

Qualitätsindikatoren für die Notaufnahme

Auszug aus dem Indikatorregister Notaufnahme unter Mitarbeit von
Mitgliedern der DIVI und der DGINA

Letzte Überarbeitung: 1.9.2016

Inhalt:

Abkürzungen	3
Glossar.....	4
Vorwort.....	5
Qualitätsindikatoren positiver Bewertung	6
Vollständigkeit der Basisbogendokumentation (ID_001).....	6
Kardiopulmonale Reanimation bei Schwerstverletzten gestartet (ID_013).....	7
Left without being seen (ID_039).....	8
Massentransfusionsprotokoll verfügbar (ID_040).....	9
Letalität in der Notaufnahme (ID_045).....	10
Anzahl CIRS Meldungen (ID_057).....	11
Kapnometrie bei beatmeten Patienten (ID_063).....	12
EKG bei Patienten mit akuter zentraler Neurologie (ID_064).....	13
Vitalwerte bei Patienten mit Pneumonie (ID_072).....	14
Behandlung Schwerverletzter im Schockraum (ID_102).....	15
Zeit bis zur Erstgabe eines Antibiotikums bei schwerer Infektion (ID_115).....	16
Zeit bis zur Analgetikagabe (ID_128).....	17
Zeit bis Reperfusion bei akutem Myokardinfarkt (ID_136).....	18
Zeit bis Arztkontakt (ID_144).....	19
Zeit bis zur Ersteinschätzung (ID_148).....	20
Zeit bis CCT (ID_149).....	21
Zeit von der Anordnung des Röntgenbildes bis zur Durchführung (ID_162).....	22

Zeit bis Lyse bei ischämischem Insult (ID_164)	23
Einhaltung der Ersteinschätzungskategorie (ID_171)	24
Zeit bis neuroradiologische Intervention bei ischämischem Insult (ID_179)	25
Qualitätsindikatoren mit Bedenken / Schwächen	26
Facharztbehandlung bei Wiedervorstellung (ID_016)	26
Thromboseprophylaxe bei Traumapatienten (ID_020)	27
Anteil weiterverlegter Notaufnahmepatienten (ID_025)	28
Evaluation der HWS bei Traumapatienten (ID_028)	29
Traumapatienten mit Intervention bei GCS-Abfall (ID_030)	30
Anteil zufriedener Patienten (ID_054)	31
Anteil der stationären Aufnahmen der Notaufnahme (ID_050)	32
Prävalenz verhinderbarer unerwünschter Ereignisse (ID_086)	33
Anteil ungeplanter Wiedervorstellungen (ID_089)	34
Zeit von Entladen Rettungsmittel und Patientenübergabe (ID_143)	35
Krankenhausaufenthalt von stationären Patienten aus der Notaufnahme (ID_153)	36
Qualitätsindikatoren mit unklarem Status	37
Anteil der Patienten mit offener Tibiafraktur, die innerhalb 8 Stunden chirurgisch versorgt sind (ID_036)	37
Dauer des Notaufnahmeaufenthaltes von stationär aufgenommenen Patienten (ID_157)	38
Anamneseerhebung bezüglich multiresistenter Keime (ID_177)	39
Zeit bis Gerinnungslabor bei Patienten mit Apoplex (ID_178)	40
Anhang	41
Quellenangaben	41
Angaben zum QUALIFY Prozess vom 17.11.2015 in Köln	47
Angaben zur offenen Diskussion am 15.3.2016 in Wolfsburg	49

Abkürzungen

ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften
BiK	Bedenken im Konsens im QUALIFY Prozess
CCT	kranielles Computertomogramm
CEDIS PCL	Siehe Glossar Präsentationssymptom
CIRS	Critical Incident Reporting System/System um (beinahe) kritische Ereignisse anonym zu erfassen und auszuwerten
CPU	Chest Pain Unit
CT	Computertomographie
GCS	Glasgow Coma Scale
GPCL	Siehe Glossar Präsentationssymptom
h	Stunde / Stunden
INR	International Normalised Ratio
ISS	Injury Severity Score
KH	Krankenhaus / Klinik
MW	Mittelwert
ICB	Intrakranielle Blutung
PTT	Partielle Thromboplastinzeit
QI	Qualitätsindikator
RR	Blutdruck
SAB	Subarachnoidalblutung
SOP	Standard Operating Procedure
TIA	Transistorische Ischämische Attacke
TZ	Thrombinzeit
VA	Verfahrensweisung
ZiK	Zustimmung im Konsens im QUALIFY Prozess
ZNA	(Zentrale) Notaufnahme

Glossar

Definitionen von Zeitpunkten, Ereignissen etc. in Anlehnung an das Glossar der AMWF/ÄZO [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2016] und Ries et al. [Ries 2015])

Begriff	Definition
Erstkontakt	Uhrzeit des Erstkontaktes. Dies kann je nach Struktur der Notaufnahme der <u>Aufnahmezeitpunkt</u> , <u>Erstkontakt Pflege</u> oder <u>Erstkontakt ärztlich</u> sein (z.B. bei Patienten die vom Rettungsdienst eingeliefert werden).
Aufnahmezeitpunkt	Uhrzeit des Beginns der administrativen Patientenaufnahme
Ersteinschätzung, Zeitpunkt	Zeitpunkt der Ersteinschätzung
Ersteinschätzung, Kategorie	Kategorie der Ersteinschätzung
Pflege Erstkontakt	Erster Pflegekontakt mit dem Patienten mit der Intention den Patienten zu behandeln. Ein Pflegekontakt zur Ersteinschätzung wird nicht gewertet
Ärztlicher Erstkontakt	Erster Arztkontakt mit der Intention den Patienten zu behandeln. Ein Arztkontakt zur erneuten Ersteinschätzung bei Crowding wird nicht gewertet
Behandlungsabschluss	Zeitpunkt zu dem der Patient aus dem Verantwortungsbereich der Notaufnahme entlassen wird. Dies kann z.B. die Übergabe an die Station sein.
Präsentationssymptom	Präsentationssymptom mit dem sich der Patient vorstellt. Dies kann z.B. aus der deutschen CEDIS PCL Übersetzung (GPCL) entnommen sein. [Brammen 2016, Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP) 2012]
Abschlussdiagnose	Kodierte Abschlussdiagnose, ggf. auch als Verdachts- oder Ausschlussdiagnose (gem. ICD-10)
EKG	12-Kanal- EKG mit 50 mm/s Papiervorschub
qSOFA	qSOFA gemäß Seymour et al. (je ein Punkt für Atemfrequenz ≥ 22 /min, GCS ≤ 13 Punkte, RR _{sys} ≤ 100 mmHg) [Seymour 2016]
Schwere Infektion	Patienten mit Verdacht auf eine Infektion und einem qSOFA > 1 Punkt.
Unerwünschtes Ereignis	Adverse Event: Ein nicht geplantes und für den Patienten möglicherweise schädliches Ereignis das in zeitlichem Zusammenhang mit einer Maßnahme (z.B. Dedikation) steht. [Ammenwerth 2014, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2016]
Never Event	Auftreten eines Ereignisses, das nach allgemeinen Verständnis als „unbedingt zu vermeidender Fehler eines Behandlers oder eines Teams“ angesehen wird. Hierzu gehören z.B. eine übersehene ösophageale Intubation, eine im Abdomen vergessenes Instrument, falsch dosierte Infusion von Kalium mit Todesfolge, etc. [Lembitz 2009, Wan 2009]

Vorwort

Im Rahmen des QUALIFY-Prozesses nach Reiter et al. wurde für die Kategorie „Wissenschaftlichkeit“ lediglich das Kriterium W2 beurteilt.

Bei der Bewertung des Mittelwertes eines QUALIFY Kriteriums wird darauf hingewiesen, dass es sich dabei um den Mittelwert von ordinal skalierten Werten handelt. (1 = „trifft nicht zu“, resp. „Nein“ / 2 = „trifft eher nicht zu“ / 3 = „trifft eher zu“ / 4 = „trifft zu“, resp. „Ja“)

Die Bewertung der Eignung des Indikators als „Qualitätsindikator in Gänze“ erfolgte qualitativ aufgrund der Ergebnisse aus QUALIFY und offener DISKUSSION.

Nähere Details zur Literaturrecherche und zum Bewertungsprozess siehe Kulla et al. [Kulla 2016].

Unterstrichene Begriffe sind im Glossar auf Seite 4 näher definiert.

Kontakt:

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V.

