung	entfällt
Rechenregel	Zähler: ICD Cluster Wunde und abgefragter Impfstatus Nenner: ICD Cluster Wunde
Erläuterung der Rechenregel	Quotient
Zähler (Formel)	Zähler ist: Anzahl der Patient:innen mit Wunden und mit abgefragtem Impfstatus
Nenner (Formel)	Nenner ist: Anzahl der Patient:innen mit Wunden (inklusive offene Fraktur)
Datenfelder	Zähler: ICD Cluster Wunde und abgefragter Impfstatus Nenner: ICD Cluster Wunde S01.- = Offene Wunde des Kopfes S11.- = Offene Wunde des Halses S21.- = Offene Wunde des Thorax S31.- = Offene Wunde des Abdomens S41.- = Offene Wunde der Schulter und des Oberarmes S51.- = Offene Wunde des Unterarmes S61.- = Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand S71.- = Offene Wunde der Hüfte und des Oberschenkels S81.- = Offene Wunde des Unterschenkels S91.- = Offene Wunde der Knöchelregion und des Fußes T01.- = Offene Wunden mit Beteiligung mehrerer Körperregionen T02.01 = Frakturen mit Beteiligung von Kopf und Hals : offen, T02.11 = Frakturen mit Beteiligung von Thorax und Lumbosakralgegend oder von Thorax und Becken : offen, T02.21 = Frakturen mit Beteiligung mehrerer Regionen einer oberen Extremität : offen, T02.31 = Frakturen mit Beteiligung mehrerer Regionen einer unteren Extremität : offen, T02.41 = Frakturen mit Beteiligung mehrerer Regionen beider oberer Extremitäten : offen, T02.51 = Frakturen mit Beteiligung mehrerer Regionen beider unterer Extremitäten : offen, T02.61 = Frakturen mit Beteiligung mehrerer Regionen der oberen Extremität(en) und mehrerer Regionen der unteren Extremität(en) : offen, T02.71 = Frakturen mit Beteiligung von Thorax, Lumbosakralgegend und Extremität(en) oder von Thorax, Becken und Extremität(en) : offen, T02.81 = Frakturen mit Beteiligung sonstiger Kombinationen von Körperregionen : offen, T02.91 = Multiple Frakturen, nicht näher bezeichnet : offen, T08.1 = Fraktur der Wirbelsäule, Höhe nicht näher bezeichnet : offen, T09.1 = Offene Wunde des Rumpfes, Höhe nicht näher bezeichnet, T10.1 = Fraktur der oberen Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet : offen, T11.1 = Offene Wunde der oberen Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet, T12.1 = Fraktur der unteren Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet : offen, T13.1 = Offene Wunde der unteren Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet, T14.1 = Offene Wunde an einer nicht näher bezeichneten Körperregion, T14.21 = Fraktur an einer nicht näher bezeichneten Körperregion: offen.

Indikator	Standardisierte Überprüfung des Tetanus-Impfschutzes
Indikatoren-ID	19
Datenquellen	KIS
Umsetzbarkeit	ja
inhaltliche Gewichtung	1,0 (Median)
technische Umsetzbarkeit	ja
Vergleichbarkeit	ja
Bemerkungen/Sonstiges	entfällt
Literatur	Lindner T, Doyscher R, Tsitsilouis S, Kleber C, Weber W, Wichlas F, Möckel M., Aktive Tetanusimmunisierung im Verletzungsfall - machen wir es richtig? Notfall Rettungsmed 2013; 16: 442-448 Zacher M, Högele A, Hanschen M, von Matthey F, Beer A, Gebhardt F, Biberthaler P, Kanz K. Grundlegende Techniken des Wundverschlusses in der Notaufnahme. Notfall Rettungsmed 2015; 18: 621-641

Indikator	Bestimmung und Dokumentation des GCS-Wertes bei medizinischer Ersteinschätzung nach Schädel-Hirn-Trauma
Indikatoren-ID	20
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsziel	Erfassung des GCS-Wertes bei Aufnahme nach SHT.
Rationale	Gute Qualität ist, wenn der GCS-Wert bei Aufnahme nach SHT immer erfasst wird.
Kennzahlen	entfällt
Referenzbereich	≥95%
Erläuterungen zum Referenzbereich	Es sind 100 % anzustreben.
Methode der Risikoadjustierung	nicht erforderlich
Erläuterung der Risikoadjustierung	entfällt
Rechenregel	Zähler: Anzahl der Patient:innen mit SHT, bei denen ein GCS-Wert im Rahmen der medizinischen Ersteinschätzung (schnellstmöglich, jedoch spätestens 30 Minuten nach administrativer Aufnahme) dokumentiert wurde Nenner: Anzahl der Patient:innen mit SHT
Erläuterung der Rechenregel	Quotient
Zähler (Formel)	Wert des Zählers
Nenner (Formel)	Wert des Nenners
Datenfelder	Anzahl Patient:innen mit SHT, mit dokumentierten GCS-Wert in <30 Minuten nach administrativer Aufnahme (Feld 1) Anzahl Patient:innen mit SHT (Feld 2) (S01.- = Offene Wunde des Kopfes, S02.- = Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen, S06.- = Intrakranielle Verletzung, S07.- = Zerquetschung des Kopfes, S08.- = Traumatische Amputation von Teilen des Kopfes, S09.- = Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Kopfes)
Datenquellen	KIS
Umsetzbarkeit	ja
inhaltliche Gewichtung	1,0 (Median)
technische Umsetzbarkeit	ja
Vergleichbarkeit	ja
Bemerkungen/Sonstiges	entfällt
Literatur	DGU, AWMF: S3-Leitlinie "Polytrauma / Schwerverletzten-Behandlung". AWMF-Register-Nummer 012-019; 2016 DGNC, AWMF: S2e-Leitlinie "Schädel-Hirn-Trauma im Erwachsenenalter - Update 2015" AWMF Register-Nummer 008 - 001; 2015