Sektion Notaufnahmeprotokoll der DIVI

Luisenstr. 45

10117 Berlin

E-Mail: mail@notaufnahmeprotokoll.de

Telefon: 030 4000 5607

Fax: 030 4000 5637

Qualitätsindikatoren positiver Bewertung

Vollständigkeit der Basisbogendokumentation (ID_001)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Formulierung	Anteil an Notaufnahmepatienten, bei denen der <u>Minimaldatensatz</u> für alle Notaufnahmepatienten erhoben wurde.
Ausschlusskriterien	Erörterung steht aus
Qualitätsziel	noch nicht definiert (z. B. maximal 10 %)
Ergebnisverantwortung	Chefarzt und Pflegedienstleitung Notaufnahme
Dokumentationsverantwortung	Pflegekräfte Notaufnahme, Ärzte Notaufnahme
Originalformulierung	< 10 % missing data in ED protocol [Stelfox 2011]
Varianten	noch nicht erarbeitet
Anmerkungen	Obwohl eine vollständige Dokumentation allein aus medikolegalen Gesichtspunkten anzustreben ist und der Informationsweitergabe dient, fehlt bisher die Evidenz, dass sie der Behandlungsqualität förderlich ist. Sobald diese vorliegt, wird empfohlen, den leicht zu messenden Indikator zu verwenden. Problematisch bleibt, dass nur nach Vollständigkeit, nicht nach Richtigkeit geprüft werden kann. Als Minimaldatensatz für alle Notaufnahmepatienten werden die Zeitstempel von <u>Aufnahmezeitpunkt</u> , <u>Erstkontakt</u> , <u>ärztlicher</u> , <u>Behandlungsabschluss</u> , sowie <u>Präsentationssymptom</u> und <u>Abschlussdiagnose</u> angesehen.
Referenzbereich	> 90 %
Risikoadjustierung	noch nicht definiert
Letzte Überarbeitung	29.4.2016

QUALIFY	STÄRKEN MIT PUNKTUELLEN SCHWÄCHREN													
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	
primärer Konsens							ZiK							
MW	2,8	2,8	2,9	3,5	2,9	3,5	3,9	2,9	3,7	3,0	3,8	3,8	3,3	
Stimmhaltungen									3					
DISKUSSION	MODIFIKATION													

Kardiopulmonale Reanimation bei Schwerstverletzten gestartet (ID_013)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Koordination der Versorgung
Formulierung	Um keine Doppeldokumentation zu erzeugen, wird empfohlen, diesen Indikator über das deutsche Reanimationsregister zu erheben [Gräsner 2006].
Ausschlusskriterien	gem. Reanimationsregister
Qualitätsziel	Verbesserung der Schwerstverletztenversorgung
Ergebnisverantwortung	Teamleader der Schwerstverletztenversorgung
Dokumentationsverantwortung	Teamleader der Schwerstverletztenversorgung/Beauftragter Reanimationsregister der Klinik
Originalformulierung	Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) Intervention [Stelfox 2011]
Varianten	-
Anmerkungen	-
Referenzbereich	noch nicht definiert
Risikoadjustierung	noch nicht definiert
Letzte Überarbeitung	20.4.2016

	QUALIFY STÄRKEN MIT PUNKTUELLEN SCHWÄCHEN												
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3 ZiK	P4 ZiK	P5	P6	P7 ZiK	P8	P9
primärer Konsens													
MW	3,2	3,1	2,4	3,4	2,5	3,8	3,6	3,2	3,4	3,3	4,0	3,8	3,8
Stimmhaltungen	1	1	1			1			3	1			1
DISKUSSION	MODIFIKATION												

Left without being seen (ID_039)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Berechnung	Anteil an Patienten einer Notaufnahme ohne <u>ärztlichen Erstkontakt</u> an allen registrierten Patienten der Notaufnahme
Ausschlusskriterien	keine
Qualitätsziel	noch nicht definiert
Ergebnisverantwortung	Chefarzt Notaufnahme
Dokumentationsverantwortung	Personal Notaufnahme
Originalformulierung	Left without being seen (LWBS) [Heyworth 2011, Jones 2012, Schull 2010, Sorup 2013, The College of Emergency Medicin (CEM) 2011]
Varianten	Anteil an Patienten einer Notaufnahme ohne <u>pflegerischen Erstkontakt</u> an allen registrierten Patienten der Notaufnahme. Anteil an Patienten einer Notaufnahme ohne <u>Abschlussdiagnose</u> an allen registrierten Patienten der Notaufnahme. Zusätzlich erscheint eine Gruppierung nach <u>Ersteinschätzung</u> oder nach <u>Präsentationssymptom</u> sinnvoll.
Anmerkungen	[Crilly 2013, Parekh 2013, van der Linden 2014]
Referenzbereich	noch nicht definiert
Risikoadjustierung	noch nicht definiert
Letzte Überarbeitung	20.4.2016

QUALIFY	STÄRKEN MIT PUNKTUELLEN SCHWÄCHEN													
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	
primärer Konsens				ZiK		ZiK								
MW	3,2	3,2	3,3	3,9	3,2	3,9	3,1	3,2	2,3	3,5	3,5	3,5	3,3	
Stimmhaltungen									4		1	1		
DISKUSSION	PRÄZISIERUNG													

Massentransfusionsprotokoll verfügbar (ID_040)

Indikatortyp	Strukturqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Formulierung	Ein klinikübergreifendes Protokoll/SOP/Verfahrensweisung zum Vorgehen bei Massentransfusion ist für den Bereich der Notaufnahme verfügbar.(Ja/Nein)
Ausschlusskriterien	-
Qualitätsziel	Standardisierung des Vorgehens in kritischen Situationen
Ergebnisverantwortung	Chefarzt Krankenhaus
Dokumentationsverantwortung	Chefarzt Notaufnahme
Originalformulierung	Massive transfusion protocol [Santana 2014]
Varianten	-
Anmerkungen	Das Vorhandensein eines Massentransfusionsprotokolls ist ein gut messbarer, für medizinisches Personal verständlicher Strukturparameter. Besser wäre es jedoch, die Anwendung eines Massentransfusionsprotokolls bei Indikation zu prüfen. Weiterhin gibt es keine gültige Definition, was ein Massentransfusionsprotokoll von einem Qualitätshandbuch Transfusionsmedizin oder einer SOP zum Patient Blood Management [Coburn 2016] unterscheidet.
Referenzbereich	Ja
Risikoadjustierung	entfällt
Letzte Überarbeitung	11.6.2016

QUALIFY STÄRKEN MIT PUNKTUELLEN SCHWÄCHEN

Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
primärer Konsens				ZiK			ZiK	ZiK			ZiK		
MW	2,6	3,0	3,3	3,8	2,3	3,8	3,9	3,8	3,3	3,3	4,0	4,0	4,0
Stimmhaltungen	2	2	1		2	1			4	1		1	1
DISKUSSION													
PRÄZISIERUNG													

Letalität in der Notaufnahme (ID_045)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Formulierung	48-h-Letalität aller stationären Patienten des Krankenhauses, die über die Notaufnahme aufgenommen wurden
Ausschlusskriterien	-
Qualitätsziel	Qualitätskontrolle der Versorgung in der Notaufnahme
Ergebnisverantwortung	Mitarbeiter Krankenhaus
Dokumentationsverantwortung	Mitarbeiter Krankenhaus
Originalformulierung	Mortality/Morbidity [Santana 2012, Santana 2014, Sauser 2014, Sorup 2013, Stelfox 2011, Stelfox 2012]
Varianten	-
Anmerkungen	Zusätzlich wird empfohlen, alle verstorbenen Patienten einer Morbiditäts und Mortalitäts Konferenz zu unterziehen und ihre jeweilige <u>Ersteinschätzung</u> zu verifizieren [Martins 2009, van der Wulp 2009].
Referenzbereich	noch nicht definiert
Risikoadjustierung	noch nicht definiert
Letzte Überarbeitung	12.6.2016

	QUALIFY STÄRKEN MIT PUNKTUELLEN SCHWÄCHEN												
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
primärer Konsens				ZiK				ZiK			ZiK	ZiK	ZiK
MW	3,4	3,2	3,0	3,7	3,1	3,6	2,5	3,9	3,0	3,8	4,0	4,0	4,0
Stimmhaltungen									4	1			
	DISKUSSION MODIFIKATION												

Anzahl CIRS Meldungen (ID_057)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Formulierung	Anzahl der CIRS-Meldungen aus der Notaufnahme pro 1000 Patientenkontakte der Notaufnahme.
Ausschlusskriterien	-
Qualitätsziel	Vigilanz für kritische Situationen bei allen Mitarbeitern schaffen. Langfristige Optimierung der Prozesse und der Struktur zur Reduktion vermeidbarer Fehler.
Ergebnisverantwortung	Chefarzt Notaufnahme
Dokumentationsverantwortung	Alle Mitarbeiter Krankenhaus und angeschlossener Rettungsdienste
Originalformulierung	Peer review for quality of care errors [Glance 2012, Moore 2013, Santana 2012, Sorup 2013]
Varianten	-
Anmerkungen	-
Referenzbereich	noch nicht definiert
Risikoadjustierung	noch nicht definiert
Letzte Überarbeitung	13.6.2016

QUALIFY	STÄRKEN MIT PUNKTUELLEN SCHWÄCHEN													
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	
primärer Konsens		ZiK		ZiK		ZiK								
MW	3,5	3,5	3,3	3,5	3,1	3,8	3,7	2,9	3,5	3,1	3,8	3,7	3,7	
Stimmhaltungen	1		1				1	1	7	1	1	3	2	
DISKUSSION	MODIFIKATION													

Kapnometrie bei beatmeten Patienten (ID_063)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Formulierung	Anteil beatmeter Patienten mit mindestens einem dokumentierten etCO ₂ -Wert unter allen beatmeten Patienten der Notaufnahme.
Ausschlusskriterien	-
Qualitätsziel	Verminderung unbeabsichtigter Fehlintubationen/Dislokationen des Beatmungstubus/Atemwegszugangs.
Ergebnisverantwortung	Ärzte Notaufnahme
Dokumentationsverantwortung	Ärzte Notaufnahme
Originalformulierung	Percentage of intubated patients for whom end-tidal carbon dioxide was monitored [Schull 2010].
Anmerkungen	Um die Datenerhebung praktikabel zu gestalten, wird entgegen der Empfehlung nicht die kontinuierlich Kapnometrie / Kapnografie erfasst [Coburn 2016]
Referenzbereich	100 %
Risikoadjustierung	-
Letzte Überarbeitung	15.6.2016

	QUALIFY STÄRKEN ÜBERWIEGEN												
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
primärer Konsens		ZiK		ZiK		ZiK	ZiK	ZiK			ZiK	ZiK	ZiK
MW	3,6	3,7	3,6	3,9	2,4	3,9	3,9	3,6	3,4	3,8	4,0	4,0	4,0
Stimmhaltung			1						3				
	DISKUSSION PRÄZISIERUNG												

EKG bei Patienten mit akuter zentraler Neurologie (ID_064)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Koordination der Versorgung
Formulierung	Anteil an Patienten mit den <u>Präsentationssymptomen</u> einer möglichen akuten zentralen Neurologie, die ein <u>EKG</u> bekommen haben.
Ausschlusskriterien	-
Qualitätsziel	Verbesserung der Risikostratifizierung
Ergebnisverantwortung	Chefarzt Notaufnahme
Dokumentationsverantwortung	Ärzte und Pflegekräfte Notaufnahme
Originalformulierung	Percentage of patients with acute stroke who had an ECG [Schull 2011]
Varianten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anteil an Patienten mit den <u>Präsentationssymptomen</u> Thoraxschmerz, bei denen ein <u>EKG</u> durchgeführt wurde. ▪ Anteil an Patienten mit den <u>Präsentationssymptomen</u> Luftnot, bei denen ein <u>EKG</u> durchgeführt wurde. ▪ Anteil an Patienten mit den <u>Präsentationssymptomen</u> Synkope, bei denen ein <u>EKG</u> durchgeführt wurde. ▪ Anteil an Patienten mit den <u>Präsentationssymptomen</u> unklares Abdomen, bei denen ein <u>EKG</u> durchgeführt wurde. ▪ etc.
Anmerkungen	<p>In der <u>GPCL</u> sind dies alle Patienten mit den <u>Präsentationssymptomen</u> Codes 401 (veränderter Bewusstseinszustand), 402 (Verwirrtheit), 403 (Schwindel), 404 (Kopfschmerz), 405 (Krampfanfall), 406 (Gangstörung/Ataxie), 409 (Schwäche in den Extremitäten/Symptome eines Schlaganfalls oder TIA). [Brammen 2016, Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP) 2012]</p> <p>Hinweis: Es ist anzunehmen, dass weitere <u>Präsentationssymptome</u> existieren bei denen die Durchführung eines <u>EKG</u> sinnvoll ist.</p> <p>CAVE: Der Zeitpunkt der Durchführung ist nicht bei allen Präsentationssymptomen kritisch.</p>
Referenzbereich	noch nicht definiert
Risikoadjustierung	noch nicht definiert
Letzte Überarbeitung	20.4.2016

	QUALIFY STÄRKEN ÜBERWIEGEN												
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
primärer Konsens						ZiK	ZiK				ZiK	ZiK	ZiK
MW	3,5	3,4	3,3	3,7	2,9	3,9	3,9	3,1	3,1	3,5	4,0	4,0	4,0
Stimmhaltung			1						3				
DISKUSSION	PRÄZISIERUNG												

Vitalwerte bei Patienten mit Pneumonie (ID_072)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Koordination der Versorgung
Formulierung	Anteil der Patienten unter allen Patienten, die sich mit den Symptomen einer Pneumonie vorstellen, bei denen Atemfrequenz, Herzfrequenz, SpO ₂ , Blutdruck und Schmerzen dokumentiert sind.
Ausschlusskriterien	-
Qualitätsziel	Durch die konsequente Erhebung aller Vitalwerte bei Patienten mit einer möglichen Pneumonie vermindert sich das Risiko, diese Patientengruppe zu übersehen.
Ergebnisverantwortung	Stationsleitung Pflege Notaufnahme
Dokumentationsverantwortung	Pflegepersonal Notaufnahme
Originalformulierung	Percentage of patients with community-acquired pneumonia who had vital signs (including SpO ₂ assessment) recorded in the ED [Schull 2010]
Varianten	-
Anmerkungen	Symptome einer Pneumonie [Hoffken 2009] verbergen sich z.B. hinter den <u>GPCL-Präsentationssymptomen</u> 651 (Luftnot), 653 (Husten, Verschleimung), 658 (Stridor), 659 (Giemen ohne weitere Beschwerden) 661 (grippeähnliche Erkrankungen), 852 (Fieber), 004 (Brustschmerz nicht kardial) 007 (allgemeine Schwäche) [Brammen 2016, Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP) 2012]
Referenzbereich	noch nicht definiert
Risikoadjustierung	-
Letzte Überarbeitung	13.6.2016

	QUALIFY STÄRKEN ÜBERWIEGEN													
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	
primärer Konsens						ZiK	ZiK	ZiK		ZiK	ZiK	ZiK	ZiK	
MW	3,5	3,6	3,2	3,9	2,9	3,9	3,9	3,8	3,7	3,7	4,0	4,0	4,0	
Stimmhaltung	1	2	2	1					3					
DISKUSSION	PRÄZISIERUNG													

Behandlung Schwerverletzter im Schockraum (ID_102)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Formulierung	Anteil an Behandlungen durch ein interdisziplinäres Schockraumteam bei Verletzungsschwere ISS \geq 16.
Ausschlusskriterien	-
Qualitätsziel	Verbesserung der Schwerverletztenversorgung
Ergebnisverantwortung	Chefarzt Notaufnahme
Dokumentationsverantwortung	Pflegekraft Notaufnahme
Originalformulierung	Seriously injured patients (ISS 16 -75) should managed in resuscitation room (80 %) [Scottish Trauma Audit Group (STAG) 2013]
Varianten	noch nicht erarbeitet*
Anmerkungen	*Obwohl physiologische Parameter vermutlich besser geeignet wären, besteht Konsens, den Indikator so zu übernehmen [Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie 2011, Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie 2012]
Referenzbereich	80 % der Schwerverletzten (ISS \geq 16) sollen im Schockraum durch ein interdisziplinäres Team behandelt werden
Risikoadjustierung	-
Letzte Überarbeitung	13.6.2016

	QUALIFY STÄRKEN ÜBERWIEGEN													
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	
primärer Konsens														
MW	3,8	3,8	3,4	3,9	3,4	3,9	3,8	3,5	3,7	3,8	4,0	4,0	3,8	
Stimmhaltungen	2	2	2	1	1	1	1		3	1	1	1	1	
	DISKUSSION PRÄZISIERUNG													

Zeit bis zur Erstgabe eines Antibiotikums bei schwerer Infektion (ID_115)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Formulierung	Zeit von <u>Erstkontakt</u> bis zur Gabe eines Antibiotikums bei Patienten mit einer <u>schweren Infektion</u> .
Ausschlusskriterien	-
Qualitätsziel	Frühzeitige Blutkultur und frühe Antibiose bei schweren Infektionen reduziert die Letalität.
Ergebnisverantwortung	Ärzte der Notaufnahme
Dokumentationsverantwortung	Ärzte der Notaufnahme, Pflegekräfte der Notaufnahme
Originalformulierung	Time to antibiotics for severe infections [Jones 2012]
Varianten	Anteil an Patienten mit einer <u>schweren Infektion</u> , bei denen eine Blutkultur abgenommen wurde
Anmerkungen	Der Verdacht, dass es sich um eine Infektion handelt, wird durch die Gabe des Antibiotikums definiert. Anmerkung: Patienten mit <u>schwerer Infektion</u> die übersehen werden, sind durch diese Definition nicht erfasst. Hier wäre es besser, nicht die Zeit, sondern die Gabe an sich abzufragen [Auburtin 2006, Koster-Rasmussen 2008, Proulx 2005].
Referenzbereich	noch nicht definiert
Risikoadjustierung	noch nicht definiert
Letzte Überarbeitung	20.4.2016

QUALIFY		STÄRKEN ÜBERWIEGEN												
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	
primärer Konsens	ZiK	ZiK		ZiK		ZiK	ZiK							
MW	3,9	3,9	3,1	3,5	3,7	3,9	3,9	2,9	3,1	3,5	3,5	4,0	3,5	
Stimmhaltungen									3		1	1		
DISKUSSION		PRÄZISIERUNG												

Zeit bis zur Analgetikagabe (ID_128)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Formulierung	Zeit zwischen <u>Erstkontakt</u> und Erstgabe eines Analgetikums bei allen Patienten, die ein Analgetikum erhalten haben.
Ausschlusskriterien	keine
Qualitätsziel	Möglichst zeitnahe Analgesie, schmerzfreies Krankenhaus
Ergebnisverantwortung	Chefarzt Notaufnahme
Dokumentationsverantwortung	Pflegekräfte Notaufnahme
Originalformulierung	Time to first dosis of analgesic in all painful conditions requiring analgesia [Schull 2010]
Varianten	-
Anmerkungen	Weiterhin wird empfohlen, den Anteil der Patienten mit Schmerzmessung unter allen Notaufnahmepatienten zu bestimmen. Durch diesen Indikator werden Patienten, die fälschlicherweise keine Analgesie erhalten haben, nicht erfasst. Eine bestimmte Schmerzstärke als Trigger wird mehrheitlich abgelehnt, da viele Patienten einer Notaufnahme eine medikamentöse Analgesie ablehnen und weniger invasive Maßnahmen bevorzugen, die auf diese Weise nicht erfasst werden können.
Referenzbereich	noch nicht definiert
Risikoadjustierung	noch nicht definiert
Letzte Überarbeitung	20.4.2016

QUALIFY	STÄRKEN MIT PUNKTUELLEN SCHWÄCHEN												
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
primärer Konsens	ZiK	ZiK			ZiK	ZiK	ZiK						
MW	3,7	3,7	3,0	3,5	3,8	3,9	3,9	2,9	3,0	3,3	3,3	3,5	3,5
Stimmhaltung									4	1	1		
DISKUSSION	MODIFIKATION												