Indikator	Durchführung einer CCT-Untersuchung innerhalb von 30 Minuten nach Aufnahme bei Patient:innen mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma mit einem GCS ≤ 8
Indikatoren-ID	21
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsziel	Gute Qualität ist, wenn nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma mit einem GCS ≤ 8 innerhalb von 30 Minuten nach Aufnahme ein CCT durchgeführt wird.
Rationale	Bei Bewusstseinstörungen müssen intrakranielle Schäden möglichst frühzeitig erkannt werden.
Kennzahlen	entfällt
Referenzbereich	$\geq 90\%$
Erläuterungen zum Referenzbereich	Eine 100%ige Durchführung kann aufgrund medizinischer Gegebenheiten nicht in allen Fällen sichergestellt werden.
Methode der Risikoadjustierung	nicht erforderlich
Erläuterung der Risikoadjustierung	entfällt
Rechenregel	Zähler: Anzahl der Patient:innen nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma mit einem GCS ≤ 8 mit Prozesszeit zwischen Aufnahme und CCT ist $\leq 30\text{min}$ Nenner: Anzahl der Patient:innen nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma mit einem GCS ≤ 8
Erläuterung der Rechenregel	Quotient
Zähler (Formel)	Wert des Zählers
Nenner (Formel)	Wert des Nenners
Datenfelder	Patient:innen mit schwerem SHT (ICD Cluster und GCS ≤ 8) und einer CCT-Untersuchung innerhalb von 30min nach Aufnahmezeitpunkt (Feld 1) Anzahl Patient:innen mit schwerem SHT (ICD Cluster und GCS ≤ 8) (Feld 2) (S01.- = Offene Wunde des Kopfes, S02.- = Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen, S06.- = Intrakranielle Verletzung, S07.- = Zerquetschung des Kopfes, S08.- = Traumatische Amputation von Teilen des Kopfes, S09.- = Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Kopfes)
Datenquellen	KIS, ggf. auch Traumaregister
Umsetzbarkeit	ja
inhaltliche Gewichtung	1,0 (Median)
technische Umsetzbarkeit	ja
Vergleichbarkeit	ja
Bemerkungen/Sonstiges	gilt nur für erwachsene Patient:innen
Literatur	DGU, AWMF: S3-Leitlinie "Polytrauma / Schwerverletzten-Behandlung". AWMF-Register-Nummer 012-019; 2016 DGNC, AWMF: S2e-Leitlinie "Schädel-Hirn-Trauma im Erwachsenenalter - Update 2015" AWMF Register-Nummer 008 - 001; 2015

Indikator	Personal: Notaufnahme-Ärzt:innen und Notaufnahme-Pflegende aller Fachdisziplinen sollten geriatrische Grundkenntnisse vorweisen.
Indikatoren-ID	22
Indikatortyp	Strukturqualität
Qualitätsziel	Vorhandensein geriatrischer Grundkenntnisse bei allen Mitarbeitern der Notaufnahmen
Rationale	Geriatrische Grundkenntnisse beinhalten Kenntnisse der veränderten Altersphysiologie, der strukturellen und funktionellen Organveränderungen, deren Kenntnisse für die Behandlung geriatrischer Patient:innen in der Notaufnahme wichtig sind.
Kennzahlen	entfällt
Referenzbereich	≥60%
Erläuterungen zum Referenzbereich	
Methode der Risikoadjustierung	nicht erforderlich
Erläuterung der Risikoadjustierung	entfällt
Rechenregel	
Erläuterung der Rechenregel	
Zähler (Formel)	die Mitarbeitenden, welche geriatrische Grundkenntnisse haben
Nenner (Formel)	alle Mitarbeitende der Notaufnahme
Datenfelder	Abfrage mit Angabe des Anteils der geschulten Mitarbeiter in der Notaufnahme
Datenquellen	Schriftliche Angabe der Leitungen der Notaufnahmen
Umsetzbarkeit	möglich
inhaltliche Gewichtung	1,0 (Median)
technische Umsetzbarkeit	möglich
Vergleichbarkeit	nein
Bemerkungen/Sonstiges	Festlegungen der Fachgesellschaften stehen aus. Aktuell Zurückstellung des QI
Literatur	Schuster, S.; Willam, C.; Dormann, H. GeriQ – Entwicklung von Qualitätsindikatoren für eine geriatrische Notfallversorgung. Notfall Rettungsmed. 2015; 18 [Suppl 1]: 7 Singer K., Dormann H., Dodt C., Heppner H.J., Püllen R., Burkhardt M., Swoboda W., Roller-Wirnsberger R.E., Pinter G., Mrak P., Münzer T.: Positionspapier zur Versorgung geriatrischer Patient:innen in der Notaufnahme Notfall Rettungsmed 2016; 19: 496–499

Indikator	Geriatrischer Handlungsbedarf: Ein nach aktueller Evidenzlage empfohlenes geriatrisches Screening sollte angewendet werden um geriatrischen Handlungsbedarf zu identifizieren.
Indikatoren-ID	23
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsziel	Anwendung eines geriatrischen Screenings bei geriatrischen Notfallpatient:innen
Rationale	Eine koordinierte und integrierende Therapie- und Behandlungsplanung ist abhängig vom Erkennen der individuellen Bedarfe eines /einer geriatrischen Patienten/ Patientin. Mit einem systematischen, auf Evidenz-basiertem Screening können die medizinischen, psychologischen und funktionalen Bedarfe strukturiert erfasst werden und bei der Therapieplanung berücksichtigt werden.
Kennzahlen	-----
Referenzbereich	≥95%
Erläuterungen zum Referenzbereich	
Methode der Risikoadjustierung	nicht erforderlich
Erläuterung der Risikoadjustierung	entfällt
Rechenregel	
Erläuterung der Rechenregel	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Datenfelder	
Datenquellen	
Umsetzbarkeit	nein
inhaltliche Gewichtung	2,0 (Median)
technische Umsetzbarkeit	nein
Vergleichbarkeit	nein
Bemerkungen/Sonstiges	Geriatrische Patient:innen sind definiert durch geriatrietypische Multimorbidität höheres Lebensalter (meist über 70 Jahre) (die geriatrietypische Multimorbidität ist hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen) oder Alter über 80 Jahre, wegen der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z. B. wegen des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen der Gefahr der Chronifizierung des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus Festlegungen der Fachgesellschaften stehen aus. Aktuell Zurückstellung des QI

Indikator	Geriatrischer Handlungsbedarf: Ein nach aktueller Evidenzlage empfohlenes geriatrisches Screening sollte angewendet werden um geriatrischen Handlungsbedarf zu identifizieren.
Indikatoren-ID	23
Literatur	Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 7. Art. No.: CD006211. Thiem U, Greuel HW, Reingraber A, Koch-Gwinner P, Püllen R, Heppner HJ et al. Positionspapier zur Identifizierung geriatrischer Patienten in Notaufnahmen in Deutschland. Z Gerontol Geriat 2012; 45:310–4 Singler K, Dormann H, Dodt C, Heppner H, Püllen R, Burkhardt M, Swoboda W, Roller-Wirnsberger R, Pinter G, Mrak P, Münzer T. Der geriatrische Patient in der Notaufnahme. Notfall Rettungsmed 2016; 19: 496–499

Indikator	Erfassungsgrad/Umsetzungsgrad des Delirscreenings
Indikatoren-ID	24
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsziel	Gute Qualität ist, wenn bei geriatrischen Patient:innen ein Delir-Screening während des Aufenthalts in der Notaufnahme durchgeführt wird.
Rationale	Die zur Vorstellung von älteren bzw. geriatrischen Patient:innen in der Notaufnahme führenden Problemstellungen sind auch aufgrund der Komorbiditäten komplex. Bedingt durch die erhöhte Vulnerabilität sind ältere multimorbide Patient:innen, z. B. mit vorhandenen geriatrischen Syndromen, im Gegensatz zu Jüngeren häufig stärker von Akuterkrankungen betroffen. Sie zeigen eine höhere Behandlungsdringlichkeit. Die Triage und Erstuntersuchung dieser Patient:innen birgt bei oftmals unspezifischer und atypischer Symptomatik zusätzlich verschiedene Fallstricke. 35% der Patient:innen haben vorbestehende akustische, visuelle und kognitive Einschränkungen. Diese können, wenn sie die eigenständige Informationsweitergabe durch den Patienten/ die Patientin zum Behandlungszeitpunkt beeinflussen, zu einem großen Informationsdefizit führen. Ein häufig bestehendes Delir, Prävalenz ca. 14 %, aggraviert die Situation von geriatrischen Patient:innen in der Notaufnahme und wird von den Behandelnden oftmals nicht erkannt. Eine strukturierte Erhebung und Dokumentation von Delir auslösender Ursachen soll den Behandler auf das Vorliegen eines Delirs hinweisen und die Möglichkeit für adäquate therapeutische Maßnahmen eröffnen. Ein reliables Delir-Testungsinstrument zur Erfassung eines vorhandenen oder möglichen Delirs ist implementiert und ein Standard zur Umsetzung der Delir-Testung liegt vor. Strukturierte Erfassungsmasken liegen nicht vor.
Kennzahlen	entfällt
Referenzbereich	≥95%
Erläuterungen zum Referenzbereich	Eine 100%ige Durchführung und Dokumentation ist bei geriatrischen Patient:innen anzustreben.
Methode der Risikoadjustierung	nicht erforderlich
Erläuterung der Risikoadjustierung	entfällt
Rechenregel	Zähler: Anzahl der durchgeführten dokumentierten Delir-Testungen bei Patient:innen ≥75 Jahre, ausgenommen Patient:innen in der höchste Dringlichkeitsstufe (in 5-stufigem Triage-Instrument) und nur administrativ erfasste Patient:innen Nenner: Anzahl aller Patient:innen ≥75 Jahre, ausgenommen Patient:innen in der höchste Dringlichkeitsstufe (in 5-stufigem Triage-Instrument) und nur administrativ erfasste Patient:innen
Erläuterung der Rechenregel	Quotient
Zähler (Formel)	Genauer Wert des Zählers = Anzahl der durchgeführten dokumentierten Delir-Testungen, ausgenommen Patient:innen in der höchste Dringlichkeitsstufe (in 5-stufigem Triage-Instrument) und nur administrativ erfasste Patient:innen
Nenner (Formel)	Genauer Wert des Nenners = Anzahl aller Patient:innen > 75 Jahre, ausgenommen Patient:innen in der höchste Dringlichkeitsstufe (in 5-stufigem Triage-Instrument) und nur administrativ erfasste Patient:innen
Datenfelder	Delirscreenings durchgeführt: ja/nein (F05.- = Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt, F05.0= Delir ohne Demenz, F05.8 = Sonstige Formen des Delirs, F05.9=Delir, nicht näher bezeichnet, Datenfeld Geburtstag
Datenquellen	KIS
Umsetzbarkeit	ja
inhaltliche Gewichtung	2,0 (Median)

Indikator	Erfassungsgrad/Umsetzungsgrad des Delirscreenings
Indikatoren-ID	24
technische Umsetzbarkeit	ja
Vergleichbarkeit	ja
Bemerkungen/Sonstiges	entfällt
Literatur	Han JH, Wilber ST. Altered Mental Status in Older Emergency Department Patients. Clin Geriatr Med 2013; 29: 101–136 Singler K, Thiem U, Christ M, Zenk P, Biber R, Sieber C., Heppner H. Aspects and assessment of delirium in old age. First data from a German interdisciplinary emergency department. Z Gerontol Geriatr 2014; 47: 680–685; Singler K, Dormann H, Dodt C, Heppner H, Püllen R, Burkhardt M, Swoboda W, Roller-Wirnsberger R, Pinter G, Mrak P, Münzer T. Positionspapier zur Versorgung geriatrischer Patient:innen in der Notaufnahme. Notfall Rettungsmed 2016; 19: 496–499