Zeit bis Reperfusion bei akutem Myokardinfarkt (ID_136)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Formulierung	1. Zeit von <u>Erstkontakt</u> bis Beginn der systemischen Thrombolysetherapie 2. Zeit von <u>Erstkontakt</u> bis Beginn (Katheterintervention/Punktion)
Ausschlusskriterien	keine
Qualitätsziel	noch nicht definiert
Ergebnisverantwortung	Chefarzt Notaufnahme und Chefarzt Kardiologie
Dokumentationsverantwortung	Pflegekräfte Notaufnahme und Herzkatheterlabor
Originalformulierung	Time to reperfusion for acute myocardial infarction [Jones 2012]
Varianten	Siehe oben
Anmerkungen	Es wird empfohlen, die Reperusionszeit getrennt nach systemischer Thrombolyse und Katheterintervention zu unterscheiden. Es besteht Konsens, dass eine Doppeldokumentation für CPUs und Kliniken, die an einem Herzinfarktregister teilnehmen, nicht empfohlen wird.
Referenzbereich	-
Risikoadjustierung	-
Letzte Überarbeitung	12.6.2016

	QUALIFY STÄRKEN ÜBERWIEGEN												
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
primärer Konsens	ZiK	ZiK		ZiK						ZiK	ZiK	ZiK	ZiK
MW	3,6	3,8	3,3	3,7	3,3	3,8	3,0	3,1	2,8	3,5	4,0	4,0	4,0
Stimmhaltungen									3				
	DISKUSSION PRÄZISIERUNG												

Zeit bis Arztkontakt (ID_144)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Formulierung	Zeit von <u>Erstkontakt</u> bis <u>ärztlicher Erstkontakt</u> , aufgeschlüsselt nach Ersteinschätzungskategorie der Patienten, inklusive nicht ersteingeschätzter Patienten.
Ausschlusskriterien	Erörterung steht aus
Qualitätsziel	noch nicht definiert
Ergebnisverantwortung	noch nicht definiert
Dokumentationsverantwortung	noch nicht definiert
Originalformulierung	Time: Arrival – clinical / initial assessment [Casalino 2013, Ekelund 2011, Jones 2012, Schull 2010, Sorup 2013, The College of Emergency Medicin (CEM) 2011]
Varianten	-
Anmerkungen	In der Literatur gibt es Hinweise, dass längere Wartezeiten mit einem schlechterem Outcome vergesellschaftet sind [Guttmann 2011, Sun 2013].
Referenzbereich	noch nicht definiert
Risikoadjustierung	noch nicht definiert
Letzte Überarbeitung	6.6.2016

	QUALIFY STÄRKEN ÜBERWIEGEN												
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
primärer Konsens		ZiK		ZiK			ZiK						
MW	3,6	3,6	3,4	3,9	3,5	3,9	3,5	3,4	3,4	3,4	3,3	3,5	3,8
Stimmhaltung									3				
	DISKUSSION MODIFIKATION												

Zeit bis zur Ersteinschätzung (ID_148)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Formulierung	Zeit von <u>Erstkontakt</u> bis Ersteinschätzung.
Ausschlusskriterien	Patienten mit Einlieferung durch ein arztbesetztes Rettungsmittel.
Qualitätsziel	noch nicht definiert
Ergebnisverantwortung	Chefarzt Notaufnahme
Dokumentationsverantwortung	Pflegekraft Notaufnahme
Originalformulierung	Time: Arrival---initial triage [Casalino 2013, Sorup 2013]
Varianten	Zeit von <u>Erstkontakt</u> bis Ersteinschätzung aufgeschlüsselt für die Ersteinschätzungskategorien
Anmerkungen	Die Ersteinschätzung wird u. U. nicht sofort mit dem Erstkontakt des Patienten durchgeführt [Houston 2015]. Weiterhin wird empfohlen den Anteil der ersteingeschätzten Patienten zu bestimmen da durch konsequente Ersteinschätzung auch eine Risikostratifizierung durchgeführt wird [Martins 2009, van der Wulp 2009].
Referenzbereich	< 10 Minuten
Risikoadjustierung	noch nicht definiert
Letzte Überarbeitung	6.6.2016

QUALIFY	STÄRKEN MIT PUNKTUELLEN SCHWÄCHEN												
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
primärer Konsens		ZiK		ZiK			ZiK						
MW	3,4	3,6	3,3	3,7	3,5	3,8	3,7	3,0	2,8	3,2	3,3	3,5	3,5
Stimmhaltung			1			1			3		1		
DISKUSSION	PRÄZISIERUNG												

Zeit bis CCT (ID_149)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Formulierung	Zeit von <u>Erstkontakt</u> bis Durchführung CCT bei Patienten, die ein CCT erhalten haben.
Ausschlusskriterien	Erörterung steht aus
Qualitätsziel	noch nicht definiert
Ergebnisverantwortung	Chefarzt Notaufnahme, Chefarzt Radiologie
Dokumentationsverantwortung	Pflegepersonal Notaufnahme, MTRA Radiologie
Originalformulierung	CT within 45 minutes / Time to CT [Easton 2012, Santana 2014, Stelfox 2011, Trauma Audit & Research Network (TARN) 2010]
Varianten	ID_018 ID_148 und ID_150 sind für verschiedenen Indikationen/Trigger identisch
Anmerkungen	Dieser Indikator misst die allgemeinen Abläufe bei Patienten, die eine Schnittbildgebung benötigen (Indikation zum CCT). Er erfasst keine kritischen Fälle, bei denen eine Verzögerung zu einem potentiellen Schaden führen könnte. Weiterhin wird angemerkt, dass es lege artis ist, bei bestimmten Indikationen mit Schnittbildgebung zunächst abzuwarten und eine klinische Überwachung voranzustellen.
Referenzbereich	noch nicht definiert
Risikoadjustierung	noch nicht definiert
Letzte Überarbeitung	12.6.2016

	QUALIFY				STÄRKEN ÜBERWIEGEN								
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
primärer Konsens	ZiK	ZiK		ZiK	ZiK	ZiK	ZiK	ZiK		ZiK	ZiK	ZiK	ZiK
MW	3,8	3,7	3,0	3,9	3,5	3,9	3,5	3,3	2,8	3,7	4,0	4,0	4,0
Stimmhaltungen									3				
	DISKUSSION				PRÄZISIERUNG								

Zeit von der Anordnung des Röntgenbildes bis zur Durchführung (ID_162)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Koordination der Versorgung
Formulierung	Zeit von der Anordnung des Röntgenbildes bis zur Durchführung bei allen konventionellen Röntgenbildern der Notaufnahme.
Ausschlusskriterien	Erörterung steht aus
Qualitätsziel	noch nicht definiert
Ergebnisverantwortung	noch nicht definiert
Dokumentationsverantwortung	noch nicht definiert
Originalformulierung	Time: X-ray ordered - X-ray taken [Easton 2012, McClelland 2012, Sorup 2013, Trauma Audit & Research Network (TARN) 2010]
Varianten	-
Anmerkungen	Ziel ist nicht das Zeitintervall möglichst kurz zu halten, sondern Ausreißer betrachten zu können.
Referenzbereich	noch nicht definiert
Risikoadjustierung	noch nicht definiert
Letzte Überarbeitung	20.4.2016

	QUALIFY STÄRKEN MIT PUNKTUELLEN SCHWÄCHEN												
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
primärer Konsens													
MW	2,9	2,9	2,8	3,5	3,2	3,8	3,1	2,8	3,0	3,3	3,5	3,8	3,8
Stimmhaltungen	1	1	1	1	1	1	1	1	4	2	2	1	1
DISKUSSION	PRÄZISIERUNG												

Zeit bis Lyse bei ischämischem Insult (ID_164)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Koordination der Versorgung
Formulierung	Zeit von <u>Erstkontakt</u> bis Beginn der Maßnahme (systemische Thrombolyse) bei Patienten mit ischämischem Insult, die eine systemische Thrombolyse in der Notaufnahme erhalten.
Ausschlusskriterien	Patient wird mit anderer Verdachtsdiagnose eingewiesen
Qualitätsziel	
Ergebnisverantwortung	Chefarzt Notaufnahme und Chefarzt Neurologie
Dokumentationsverantwortung	Ärzte der Notaufnahme
Originalformulierung	tPA 60 minutes from arrival [Sausser 2014]
Varianten	-
Anmerkungen	Neue Evaluationen können zur Modifikation des Referenzbereiches führen.
Referenzbereich	< 60 Minuten
Risikoadjustierung	-
Letzte Überarbeitung	20.4.2016

	QUALIFY STÄRKEN ÜBERWIEGEN													
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	
primärer Konsens						ZiK	ZiK			ZiK		ZiK	ZiK	
MW	3,8	3,8	2,8	3,8	3,4	3,9	3,6	3,0	3,1	3,9	3,8	4,0	4,0	
Stimmhaltungen	1	1	1	1	1				3					
	DISKUSSION							MODIFIKATION						

Einhaltung der Ersteinschätzungskategorie (ID_171)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Koordination der Versorgung
Formulierung	Anteil der Patienten, deren Zeit von <u>Erstkontakt</u> bis <u>ärztlicher Erstkontakt</u> innerhalb der jeweiligen Ersteinschätzungskategorie liegt.
Ausschlusskriterien	Patienten mit zweiter ärztlicher Ersteinschätzung
Qualitätsziel	
Ergebnisverantwortung	Ärzte Notaufnahme
Dokumentationsverantwortung	Pflegekräfte Notaufnahme, Ärzte Notaufnahme
Originalformulierung	Triage - initial treatment [Sorup 2013]
Varianten	-
Anmerkungen	Qualitätsindikator kann nur in Kliniken angewendet werden, deren Ersteinschätzungssystem mit einer Zeitvorgabe hinterlegt ist. In der Literatur gibt es Hinweise, dass längere Wartezeiten mit einem schlechteren Patienten Outcome vergesellschaftet sind [Guttmann 2011, Sun 2013].
Referenzbereich	Noch nicht definiert
Risikoadjustierung	Noch nicht definiert
Letzte Überarbeitung	13.6.2016