Indikator	Dekubitus-Screening
Indikatoren-ID	25
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsziel	Bei immobilen Patient:innen wird ein Dekubitus-Screening vorgenommen.
Rationale	Druckgeschwüre sind schwere Komplikationen von Multimorbidität und Immobilität.
Kennzahlen	entfällt
Referenzbereich	>95%
Erläuterungen zum Referenzbereich	Eine 100%ige Inaugenscheinnahme von potentiell kompromittierten Hautstellen bei immobilen Patient:innen ist zu fordern, findet aber derzeit in den Notaufnahmen Deutschlands noch nicht regelmäßig statt.
Methode der Risikoadjustierung	nicht erforderlich
Erläuterung der Risikoadjustierung	entfällt
Rechenregel	Zähler ist: Anzahl der immobilen Patient:innen einer Notaufnahme mit erfolgtem Dekubitus-Screening zu Nenner ist: Anzahl aller immobilen Patient:innen einer Notaufnahme
Erläuterung der Rechenregel	-----
Zähler (Formel)	Genauer Wert des Zählers = Patient:innenzahl der immobilen Patient:innen der Notaufnahme mit Dekubitus-Screening
Nenner (Formel)	Genauer Wert des Zählers = Patient:innenzahl aller immobilen Patient:innen der Notaufnahme
Datenfelder	Eintrag im Datenfeld Immobilität (Feld 1) und Eintrag eines Risikowertes in den definierten Feldern für die Einschätzung des Dekubitusrisikos (Feld 2) (L89.- = Dekubitalgeschwür und Druckzone, Dekubitus, L89.0- = Dekubitus, Stadium 1, L89.1- = Dekubitus, Stadium 2, L89.2- = Dekubitus, Stadium 3, L89.3- = Dekubitus, Stadium 4; L89.9- = Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet)
Datenquellen	KIS
Umsetzbarkeit	ja
inhaltliche Gewichtung	2,0 (Median)
technische Umsetzbarkeit	ja
Vergleichbarkeit	ja
Bemerkungen/Sonstiges	Vorliegen eines Dekubitus ist bei einer stationären Aufnahme als "stationärer QI" bereits festgelegt Aktuell Zurückstellung des QI
Literatur	Peter Hien, Ralf Roger Pilgrim, Rainer Neubart: Moderne Geriatrie und Akutmedizin: Geriatisch-internistische Strategien in Notaufnahme und Klinik. S.160-161. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2013. Anders J, Heinemann A, Leffmann C, Leutenegger M, Pröfener F, von Renteln-Kruse W. Decubitus Ulcers - Pathophysiology and Primary Prevention. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(21): 371-82;

Umfrage zum IST-Zustand der Berliner Notaufnahmen

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 1

Der Vorstand der Ärztekammer Berlin hat den Arbeitskreis „Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin“ einberufen und diesen unter anderem dazu beauftragt, zur Evaluation der aktuellen Situation in den Notaufnahmen und zur Identifikation von möglichen qualitätsrelevanten Faktoren einen Fragebogen zu entwickeln, um diesen an die Leiterinnen und Leiter von 38 Notaufnahmen der Notfallkrankenhäuser in Berlin mit der Bitte um Beantwortung zu versenden. Der Evaluationsfragebogen umfasst 47 Items. Die Beantwortung des Fragebogens dauert ca. 25 min. Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie den Evaluationsfragebogen möglichst umgehend, spätestens aber bis zum 16. Juli 2016 beantworten, da dieser dann geschlossen wird. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens erklären Sie sich mit der anonymen Verarbeitung der von Ihnen gemachten Angaben durch die Ärztekammer Berlin einverstanden. Wir weisen darauf hin, dass die IP-Adresse des von Ihnen für die Umfrage genutzten elektronischen Gerätes (PC, Laptop, Tablet etc.) aus technischen Gründen auf dem Server der Umfrageplattform SurveyMonkey gespeichert wird. Der Ärztekammer Berlin jedoch wird Ihre IP-Adresse ausdrücklich nicht mitgeteilt oder angezeigt. Somit wird die Anonymität Ihrer Angaben gegenüber der Ärztekammer Berlin sichergestellt. Wenn Sie die Beantwortung des Evaluationsfragebogens unterbrechen müssen, können Sie zu einem späteren Zeitpunkt die Beantwortung fortsetzen, ohne dass Sie alle bis dahin gemachten Angaben wiederholen müssten. Voraussetzung dafür ist aber, dass Sie den Link zur Umfrage dann von demselben elektronischen Gerät (PC, Laptop, Tablet etc.) wieder aufrufen, da Ihre Angaben über die IP-Adresse des Gerätes gespeichert werden. Da die Umfrage anonym erfolgt haben wir keine Möglichkeit zu überprüfen, wer von den angeschriebenen Leiterinnen und Leitern der Notaufnahmen an der Umfrage teilgenommen hat. Dies bedeutet aber auch, dass der LINK auf die Umfrage bitte von Ihnen nicht an Dritte weitergeleitet werden darf, da Mehrfachantworten aus ein und derselben Notaufnahme nicht gewünscht sind. Andernfalls könnte es zu Verzerrungen in den Ergebnissen der Umfrage kommen, die es zu vermeiden gilt. Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis. Die Teilnahme an der Umfrage ist freiwillig. Es entstehen Ihnen selbstverständlich keine Nachteile, wenn Sie sich gegen eine Teilnahme entscheiden. Umso mehr würden wir uns freuen, wenn Sie sich an der Umfrage beteiligen. Berlin, im Juni 2016 Dr. med. Werner Wyrwich (Vorsitzender des Arbeitskreises Interdisziplinäre Notaufnahmen und Rettungsmedizin und Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Berlin) Ich möchte an der Umfrage teilnehmen:

Answer Options	Response Percent	Response Count
ja	100,0%	31
nein (Hinweis: Die Umfrage endet dann hier)	0,0%	0
<i>answered question</i>		31
<i>skipped question</i>		0

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 2

Wie hoch ist die Patient:innenzahl Ihrer Rettungsstelle / Notaufnahme? (Angabe für 2015)

Answer Options	Response Percent	Response Count
unter 25.000 Patient:innen / Jahr	41,9%	13
zwischen 25.000 und 50.000 Patient:innen / Jahr	35,5%	11
über 50.000 Patient:innen / Jahr	22,6%	7
<i>answered question</i>		31
<i>skipped question</i>		0

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 3

Wie wichtig ist Ihnen ein Netzwerk von Berliner Rettungsstellen / Notaufnahmen, um einen regelmäßigen Austausch zu gewährleisten?

Answer Options	Response Percent	Response Count
1 (nicht wichtig)	0,0%	0
2	6,5%	2
3	0,0%	0
4	6,5%	2
5	9,7%	3
6	0,0%	0
7	3,2%	1
8	9,7%	3
9	6,5%	2
10 (sehr wichtig)	58,1%	18
<i>answered question</i>		31
<i>skipped question</i>		0

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 4

Haben Sie in Ihrer Rettungsstelle / Notaufnahme eine Ausstattung für pädiatrische Notfälle?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
ja	67,7%	21
nein	32,3%	10
<i>answered question</i>		31
<i>skipped question</i>		0

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 5

Haben Sie in Ihrer Rettungsstelle / Notaufnahme ein System zur strukturierten Ersteinschätzung eingeführt?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
ja	93,3%	28
nein (dann bitte weiter mit Frage 13)	6,7%	2
<i>answered question</i>		30
<i>skipped question</i>		1