	QUALIFY STÄRKEN ÜBERWIEGEN												
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
primärer Konsens				ZiK		ZiK	ZiK	ZiK				ZiK	ZiK
MW	3,5	3,8	3,4	3,8	3,2	3,8	3,8	3,5	3,7	3,4	3,8	4,0	4,0
Stimmhaltungen		1							3				
	DISKUSSION PRÄZISIERUNG												

Zeit bis neuroradiologische Intervention bei ischämischem Insult (ID_179)

QUALIFY	Konsens, Empfehlung
Diskussion	Präzisierung
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Koordination der Versorgung
Formulierung	Zeit von <u>Erstkontakt</u> bis Beginn der Maßnahme (Punktion zur neuroradiologischen Katheterintervention) bei allen Patienten, die eine neuroradiologische Intervention bei ischämischem Insult erhalten.
Ausschlusskriterien	-
Qualitätsziel	-
Ergebnisverantwortung	Chefarzt Notaufnahme, Chefarzt Neuroradiologie und Chefarzt Neurologie
Dokumentationsverantwortung	Pflege Notaufnahme, Ärzte Notaufnahme, MTRA Radiologie, Ärzte Neuroradiologie
Originalformulierung	entfällt
Varianten	Zeit von <u>Erstkontakt</u> bis Beginn der Maßnahme (Punktion zur neuroradiologischen Katheterintervention) bei allen Patienten die eine neuroradiologische Intervention bei ICB / SAB erhalten.
Anmerkungen	-
Referenzbereich	noch nicht definiert
Risikoadjustierung	noch nicht definiert
Letzte Überarbeitung	30.5.2016

QUALIFY		STÄRKEN ÜBERWIEGEN												
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	
primärer Konsens		ZiK		ZiK		ZiK								
MW	3,7	3,7	3,0	3,6	2,9	3,9	3,2	3,2	3,5	3,1	3,8	3,8	3,8	
Stimmhaltungen	1								7	1		1	1	
DISKUSSION		PRÄZISIERUNG												

Qualitätsindikatoren mit Bedenken / Schwächen

Bedenken beziehen sich auf die flächendeckende Einführung der Kennzahl als Qualitätsindikator für alle Notaufnahmen. Im Einzelfall kann die Implementierung (z. B. als Kennzahl zur hausinternen Prozessplanung) jedoch durchaus sinnvoll sein.

Facharztbehandlung bei Wiedervorstellung (ID_016)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Formulierung	Rate an Patienten, die sich ungeplant wiedervorstellen und dann durch einen Facharzt behandelt wurden.
Ausschlusskriterien	Erörterung steht aus
Qualitätsziel	noch nicht definiert
Ergebnisverantwortung	noch nicht definiert
Dokumentationsverantwortung	noch nicht definiert
Originalformulierung	Consultant sign off (adults with nontraumatic chest pain, unplanned returns) [Heyworth 2011, The College of Emergency Medicin (CEM) 2011]
Varianten	-
Anmerkungen	Bedenken gegen eine Anwendung in Deutschland, da der Facharztstandard immer bei allen Patienten gilt, nicht erst bei Wiedervorstellungen. Weiterhin werden Patienten mit Brustschmerz in vielen Notaufnahmen interdisziplinär beurteilt. Risikostratifizierung ggf. analog zum Ansatz von Meldon et al. [Meldon 2003].
Referenzbereich	-
Risikoadjustierung	-
Letzte Überarbeitung	20.4.2016

	QUALIFY			SCHWÄCHEN ÜBERWIEGEN									
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
primärer Konsens													
MW	2,9	3,3	2,7	2,5	2,6	3,4	3,3	2,0	3,1	2,4	2,3	2,2	2,4
Stimmhaltungen	3	1	2				1		3	1	1	3	2
	DISKUSSION			BEDENKEN									

Thromboseprophylaxe bei Traumapatienten (ID_020)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Formulierung	Anteil an Traumapatienten der Notaufnahme mit Thromboseprophylaxe -
Ausschlusskriterien	Patienten mit Kontraindikation für medikamentöse Thromboseprophylaxe
Qualitätsziel	noch nicht definiert
Ergebnisverantwortung	noch nicht definiert
Dokumentationsverantwortung	noch nicht definiert
Originalformulierung	Deep vein thrombosis prophylaxis [Santana 2014]
Varianten	-
Anmerkungen	Keine Empfehlung, da die Ergebnisse zu stark vom jeweiligen Patientenkollektiv und der Organisationsform der Notaufnahme/des Krankenhauses abhängig sind.
Referenzbereich	-
Risikoadjustierung	noch nicht definiert
Letzte Überarbeitung	20.4.2016

QUALIFY SCHWÄCHEN MIT PUNKTUELLEN STÄRKEN

Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6 ZiK	P7	P8	P9
primärer Konsens													
MW	2,4	3,1	2,7	3,6	2,8	3,5	3,2	2,9	3,3	3,6	3,8	4,0	3,8
Stimmhaltung	2	1	2	1	2		1		5			1	
DISKUSSION	BEDENKEN												

Anteil weiterverlegter Notaufnahmepatienten (ID_025)

Indikatortyp	Strukturqualität
Qualitätsdimension	Koordination der Versorgung
Formulierung	Anteil von weiterverlegten Patienten (anderes Krankenhaus) an allen Patienten der Notaufnahme.
Ausschlusskriterien	Erörterung steht aus
Qualitätsziel	unklar
Ergebnisverantwortung	unklar
Dokumentationsverantwortung	Pflegepersonal Notaufnahme
Originalformulierung	ED admission transfer rate [Sorup 2013]
Varianten	-
Anmerkungen	Bedenken bei Verwendung als Qualitätsindikator. Die Kennzahl kann höchstens als Strukturparameter des individuellen Krankenhauses gewertet werden, um Änderungen zu detektieren. Ob diese aber positiv oder negativ gewertet werden müssen, kann nur das individuelle Haus entscheiden.
Referenzbereich	ohne
Risikoadjustierung	ohne
Letzte Überarbeitung	13.6.2016

	QUALIFY			SCHWÄCHEN ÜBERWIEGEN									
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
primärer Konsens											ZiK	ZiK	
MW	2,5	2,1	1,8	3,5	2,5	3,2	2,9	3,6	3,1	3,5	4,0	4,0	3,8
Stimmhaltungen	1	1	1						3	1			
	DISKUSSION			BEDENKEN									

Evaluation der HWS bei Traumapatienten (ID_028)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Formulierung	Evaluation of cervical spine and prevention of secondary neurologic injury: Collar present alle Traumapatienten
Ausschlusskriterien	Erörterung steht aus
Qualitätsziel	noch nicht definiert
Ergebnisverantwortung	noch nicht definiert
Dokumentationsverantwortung	noch nicht definiert
Originalformulierung	Evaluation of cervical spine and prevention of secondary neurologic injury: Collar present [Stelfox 2011]
Varianten	-
Anmerkungen	Es besteht Konsens, dass es sich um eine fachlich relevante Situation handelt. Jedoch ist aktuell keine Möglichkeit ersichtlich, wie der Indikator mit vertretbarem Aufwand bestimmt werden könnte.
Referenzbereich	noch nicht definiert
Risikoadjustierung	noch nicht definiert
Letzte Überarbeitung	20.4.2016

	QUALIFY SCHWÄCHEN MIT PUNKTUELLEN STÄRKEN													
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2 ZiK	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	
primärer Konsens														
MW	2,7	3,0	2,5	3,1	2,6	3,5	3,5	2,4	3,0	2,8	3,5	3,3	3,8	
Stimmhaltung	1	1		1					4		1		1	
DISKUSSION	BEDENKEN													

Traumapatienten mit Intervention bei GCS-Abfall (ID_030)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Formulierung	Anteil von Traumapatienten, bei denen aufgrund einer Verschlechterung der GCS um mehr als 2 Punkte oder auf < 9 Punkte eine Intervention durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Patienten mit Verfügung gegen eine künstliche Wiederbelebung („DNR-Status“).
Qualitätsziel	noch nicht definiert
Ergebnisverantwortung	noch nicht definiert
Dokumentationsverantwortung	noch nicht definiert
Originalformulierung	GCS drop and intervention [Stelfox 2011, Trauma Audit & Research Network (TARN) 2010]
Varianten	-
Anmerkungen	Die Veränderung der Bewusstseinslage ist ein wichtiger Trigger für Interventionen. Jedoch kann anhand Routineversorgungsdaten nicht sicher erhoben werden ob die Intervention aufgrund des GCS-Abfalls initiiert wurde. Weiterhin besteht kein Konsens, welche Maßnahmen indiziert sind. Als mögliche Alternative erscheint die Anwendung einer Verlaufsüberwachung bei allen Patienten mit initialem GCS < 15 möglich.
Referenzbereich	-
Risikoadjustierung	-
Letzte Überarbeitung	20.4.2016

	QUALIFY SCHWÄCHEN MIT PUNKTUELLEN STÄRKEN												
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
primärer Konsens	ZiK	ZiK				ZiK	ZiK						
MW	3,6	3,7	2,9	3,0	2,5	3,7	3,8	2,5	2,8	2,9	3,3	3,1	3,0
Stimmhaltungen									3				1
	DISKUSSION BEDENKEN												

Anteil zufriedener Patienten (ID_054)

Indikatortyp	Ergebnisqualität
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Formulierung	Anteil zufriedener Patienten der Notaufnahme.
Ausschlusskriterien	Patient macht keine Angaben zur Zufriedenheit.
Qualitätsziel	Zufriedenheit erhöht die Compliance des Patienten.
Ergebnisverantwortung	Alle Mitarbeiter, Konsilliare etc. der Notaufnahme
Dokumentationsverantwortung	Patienten
Originalformulierung	Patient satisfaction [Department of Health 2010, Sorup 2013]
Varianten	Unterteilung nach Präsentationssymptom, Schmerzniveau, Abschlussdiagnosen etc.
Anmerkungen	In der aktuellen Form abgelehnt, trotzdem wird grundsätzlich empfohlen, ein System zur Bestimmung der Patientenzufriedenheit vorzuhalten und dies regelmäßig auszuwerten. Wird aktuell außerdem als Qualitätsindikator aufgrund unterschiedlicher Strukturen und fehlendem Messinstrument abgelehnt. Vor einer sinnvollen Anwendung als QI muss definiert werden, wer wann bei wem mit welchem Instrument die Patientenzufriedenheit erhebt.
Referenzbereich	noch nicht definiert
Risikoadjustierung	noch nicht definiert
Letzte Überarbeitung	20.4.2016

	QUALIFY SCHWÄCHEN ÜBERWIEGEN													
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	
primärer Konsens								P4 BiK						
MW	3,2	2,9	2,4	3,0	3,7	3,5	2,8	1,3	2,4	1,9	2,3	2,8	2,5	
Stimmhaltungen			1	1			1		2	1	1	1	1	
	DISKUSSION BEDENKEN													

Anteil der stationären Aufnahmen der Notaufnahme (ID_050)

Indikatortyp	Strukturkennzahl
Qualitätsdimension	Koordination der Versorgung
Formulierung	Anteil der stationär aufgenommenen Patienten der Notaufnahme.
Ausschlusskriterien	Weiterverlegte Patienten
Qualitätsziel	ohne
Ergebnisverantwortung	Chefarzt Krankenhaus
Dokumentationsverantwortung	Pflegepersonal Notaufnahme
Originalformulierung	Number of patients admitted to the hospital [Casalino 2013]
Varianten	-
Anmerkungen	In der aktuellen Formulierung ausschließlich als interne Kennzahl eines Krankenhauses zu verwenden . Zur Verwendung als Kennzahl kann erwogen werden, Subgruppen mit bestimmten Präsentationssymptomen, Tracer-Diagnosen, dringlicher Ersteinschätzungskategorien [Martins 2009, van der Wulp 2009] oder verantwortlichen Fachbereichen zu bilden. Andererseits eignet sich diese Kennzahl als Steuerungsinstrument für die bettenführenden Abteilungen eines Krankenhauses. Auch kann es interessant sein, wenn sich Aufnahmequoten für bestimmte Erkrankungen verändern.
Referenzbereich	ohne
Risikoadjustierung	ohne
Letzte Überarbeitung	13.6.2016

	QUALIFY SCHWÄCHEN MIT PUNKTUELLEN STÄRKEN												
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
primärer Konsens				ZiK				ZiK			ZiK	ZiK	ZiK
MW	2,5	2,5	1,3	3,9	3,0	3,4	2,9	4,0	3,1	3,9	4,0	4,0	4,0
Stimmhaltungen			2						3	1			
	DISKUSSION BEDENKEN												

Prävalenz verhinderbarer unerwünschter Ereignisse (ID_086)

Indikatortyp	Ergebnisqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Formulierung	Prävalenz verhinderbarer <u>unerwünschter Ereignisse</u>
Ausschlusskriterien	-
Qualitätsziel	Verbesserung der Patientensicherheit
Ergebnisverantwortung	Chefarzt Notaufnahme
Dokumentationsverantwortung	Mitarbeiter Notaufnahme
Originalformulierung	Percentage: Adverse events / incidents [Glance 2012, Moore 2013, Santana 2012, Sorup 2013]
Varianten	-
Anmerkungen	In der aktuellen Definition relevant, aber nicht messbar. Auswertung über CIRS als Alternative empfohlen (siehe hierzu Qualitätsindikator: Anzahl CIRS-Meldungen (ID_057)). Möglicherweise ebenfalls geeignet, aber nicht flächendeckend verfügbar, ist die Anzahl dokumentierter Laborprobenverwechslungen pro 1000 Patientenkontakten. Grundsätzlich besteht die Gefahr, dass <u>unerwünschte Ereignisse</u> verschwiegen, bzw. gar nicht als solche erkannt werden. Ggf. führt das Konzept von sog. <u>Never Events</u> zu verwertbaren Erfolgen [Wan 2009].
Referenzbereich	noch nicht definiert
Risikoadjustierung	noch nicht definiert
Letzte Überarbeitung	6.6.2016

	QUALIFY SCHWÄCHEN MIT PUNKTUELLEN STÄRKEN												
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
primärer Konsens	ZiK	ZiK				ZiK				BiK			
MW	3,9	3,8	2,7	2,7	3,2	3,9	3,0	1,9	3,1	1,6	2,0	1,7	1,8
Stimmhaltungen									3		1		1
	DISKUSSION BEDENKEN												

Anteil ungeplanter Wiedervorstellungen (ID_089)

Indikatortyp	Ergebnisqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Formulierung	Anzahl ungeplanter Wiedervorstellungen von Patienten mit einem vergleichbaren <u>Präsentationssymptom</u> innerhalb 72 Stunden nach Entlassung aus der ambulanten Behandlung pro 1000 ambulante Patientenkontakte der Notaufnahme.
Ausschlusskriterien	Initialbehandlung in einem anderen Krankenhaus.
Qualitätsziel	Vermeidung übersehener Erkrankungen/Verletzungen.
Ergebnisverantwortung	Chefarzt Notaufnahme
Dokumentationsverantwortung	Pflegepersonal Notaufnahme, Ärzte Notaufnahme
Originalformulierung	Percentage: Unplanned reattendance (< 72h) [Heyworth 2011, Jones 2012, Schull 2010, Sorup 2013, Stelfox 2011, The College of Emergency Medicin (CEM) 2011]
Varianten	-
Anmerkungen	Wird nicht empfohlen, da der kritische Fall die Initialbehandlung und nicht die Wiedervorstellung des Patienten ist. In Regionen mit vielen Notaufnahmen/KH ist die Unschärfe zu groß. Kann jedoch in Regionen mit wenigen Notaufnahmen, idealerweise einer einzigen gut angewendet werden. Weiterhin muss bedacht werden, dass auch geplante Wiedervorstellungen bei Persistenz oder Verschlechterung von Beschwerden lege artis sein können.
Referenzbereich	noch nicht definiert
Risikoadjustierung	noch nicht definiert
Letzte Überarbeitung	25.4.2016

	QUALIFY		SCHWÄCHEN MIT PUNKTUELLEN STÄRKEN										
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
primärer Konsens						ZiK							
MW	3,3	3,2	2,9	3,3	3,1	3,9	2,2	2,5	2,5	2,9	3,0	3,3	3,3
Stimmhaltungen	1		2						3	1	1	1	
DISKUSSION	Bedenken												

Zeit von Entladen Rettungsmittel und Patientenübergabe (ID_143)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Koordination der Versorgung
Formulierung	Zeit von Ankunft des Rettungsdienstes am Krankenhaus bis Abschluss der Übergabe an das Notaufnahme -Team.
Ausschlusskriterien	Erörterung steht aus
Qualitätsziel	noch nicht definiert
Ergebnisverantwortung	noch nicht definiert
Dokumentationsverantwortung	noch nicht definiert
Originalformulierung	Time: Ambulance off--loading time [Schull 2010, Sorup 2013]
Varianten	Zeit von Ankunft des Notarztes am Krankenhaus bis Abschluss der Übergabe an das Notaufnahme -Team. Zeit von Ankunft des Rettungsdienstes (nicht arztbesetzt) am Krankenhaus bis Abschluss der Übergabe an das Notaufnahme -Team.
Anmerkungen	Es bestehen zum einen Bedenken hinsichtlich der Datenerhebung (Zusammenführung von prähospitalen Daten der Rettungsleitstelle mit Klinikdaten, bei fehlendem gemeinsamem Zeitgeber). Zweitens ist für eine gute Übergabe nicht die Zeit, sondern deren Inhalt entscheidend. Drittens ist das Zeitintervall von strukturellen Faktoren der Notaufnahme des KH abhängig. Somit sind die Zeiten nicht vergleichbar. Es besteht Konsens, dass eine strukturierte Übergabe wichtig ist.
Referenzbereich	noch nicht definiert
Risikoadjustierung	noch nicht definiert
Letzte Überarbeitung	20.4.2016

	QUALIFY SCHWÄCHEN MIT PUNKTUELLEN STÄRKEN													
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	
primärer Konsens														
MW	2,4	2,8	2,3	3,4	2,8	3,6	2,9	2,2	3,0	2,6	3,0	2,9	3,3	
Stimmhaltungen									4		1			
	DISKUSSION BEDENKEN													

Krankenhausaufenthalt von stationären Patienten aus der Notaufnahme (ID_153)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Koordination der Versorgung
Formulierung	Dauer des Krankenhausaufenthaltes in Tagen der stationär aufgenommenen Patienten der Notaufnahme.
Ausschlusskriterien	Erörterung steht aus
Qualitätsziel	unklar
Ergebnisverantwortung	unklar
Dokumentationsverantwortung	Personal Notaufnahme und Station
Originalformulierung	Time: Hospital Length of Stay (LOS) [Jones 2012, Sorup 2013]
Varianten	noch nicht erarbeitet
Anmerkungen	Eine Relevanz für die Qualität der Versorgung in der Notaufnahme wird nicht erkannt. Sehr starke Beeinflussung durch das jeweilige Patientengut. Falsch niedrige Werte bei nicht indizierten stationären Aufnahmen. Effekt der Notaufnahme ist fraglich.
Referenzbereich	noch nicht definiert
Risikoadjustierung	noch nicht definiert
Letzte Überarbeitung	13.6.2016

	QUALIFY SCHWÄCHEN MIT PUNKTUELLEN STÄRKEN												
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
primärer Konsens				ZiK				ZiK			ZiK	ZiK	ZiK
MW	2,7	2,3	1,8	3,7	2,5	3,4	1,4	3,8	3,1	3,9	4,0	4,0	4,0
Stimmhaltungen	1	1	1			1	1		3	1			
	DISKUSSION			BEDENKEN									