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 6

Wer führt die strukturierte Ersteinschätzung durch? (Mehrfachauswahl möglich)		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Pflegedienst	92,9%	26
Rettungsassistent:innen	17,9%	5
Medizinische Fachangestellte	17,9%	5
Verwaltungspersonal	0,0%	0
Funktionsdienst	14,3%	4
ärztlicher Dienst	14,3%	4
andere	0,0%	0
<i>answered question</i>		28
<i>skipped question</i>		3

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 7

Sind die ausführenden Personen entsprechend im Rahmen eines speziellen Kurses geschult worden?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
ja	85,7%	24
nein	0,0%	0
teilweise	14,3%	4
<i>answered question</i>		28
<i>skipped question</i>		3

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 8

Erfolgt bei Überschreiten von Zeitvorgaben der Ersteinschätzung ein (automatischer) Alarm?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Ja	46,4%	13
Nein	53,6%	15
<i>answered question</i>		28
<i>skipped question</i>		3

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 9

Falls ja, in welcher Form?	
Answer Options	Response Count
	13
<i>answered question</i>	13
<i>skipped question</i>	18

Frage 9

Befragten-ID	Collector-ID	Falls ja, in welcher Form?
		Beantwortungen mit unbestimmtem Ende
4856109436	83394731	"Rote Fahne" in der Orbis-Patient:innenliste
4854305609	83394731	Blinken des Items
4853953582	83394731	
4849301979	83394731	
4848868012	83394731	

Frage 9

Befragten-ID	Collector-ID	Falls ja, in welcher Form?
		Beantwortungen mit unbestimmtem Ende
4847037527	83394731	
4838250683	83394731	
4836433073	83394731	
4834695999	83394731	spezielle Markierung im IT Arbeitsplatz
4833517121	83394731	
4825610278	83394731	"Blitz" in der Patient:innenliste (KIS-SAP)
4825567936	83394731	"Blitz" Symbol in der Patient:innenliste (KIS-SAP)
4820819659	83394731	Aufblinken eines roten Fähnchens auf der Triage-Liste, die von jedem PC-Arbeitsplatz aus gesehen werden kann
4820595000	83394731	
4820405557	83394731	
4819023758	83394731	
4816518650	83394731	
4811334728	83394731	Verfahrensanweisung Deeskalation (telefonisch)
4809538267	83394731	
4806451443	83394731	Als "rote Fahne" in der Orbis-AGFA-MTS-Übersichts-Patient:innenliste im KIS neben dem Patient:innenname.
4805564703	83394731	
4802445594	83394731	blinkendes Achtungssignal erscheint bei Zeitüberschreitung und führt zur Zweiteinschätzung
4802296079	83394731	rotes Blinken im PDMS
4799977957	83394731	Markierung mit roter Fahne in der Triage-Arbeitsliste
4799963918	83394731	
4799907153	83394731	
4799874368	83394731	optisch

Frage 9

Befragten-ID	Collector-ID	Falls ja, in welcher Form?
		Beantwortungen mit unbestimmtem Ende
4799812016	83394731	
4799747766	83394731	
4799730469	83394731	In der elektronischen Patient:innenübersicht, auf mehreren Monitoren in der Rettungsstelle sichtbar, erscheint hinter dem Namen der Patientin/ des Patienten ein rotes Fähnchen
4799604625	83394731	

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 10

Wird die Ersteinschätzung rund um die Uhr durchgeführt?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
ja	100,0%	28
nein	0,0%	0
<i>answered question</i>		28
<i>skipped question</i>		3

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 11

Wann wird die Ersteinschätzung durchgeführt?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
vor administrativer Erfassung	7,1%	2
nach administrativer Erfassung	42,9%	12
sowohl als auch	50,0%	14
<i>answered question</i>		28
<i>skipped question</i>		3

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 12

Wieviel Zeit liegt durchschnittlich zwischen dem Eintreffen einer Patientin/ eines Patienten in der Rettungsstelle und der Ersteinschätzung?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
weniger als 5 Minuten	50,0%	14
zwischen 5 und 10 Minuten	21,4%	6
zwischen 10 und 15 Minuten	21,4%	6
zwischen 15 und 20 Minuten	0,0%	0
zwischen 20 und 25 Minuten	0,0%	0
zwischen 25 und 30 Minuten	0,0%	0
über 30 Minuten	0,0%	0
keine Angabe möglich	7,1%	2
<i>answered question</i>		28
<i>skipped question</i>		3

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 13

Folgende Status werden dokumentiert:(Mehrfachauswahl möglich)			
Answer Options	Elektron. Dokumen- tation	Papiergestützte Dokumentation	Response Count
Ersteinschätzung	25	3	28
Ärztlicher Behandlungsbericht	29	0	29
Behandlungsstatus	27	1	28
Pflegedokumentation	20	8	28
Raumstatus (aktueller Aufenthaltort des Patienten z.B.: Verbandsraum, Röntgenraum, Untersuchungsraum etc.)	17	9	26
Patient:innenstammdaten	29	0	29
<i>answered question</i>			29
<i>skipped question</i>			2

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 14

Welche Daten werden zur Qualitätssicherung erhoben?(Mehrfachauswahl möglich)		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Ersteinschätzung	86,2%	25
Ärztlicher Behandlungsbericht	75,9%	22
Pflegedokumentation	62,1%	18
Behandlungsstatus	48,3%	14
Raumstatus (aktueller Aufenthaltsort des Patienten z.B.: Verbandsraum, Röntgenraum, Untersuchungsraum etc.)	17,2%	5
Patient:innenstammdaten	48,3%	14
keine der genannten	3,4%	1
<i>answered question</i>		29
<i>skipped question</i>		2

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 15

Stehen Ihnen elektronische Reports mit Kennzahlen zur Verfügung?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
ja	82,8%	24
nein	17,2%	5
<i>answered question</i>		29
<i>skipped question</i>		2

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 16

Haben Sie für Ihre Patient:innen Kennzahlen definiert?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
ja	72,4%	21
nein	27,6%	8
<i>answered question</i>		29
<i>skipped question</i>		2

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 17

Wenn Frage 16 mit ja beantwortet: Wie werden die Kennzahlen erhoben?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
stichprobenhaft	42,9%	9
dauerhaft	57,1%	12
<i>answered question</i>		21
<i>skipped question</i>		10

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 18

Benutzen Sie Verfahrensanweisungen, SOPs oder andere Formen des strukturierten Vorgehens?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
ja	100,0%	29
nein (dann weiter mit Frage 21)	0,0%	0
<i>answered question</i>		29
<i>skipped question</i>		2

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 19

Wie viele Verfahrensanweisungen, SOPs oder andere Formen des strukturierten Vorgehens gibt es in Ihrer Rettungsstelle / Notaufnahmen?

Answer Options	Response Percent	Response Count
bis 5	6,9%	2
6 bis 10	6,9%	2
11 bis 15	17,2%	5
16 bis 20	27,6%	8
21 bis 25	3,4%	1
über 25	37,9%	11
<i>answered question</i>		29
<i>skipped question</i>		2

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 20

Zu welchen der nachfolgenden Diagnosen bzw. Systemkomplexen haben Sie
Verfahrensanweisungen, SOPs oder andere Formen des strukturierten Vorgehens?
(Mehrfachauswahl möglich)

Answer Options	Response Percent	Response Count
Akutes Koronarsyndrom	86,2%	25
Polytrauma	75,9%	22
Schlaganfall	79,3%	23
Sepsis	62,1%	18
Sonstiges (bitte angeben)		10
<i>answered question</i>		29
<i>skipped question</i>		2

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 21

Überprüfen Sie strukturiert die Richtigkeit der in der Rettungsstelle / Notaufnahme
gestellten Diagnosen bei stationär aufgenommenen Patient:innen?

Answer Options	Response Percent	Response Count
ja, immer	13,8%	4
ja, stichprobenartig	72,4%	21
nein	13,8%	4
<i>answered question</i>		29
<i>skipped question</i>		2

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 22

Überprüfen Sie strukturiert die Richtigkeit der in der Rettungsstelle / Notaufnahme gestellten Diagnosen bei Wiedervorstellungen (innerhalb von 48 Stunden)?

Answer Options	Response Percent	Response Count
ja, immer	27,6%	8
ja, stichprobenartig	55,2%	16
nein	17,2%	5
<i>answered question</i>		29
<i>skipped question</i>		2

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 23

Welche zusätzlichen Maßnahmen führen Sie im Rahmen des Qualitätsmanagements / der Qualitätssicherung durch?

Answer Options	Response Count
	19
<i>answered question</i>	19
<i>skipped question</i>	12

Frage 23

Befragten-ID	Collector-ID	Welche zusätzlichen Maßnahmen führen Sie im Rahmen des Qualitätsmanagements / der Qualitätssicherung durch?
		Beantwortungen mit unbestimmtem Ende
4856109436	83394731	M+M-Konferenz, Stichproben MTS und Berichte
4854305609	83394731	in verschiedenen Zeitfenstern Patient:innenlaufzettel zur Detektion der Verweildauer in den einzelnen Diagnostik- und Therapiemodulen
4853953582	83394731	Gesamthauszertifizierung
4849301979	83394731	
4848868012	83394731	
4847037527	83394731	
4838250683	83394731	M & M Konferenz Rettungsstellen -AG
4836433073	83394731	Monitoring der durchschnittlichen Verweildauer von Patient:innen in der RTS
4834695999	83394731	
4833517121	83394731	Patient:innenbefragung
4825610278	83394731	M&M-Konferenzen CIRS Erhebung von Prozesszeiten Patient:innenbefragungen Projekt "Left without being seen" Strukturiertes Beschwerdemanagement
4825567936	83394731	M&M-Konferenzen CIRS Erhebung von Prozesszeiten Patient:innenbefragungen Projekt "Left without being seen" Strukturiertes Beschwerdemanagement
4820819659	83394731	Fallbesprechungen, CIRS, M u M Konferenzen,
4820595000	83394731	Kontaktzeiten Patient - Pflege/Arzt Gesamtverweildauer
4820405557	83394731	BQS-Daten ambulant erworbene Pneumonien Interne Audits
4819023758	83394731	M&M-Konferenzen
4816518650	83394731	regelmäßige Treffen, Leitungstreffen, Weiterbildungsmaßnahmen, Schmerzskala, Patient:innenbefragung
4811334728	83394731	Internes Audit
4809538267	83394731	

Frage 23

Befragten-ID	Collector-ID	Welche zusätzlichen Maßnahmen führen Sie im Rahmen des Qualitätsmanagements / der Qualitätssicherung durch?
		Beantwortungen mit unbestimmtem Ende
4806451443	83394731	Aufbereitung aller Polytraumaaalarme, Fragebogen Notärztin/Notarzt, Teilnahme an Registern (Trauma, Schlaganfall, Herzinfarkt), CIRS, M+M
4805564703	83394731	
4802445594	83394731	internes jährliches Audit
4802296079	83394731	
4799977957	83394731	- 100 % der angefertigten EKG müssen sofort befundet werden, - 100% der Menschen mit einem Behandlungsanliegen müssen ärztlich vorgestellt werden, keine Weiterleitung ohne Arztkontakt, - alle Pat. mit Rückenschmerzen im Brustbereich müssen als erstes eine kardiologische Abklärung erhalten, bevor sie ggf. orthopädisch eingestuft werden, - fortlaufende Fortbildungen und Unterweisungen
4799963918	83394731	DEKRA M&M-Konf
4799907153	83394731	
4799874368	83394731	
4799812016	83394731	
4799747766	83394731	
4799730469	83394731	Fortbildungen, FachWBen, Übungen (Kat.Schutz, Reanimation)
4799604625	83394731	

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 24

Nehmen Sie an einem CIR-System teil?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
ja	100,0%	28
nein	0,0%	0
<i>answered question</i>		28
<i>skipped question</i>		3

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 25

An welchen Zertifizierungen nehmen Sie teil? (Mehrfachauswahl möglich)			
Answer Options	ja	nein	Response Count
Chest Pain Unit	9	10	19
Stroke Unit	14	6	20
Traumazentrum	15	6	21
DGINA-Cert	0	17	17
Sonstige Zertifizierungen	15	9	23
<i>answered question</i>			28
<i>skipped question</i>			3

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 26

Falls Sie an "sonstigen Zertifizierungen" teilnehmen: Um welche handelt es sich?	
Answer Options	Response Count
	18
<i>answered question</i>	18
<i>skipped question</i>	13

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 27

Nehmen Sie an nationalen / internationalen Registern teil?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
ja	65,5%	19
nein	34,5%	10
<i>answered question</i>		29
<i>skipped question</i>		2