Qualitätsindikatoren mit unklarem Status

Anteil der Patienten mit offener Tibiafraktur, die innerhalb 8 Stunden chirurgisch versorgt sind (ID_036)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Koordination der Versorgung
Formulierung	Anteil an Patienten die in einer Zeit von <u>Erstkontakt</u> bis Schnitt im OP < 8 Stunden bei offener Frakturen operiert werden.
Ausschlusskriterien	Erörterung steht aus
Qualitätsziel	Zeitnahe operative Versorgung um sekundäre Infektion zu vermeiden
Ergebnisverantwortung	Chefarzt Chirurgie
Dokumentationsverantwortung	Pflegepersonal Notaufnahme, Ärzte Notaufnahme, Ärzte Klinik für Chirurgie
Originalformulierung	Interval > 8 h between ED arrival and initial treatment of blunt open tibia fracture [Glance 2012]
Varianten	Indikator kann auch für andere operative Indikationen verwendet werden (Appendizitis mit operativer Intervention, Schenkelhalsfraktur etc.)
Anmerkungen	Aus medizinischer Sicht wäre das Intervall von Unfallzeitpunkt bis Schnitt besser geeignet.
Referenzbereich	noch nicht definiert
Risikoadjustierung	noch nicht definiert
Letzte Überarbeitung	20.4.2016

	QUALIFY SCHWÄCHEN MIT PUNKTUELLEN STÄRKEN												
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
primärer Konsens						ZiK					ZiK	ZiK	ZiK
MW	2,7	3,0	2,6	3,5	3,1	3,6	2,7	3,0	3,1	3,3	4,0	4,0	4,0
Stimmhaltungen	2	3	2		1				3	1			
	DISKUSSION			PRÄZISIERUNG									

Dauer des Notaufnahmehaufenthaltes von stationär aufgenommenen Patienten

(ID_157)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Formulierung	Zeit von <u>Erstkontakt</u> bis Behandlungsabschluss bei stationär aufgenommenen Patienten der Notaufnahme.
Ausschlusskriterien	Erörterung steht aus
Qualitätsziel	noch nicht definiert
Ergebnisverantwortung	noch nicht definiert
Dokumentationsverantwortung	noch nicht definiert
Originalformulierung	Time: LOS of admitted patients [Casalino 2013, Heyworth 2011, McClelland 2012, Schull 2010, The College of Emergency Medicin (CEM) 2011]
Varianten	Zeit von <u>Erstkontakt</u> bis Behandlungsabschluss bei ambulanten Patienten der Notaufnahme.
Anmerkungen	<p>In der Literatur gibt es Hinweise, dass eine lange Wartezeit mit einem schlechteren Patienten Outcome einhergehen kann [Guttmann 2011, Sun 2013], speziell bei der Gruppe der stationär über die Notaufnahme aufgenommenen Patienten [Plunkett 2011]. Interpretation darf nicht die Dauer sein, sondern der Anteil an Ausreißer über die Standardabweichung, da dies die Fälle sind, bei denen man intervenieren muss. Es dürfen keine Fehlanreize wie in England gesetzt werden, indem es Cutt-Off-Werte nach oben gibt. Dies könnte zu vorschnellen Entlassungen führen [Mason 2012].</p> <p>Unterschiede sind für Notaufnahmen mit eigener Bettenstation/Belegungsrechten zu erwarten.</p>
Referenzbereich	noch nicht definiert
Risikoadjustierung	noch nicht definiert
Letzte Überarbeitung	29.5.2016

	QUALIFY SCHWÄCHEN MIT PUNKTUELLEN STÄRKEN												
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
primärer Konsens												ZiK	ZiK
MW	2,5	2,5	2,4	3,8	2,6	3,3	2,6	3,5	3,1	3,4	3,8	4,0	4,0
Stimmhaltungen		1	1	1					3	1			
	DISKUSSION PRÄZISIERUNG												

Anamneseerhebung bezüglich multiresistenter Keime (ID_177)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Formulierung	Ohne Konsens: Anteil an stationär über die Notaufnahme aufgenommenen Patienten, bei denen in der Notaufnahme eine Anamneseerhebung bezüglich multiresistenter Erreger durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	ohne
Qualitätsziel	Verminderung nosokomialer Infektionen
Ergebnisverantwortung	Chefarzt Notaufnahme, Pflegedienstleitung Notaufnahme
Dokumentationsverantwortung	Pflegekräfte Notaufnahme
Originalformulierung	entfällt
Varianten	-
Anmerkungen	Keine Empfehlung, da kein Konsens der Formulierung erzielt werden kann. Weiterhin ist dies Aufgabe des Krankenhaushygienikers/hygienebeauftragten Arztes und würde zu einer Doppelerhebung führen.
Referenzbereich	-
Risikoadjustierung	-
Letzte Überarbeitung	20.4.2016

	QUALIFY STÄRKEN ÜBERWIEGEN												
Kriterium	R1	R2	R3	W2 ZiK	P1	P2 ZiK	P3 ZiK	P4	P5	P6	P7 ZiK	P8	P9 ZiK
primärer Konsens													
MW	3,3	3,5	3,2	3,6	3,2	3,8	3,7	3,2	2,7	3,3	4,0	4,0	4,0
Stimmhaltungen	1								4	1		1	
	DISKUSSION						BEDENKEN						

Zeit bis Gerinnungslabor bei Patienten mit Apoplex (ID_178)

Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Koordination der Versorgung
Formulierung	Zeit zwischen <u>Erstkontakt</u> und Ergebnis des Gerinnungslabors (INR/TZ und PTT) bei Patienten mit akuter zentraler Neurologie*.
Ausschlusskriterien	-
Qualitätsziel	Optimierung der Versorgung zeitkritischer Patienten.
Ergebnisverantwortung	Pflegedienstleitung Notaufnahme, Chefarzt Notaufnahme
Dokumentationsverantwortung	Pflegekräfte Notaufnahme
Originalformulierung	Abgabe der Blutprobe an das Labor bei Patienten mit akuter zentraler Neurologie.
Varianten	Zeit zwischen <u>Erstkontakt</u> und Ergebnis des Gerinnungslabors (INR/TZ/PTT) bei Schwerstverletzten.
Anmerkungen	Akute zentrale Neurologie soll ex ante über <u>Präsentations Symptome</u> erfasst werden. Hierzu eignet sich z. B. <u>GPCL</u> mit den Codes 401 (veränderter Bewusstseinszustand), 402 (Verwirrtheit), 403 (Schwindel), 404 (Kopfschmerz), 405 (Krampfanfall), 406 (Gangstörung/Ataxie), 409 (Schwäche in den Extremitäten/Symptome eines Schlaganfalls oder TIA). [Brammen 2016, Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP) 2012]
Referenzbereich	Noch nicht definiert
Risikoadjustierung	Noch nicht definiert
Letzte Überarbeitung	20.4.2016

	QUALIFY			SCHWÄCHEN ÜBERWIEGEN									
Kriterium	R1	R2	R3	W2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
primärer Konsens							ZiK						
MW	2,5	2,6	3,0	3,2	2,2	3,4	3,8	2,1	2,5	2,9	2,6	2,9	3,2
Stimmhaltungen		1	1		1				5	1	2	2	2
	DISKUSSION			PRÄZISIERUNG									

Anhang

Quellenangaben

- [Ammenwerth 2014] Ammenwerth E, Aly AF, Bürkle T, Dormann H, Friesdorf W, Haas C, Haefeli WE, Jeske M, Kaltschmidt J, Menges K, Möller H, Neubert A, Rascher W, Reichert H, Schuler J, Schreier G, Schulz S, Seidlinger HM, Criege-Rieck M. Memorandum on the use of information technology to improve medication safety (Memorandum AMTS-IT). *GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie* 10 (1): 11 (2014)
- [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2016] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Leitlinien-Glossars von AWMF und ÄZQ (<http://www.leitlinien.de/leitlinienmethodik/leitlinien-glossar/autoren> (letzter Zugriff am 6.6.2015)). (2016)
- [Auburtin 2006] Auburtin M, Wolff M, Charpentier J, Varon E, Le Tulzo Y, Girault C, Mohammedi I, Renard B, Mourvillier B, Bruneel F, Ricard JD, Timsit JF. Detrimental role of delayed antibiotic administration and penicillin-nonsusceptible strains in adult intensive care unit patients with pneumococcal meningitis: the PNEUMOREA prospective multicenter study. *Crit Care Med* 34 (11): 2758-2765 (2006)
- [Brammen 2016] Brammen D, Greiner F, Dormann H, Mach C, Wrede CE, Ballaschk A, Stewart D, Walker S, Oesterling C, Kulla M. Comparing like with like - Lessons learned from adapting the CEDIS Presenting Complaint List for German emergency personnel. *Eur J Emerg Med* submitted (2016)
- [Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP) 2012] Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP), Canadian Institute for Health Information (CIHI), Canadian Emergency Department Information System (CEDIS) Presenting Complaint List (V2.0), CAEP, CIHI, Editors. 2012.
- [Casalino 2013] Casalino E, Choquet C, Bernard J, Debit A, Doumenc B, Berthoumieu A, Wargon M. Predictive variables of an emergency department quality and performance indicator: a 1-year prospective, observational, cohort study evaluating hospital and emergency census variables and emergency department time interval measurements. *Emergency medicine journal : EMJ* 30 (8): 638-645 (2013)