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 28

Falls ja, an welchen? (Mehrfachauswahl möglich)		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Schlaganfallregister	55,0%	11
Herzinfarktregister	75,0%	15
Intubationsregister	15,0%	3
Traumaregister	60,0%	12
Reanimationsregister	25,0%	5
Sonstiges Register (bitte angeben)		2
<i>answered question</i>		20
<i>skipped question</i>		11

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 29

Wie wird die Versorgung geriatrischer Patient:innen gewährleistet? (Mehrfachauswahl möglich)		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Geriatrer in Rufbereitschaft	52,0%	13
geriatrisches Assessment	76,0%	19
<i>answered question</i>		25
<i>skipped question</i>		6

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 30

Gibt es Mortalitäts- und/oder Morbiditätskonferenzen mit Fällen der Rettungsstelle / Notaufnahme?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
ja	96,6%	28
nein	3,4%	1
<i>answered question</i>		29
<i>skipped question</i>		2

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 31

Führen Sie regelmäßig Patient:innenbefragungen durch?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
ja	72,4%	21
nein	27,6%	8
<i>answered question</i>		29
<i>skipped question</i>		2

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 32

Haben Sie ein standardisiertes Patient:innenbeschwerdemanagement?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
ja	100,0%	29
nein	0,0%	0
<i>answered question</i>		29
<i>skipped question</i>		2

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 33

Führen Sie regelmäßig Befragungen des Rettungsdienstes bzw. des Krankentransportes durch?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
ja	41,4%	12
nein	58,6%	17
<i>answered question</i>		29
<i>skipped question</i>		2

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 34

Welches ärztliche Personal wird für Ihre Notaufnahme rund um die Uhr vorgehalten?

Answer Options	Innere Medizin	Unfall- chirurgie	Allge- meine Chirur- gie	An- ästhesi- ologie	Neurologie	Response Count
Fachärztin/Facharzt ständig anwesend in der Notaufnahme	6	6	1	3	2	9
Fachärztin/Facharzt im Haus	13	13	10	19	4	22
Ärztin/Arzt in Weiterbildung im letzten Drittel der Weiterbildung in der Notaufnahme	15	9	6	2	7	17
Ärztin/Arzt in Weiterbildung innerhalb der ersten 2/3 der Weiterbildung in der Notaufnahme	16	17	12	2	10	19
Ärztin/Arzt in Weiterbildung im letzten Drittel der Weiterbildung im Haus	16	13	15	13	10	21
Ärztin/Arzt in Weiterbildung innerhalb der ersten 2/3 der Weiterbildung im Haus	16	17	19	9	12	22
Fachärztin/Facharzt in Rufbereitschaft	22	21	21	18	12	23
nicht rund um die Uhr gewährleistete Facharztqualifikation	0	0	0	0	1	1

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 34

Welches ärztliche Personal wird für Ihre Notaufnahme rund um die Uhr vorgehalten?						
Answer Options	Innere Medizin	Unfall- chirurgie	Allge- meine Chirur- gie	An- ästhesi- ologie	Neurologie	Response Count
Fachdisziplin im Haus nicht vorhanden	0	1	1	0	10	10
<i>answered question</i>						29
<i>skipped question</i>						2

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 35

Gibt es verbindliche Regelungen für die Qualifikation des ärztlichen Personals vor einem Einsatz in der Rettungsstelle / Notaufnahme?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
ja	65,5%	19
nein	34,5%	10
<i>answered question</i>		29
<i>skipped question</i>		2

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 36

Wenn ja, welche?	
Answer Options	Response Count
	18
<i>answered question</i>	18
<i>skipped question</i>	13

Frage 36

Befragten-ID	Collector-ID	Wenn ja, welche?
		Beantwortungen mit unbestimmtem Ende
4856109436	83394731	
4854305609	83394731	letzte Jahr der Facharztausbildung nach ITS- Rotation 80 Stundenkurs Notarzt/Notärztin
4853953582	83394731	
4849301979	83394731	
4848868012	83394731	In einem Statut geregelt
4847037527	83394731	80-Stunden-Kurs halbe WB absolviert möglichst RST NACH interner Rotation
4838250683	83394731	Einarbeitungscurriculum f. die Rettungsstelle
4836433073	83394731	
4834695999	83394731	Chirurgie: Common Trunk Innere Medizin: nach ITS Rotation weitere Disziplinen konsiliarisch (Hausdienst)
4833517121	83394731	
4825610278	83394731	Kriterienkatalog: Normfortbildung, SAP-Schulung, Deeskalationstraining, Stuprum und SIGNAL-Schulung; je nach Dienstgruppe bestimmte Weiterbildungszeiten

Frage 36

Befragten-ID	Collector-ID	Wenn ja, welche?
		Beantwortungen mit unbestimmtem Ende
4825567936	83394731	Kriterienkatalog: Normfortbildung, SAP-Schulung, Deeskalationstraining, Stuprum und SIGNAL-Schulung; je nach Dienstgruppe bestimmte Weiterbildungszeiten.
4820819659	83394731	Dauer der Fachärzt:innenausbildung > 2 Jahre, erwünscht: Rettungsstellenkurs
4820595000	83394731	Definition via Statut im Sinne einer Mindesteinsatzzeit auf den Stationen, bevor es zu einem Wechsel in die Notaufnahme kommt.
4820405557	83394731	
4819023758	83394731	
4816518650	83394731	Einarbeitungsalgorithmus
4811334728	83394731	Prüfung des Qualifikationsstandes im Rahmen der Ausbildung und nach fachlicher Beurteilung; Supervision durch Oberarzt in der Abteilung
4809538267	83394731	Einarbeitungskonzept im KIS hinterlegt und praktiziert. Ersteinsatz nach monatelangem Vorlauf
4806451443	83394731	Innere: 2 Jahre klinische Tätigkeit, 80-Stunden-Notarzt:innen-Kurs, strukturierte Einarbeitung Chirurgie: 6 Monate klinische Tätigkeit, strukturierte Einarbeitung
4805564703	83394731	
4802445594	83394731	Einarbeitungskonzept mit -Checkliste, 2-wöchige Hospitation in der Rettungsstelle
4802296079	83394731	
4799977957	83394731	Teilnahme an einem Rettungsstellen-Vorbereitungs- Kurs (5 Tage)
4799963918	83394731	Möglichst FA, mindestens aber in WB ersten 2/3 regelmäßige Teilnahme an strukt. Notfallmedizin Fortbildung
4799907153	83394731	
4799874368	83394731	
4799812016	83394731	

Frage 36

Befragten-ID	Collector-ID	Wenn ja, welche?
		Beantwortungen mit unbestimmtem Ende
4799747766	83394731	Anwesenheitsdienste im letzten Drittel der Ausbildung, Oberärzte mit ZusatzWB Notfallmedizin/Klin. Notfallmedizin
4799730469	83394731	Innere 12 Monate Berufserfahrung, 8 Wochen im Haus Unfallchirurgie 6 Monate Berufserfahrung, 8 Wochen im Haus Neurologie 6 Monate Berufserfahrung, 8 Wochen im Haus Visceralchirurgie Ausbildungsstand entsprechende Einarbeitung, 8 Wochen im Haus
4799604625	83394731	

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 37

Gibt es verbindliche Regelungen für die Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals vor einem Einsatz in der Rettungsstelle / Notaufnahme?

Answer Options	Response Percent	Response Count
ja	50,0%	14
nein	50,0%	14
<i>answered question</i>		28
<i>skipped question</i>		3

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 38

Wenn ja, welche?	
Answer Options	Response Count
	14
<i>answered question</i>	14
<i>skipped question</i>	17

Frage 38

Befragten-ID	Collector-ID	Wenn ja, welche?
		Beantwortungen mit unbestimmtem Ende
4856109436	83394731	
4854305609	83394731	Gesundheits- und Krankenpfleger:in MTS- Ausbildung Deeskalationsausbildung
4853953582	83394731	
4849301979	83394731	
4848868012	83394731	s.o.
4847037527	83394731	strukturierte Einarbeitung / Einweisung
4838250683	83394731	Einarbeitungskonzept für den Einsatz in der Rettungsstelle
4836433073	83394731	
4834695999	83394731	Gesundheits- und Krankenpfleger:in
4833517121	83394731	
4825610278	83394731	Examierte Pflegekraft; zukünftig Fachquote Notfallpflege 25%
4825567936	83394731	Examierte Pflegekraft Zukünftig: Notfallpflege Fachquote 25%
4820819659	83394731	
4820595000	83394731	

Frage 38

Befragten-ID	Collector-ID	Wenn ja, welche?
		Beantwortungen mit unbestimmtem Ende
4820405557	83394731	
4819023758	83394731	
4816518650	83394731	Einarbeitungsalgorithmus
4811334728	83394731	
4809538267	83394731	
4806451443	83394731	Pflichtfortbildungen (Reanimation, Polytrauma, Katastrophenschutz, Hygiene, Gips, MTS und so weiter). Anfang in den einfachen Bereichen, dann mit zunehmender Qualifikation in den anspruchsvolleren bis hin zum Schockraum.
4805564703	83394731	
4802445594	83394731	spezielles Einarbeitungskonzept
4802296079	83394731	
4799977957	83394731	MTS Kurs
4799963918	83394731	mindestens 1 Jahr klein. Tätigkeit, Nachweis REA-Fähigkeit prüfendes Gespräch vor Einsatz
4799907153	83394731	
4799874368	83394731	
4799812016	83394731	
4799747766	83394731	Pflege mit Tätigkeit > 2 Jahre in Rettungsstelle und Rettungsassistenten
4799730469	83394731	Einarbeitung nach Kenntnisstand, Teilnahme am Kurs Rettungsstelle (40 Stunden)
4799604625	83394731	

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 39

Wie viele Ärzte der benannten unterschiedlichen Funktionen gehören insgesamt zu Ihrem Stammpersonal in der Rettungsstelle / Notaufnahme?(Summe der Teil- und Vollzeitkräfte)

Answer Options	Response Percent	Response Count
Chefärztin/-arzt / Leitende(r) Ärztin/Arzt	92,3%	24
Oberärztin/-arzt	80,8%	21
Assistenzärztin/-arzt (Fachärztin/-arzt)	61,5%	16
Assistenzärztin/-arzt (nicht Fachärztin/-arzt)	65,4%	17
<i>answered question</i>		26
<i>skipped question</i>		5

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 40

Wie viele nicht-ärztliche Mitarbeiter, die an der direkten Patient:innenbehandlung beteiligt sind, gehören insgesamt zu Ihrem Stammpersonal in der Rettungsstelle / Notaufnahme?(Summe der Teil- und Vollzeitkräfte)

Answer Options	Response Percent	Response Count
Kranken- und Gesundheitspfleger:in	100,0%	29
Rettungsassistent:in bzw. Notfallsanitäter:in	58,6%	17
Medizinische Fachangestellte(r)	79,3%	23
<i>answered question</i>		29
<i>skipped question</i>		2

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 41

Wem ist das nicht-ärztliche Personal unterstellt?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
ärztlicher Dienst	34,5%	10
Pflegedienstleitung	65,5%	19
<i>answered question</i>		29
<i>skipped question</i>		2

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 42

Setzen Sie für die Administration nicht-medizinisches Personal oder Personal ohne medizinische Ausbildung ein?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
ja	41,4%	12
nein	58,6%	17
<i>answered question</i>		29
<i>skipped question</i>		2

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 43

Führen Sie regelmäßig Fortbildungen durch?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
ja	100,0%	29
nein	0,0%	0
<i>answered question</i>		29
<i>skipped question</i>		2

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 44

Wenn Frage 44 mit ja beantwortet: In welchen Intervallen führen Sie Fortbildungen durch?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
jährlich	6,9%	2
quartalsweise	31,0%	9
halbjährlich	3,4%	1
monatlich	41,4%	12
häufiger	17,2%	5
<i>answered question</i>		29
<i>skipped question</i>		2

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 45

Nutzen Sie die Möglichkeit von Simulationstrainings?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
ja	62,1%	18
nein	37,9%	11
<i>answered question</i>		29
<i>skipped question</i>		2

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 46

Halten Sie eine Zusatzweiterbildung "Notaufnahme" für Pflegekräfte für sinnvoll?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
ja	96,6%	28
nein	3,4%	1
<i>answered question</i>		29
<i>skipped question</i>		2

Evaluation der Rettungsstellen / Notaufnahmen in Berlin

Frage 47

Planen Sie, Ärzt:innen für die Zusatzweiterbildung "Klinische Notfall- und Akutmedizin" zu qualifizieren?

Answer Options	Response Percent	Response Count
ja	82,8%	24
nein	17,2%	5
Anmerkung		7
<i>answered question</i>		29
<i>skipped question</i>		2