- [Coburn 2016] Coburn M, Rossaint R, Bause H, Biscopig J, Fries M, Henzler D, Iber T, Karst J, Meybohm P, Mierke B, Pabst F, Schälte G, Schiff JH, Stevanovic A, Winterhalter M. Qualitätsindikatoren in der Anästhesiologie 2015. *Anästh Intensivmed* 57 (4): 219-230 (2016)
- [Crilly 2013] Crilly J, Bost N, Thalib L, Timms J, Gleeson H. Patients who present to the emergency department and leave without being seen: prevalence, predictors and outcomes. *Eur J Emerg Med* 20 (4): 248-255 (2013)
- [Department of Health 2010] Department of Health. A&E Clinical Quality Indicators. Department of Health
of Health
(http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_122892.pdf - Zugriff am 20.2.2016). (2010)
- [Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie 2011] Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin, Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie, Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde K-uH-C, Deutsche Gesellschaft für Mund- K-uG, Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie, Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Urologie, Deutsche Röntgengesellschaft. S3 Leitlinie Polytrauma - AWMF-Register Nr. 012/019, http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/012-019_S3_Polytrauma_Schwererletzten-Behandlung_2011-07_01.pdf. 2011: AWMF. 445.
- [Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie 2012] Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie. Weißbuch Schwerverletztenversorgung 2., erweiterte Auflage - Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletztenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland. *Orthopädie und Unfallchirurgie Mitteilungen und Nachrichten (Supplement 1)*: 71 (2012)
- [Easton 2012] Easton R, Sisak K, Balogh ZJ. Time to computed tomography scanning for major trauma patients: the Australian reality. *ANZ journal of surgery* 82 (9): 644-647 (2012)
- [Ekelund 2011] Ekelund U, Kurland L, Eklund F, Torkki P, Letterstal A, Lindmarker P, Castren M. Patient throughput times and inflow patterns in Swedish emergency departments. A basis for ANSWER, A National Swedish Emergency Registry. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 19 37 (2011)
- [Glance 2012] Glance LG, Dick AW, Mukamel DB, Osler TM. Association between trauma quality indicators and outcomes for injured patients. *Arch Surg* 147 (4): 308-315 (2012)

- [Gräsner 2006] Gräsner JT, Messelken M, Scholz J, al. e. Das Reanimationsregister der DGAI. .
Anaesth Intensivmed 47 630-631 (2006)
- [Guttman 2011] Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. BMJ 342 d2983 (2011)
- [Heyworth 2011] Heyworth J. Emergency medicine-quality indicators: the United Kingdom perspective. Acad Emerg Med 18 (12): 1239-1241 (2011)
- [Hoffken 2009] Hoffken G, Lorenz J, Kern W, Welte T, Bauer T, Dalhoff K, Dietrich E, Ewig S, Gastmeier P, Grabein B, Halle E, Kolditz M, Marre R, Sitter H. [Epidemiology, diagnosis, antimicrobial therapy and management of community-acquired pneumonia and lower respiratory tract infections in adults. Guidelines of the Paul-Ehrlich-Society for Chemotherapy, the German Respiratory Society, the German Society for Infectiology and the Competence Network CAPNETZ Germany]. Pneumologie (Stuttgart, Germany) 63 (10): e1-68 (2009)
- [Houston 2015] Houston C, Sanchez LD, Fischer C, Volz K, Wolfe R. Waiting for triage: unmeasured time in patient flow. West J Emerg Med 16 (1): 39-42 (2015)
- [Jones 2012] Jones P, Harper A, Wells S, Curtis E, Carswell P, Reid P, Ameratunga S. Selection and validation of quality indicators for the Shorter Stays in Emergency Departments National Research Project. Emerg Med Australas 24 (3): 303-312 (2012)
- [Koster-Rasmussen 2008] Koster-Rasmussen R, Korshin A, Meyer CN. Antibiotic treatment delay and outcome in acute bacterial meningitis. J Infect 57 (6): 449-454 (2008)
- [Kulla 2016] Kulla M, Görtler M, Somasundaram R, Walcher F, Greiner F, Lefering R, Wrede CE, Rubak K, Hörster A, Baacke M, Erdmann B, Dormann H, Brammen D. Originalie-07.2: QUALIFY der Kennzahlen für die ZNA aus dem AKTIN Projekt. Notfall & Rettungsmedizin zur Publikation eingereicht (2016)
- [Lembitz 2009] Lembitz A, Clarke TJ. Clarifying "never events and introducing "always events". Patient safety in surgery 3 26 (2009)
- [Martins 2009] Martins HM, Cuna LM, Freitas P. Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. Emerg Med J 26 (3): 183-186 (2009)
- [Mason 2012] Mason S, Weber EJ, Coster J, Freeman J, Locker T. Time patients spend in the emergency department: England's 4-hour rule-a case of hitting the target but missing the point? Ann Emerg Med 59 (5): 341-349 (2012)

- [McClelland 2012] McClelland MS, Jones K, Siegel B, Pines JM. A field test of time-based emergency department quality measures. *Ann Emerg Med* 59 (1): 1-10 e12 (2012)
- [Meldon 2003] Meldon SW, Mion LC, Palmer RM, Drew BL, Connor JT, Lewicki LJ, Bass DM, Emerman CL. A brief risk-stratification tool to predict repeat emergency department visits and hospitalizations in older patients discharged from the emergency department. *Acad Emerg Med* 10 (3): 224-232 (2003)
- [Moore 2013] Moore L, Stelfox HT, Boutin A, Turgeon AF. Trauma center performance indicators for nonfatal outcomes: a scoping review of the literature. *J Trauma Acute Care Surg* 74 (5): 1331-1343 (2013)
- [Parekh 2013] Parekh KP, Russ S, Amsalem DA, Rambaran N, Wright SW. Who leaves the emergency department without being seen? A public hospital experience in Georgetown, Guyana. *BMC Emerg Med* 13 10 (2013)
- [Plunkett 2011] Plunkett PK, Byrne DG, Breslin T, Bennett K, Silke B. Increasing wait times predict increasing mortality for emergency medical admissions. *Eur J Emerg Med* 18 (4): 192-196 (2011)
- [Proulx 2005] Proulx N, Frechette D, Toye B, Chan J, Kravcik S. Delays in the administration of antibiotics are associated with mortality from adult acute bacterial meningitis. *QJM* 98 (4): 291-298 (2005)
- [Reiter 2008] Reiter A, Fischer B, Kötting J, Geraedts M, Jäckel WH, Döbler K. QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen - German Journal for Quality in Health Care* 101 (10): 683-688 (2008)
- [Ries 2015] Ries M, Christ M. [Quality management in emergency departments : Lack of uniform standards for fact-based controlling]. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 110 (8): 589-596 (2015)
- [Santana 2012] Santana MJ, Stelfox HT. Quality indicators used by trauma centers for performance measurement. *J Trauma Acute Care Surg* 72 (5): 1298-1302; discussion 12303 (2012)
- [Santana 2014] Santana MJ, Stelfox HT, Trauma Quality Indicator Consensus P. Development and evaluation of evidence-informed quality indicators for adult injury care. *Ann Surg* 259 (1): 186-192 (2014)
- [Sausser 2014] Sausser K, Burke JF, Reeves MJ, Barsan WG, Levine DA. A systematic review and critical appraisal of quality measures for the emergency care of acute ischemic stroke. *Ann Emerg Med* 64 (3): 235-244 e235 (2014)

- [Schull 2010] Schull MJ, Hatcher CM, Guttman A, al. e. Development of a Consensus on Evidence-Based Quality of Care Indicators for Canadian Emergency Departments. ICES Investigative Report Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences (http://caep.ca/sites/caep.ca/files/caep/files/national_ed_quality_indicators-10mar2010.pdf - Zugriff am 20.2.2016). (2010)
- [Schull 2011] 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 13 (5): 300-309, E328-343 (2011)
- [Scottish Trauma Audit Group (STAG) 2013] Scottish Trauma Audit Group (STAG). STAG Trauma Quality Indicators V3.0 (http://www.stag.scot-nhs.uk/Trauma/Quality_Indicators_V3.2.pdf - Zugriff am 20.2.2016). (2013)
- [Seymour 2016] Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, Brunkhorst FM, Rea TD, Scherag A, Rubenfeld G, Kahn JM, Shankar-Hari M, Singer M, Deutschman CS, Escobar GJ, Angus DC. Assessment of Clinical Criteria for Sepsis: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 315 (8): 762-774 (2016)
- [Sorup 2013] Sorup CM, Jacobsen P, Forberg JL. Evaluation of emergency department performance - a systematic review on recommended performance and quality-in-care measures. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 21 62 (2013)
- [Stelfox 2011] Stelfox HT, Straus SE, Nathens A, Bobranska-Artiuch B. Evidence for quality indicators to evaluate adult trauma care: a systematic review. Crit Care Med 39 (4): 846-859 (2011)
- [Stelfox 2012] Stelfox HT, Straus SE, Nathens A, Gruen RL, Hameed SM, Kirkpatrick A. Trauma center quality improvement programs in the United States, Canada, and Australasia. Ann Surg 256 (1): 163-169 (2012)
- [Sun 2013] Sun BC, Hsia RY, Weiss RE, Zingmond D, Liang LJ, Han W, McCreath H, Asch SM. Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients. Ann Emerg Med 61 (6): 605-611 e606 (2013)
- [The College of Emergency Medicin (CEM) 2011] The College of Emergency Medicin (CEM). Emergency Department Clinical Quality Indicators: A CEM guide to implementation (<http://www.rcem.ac.uk/code/document.asp?ID=5832> - letzter Zugriff am 20.2.2016). (2011)
- [Trauma Audit & Research Network (TARN) 2010] Trauma Audit & Research Network (TARN). Quality Indicators for Trauma Outcome and Performance

https://www.tarn.ac.uk/content/downloads/27/Quality_Indicators_26-02-10.pdf - Zugriff am 20.2.2016). (2010)

[van der Linden 2014] van der Linden MC, Lindeboom R, van der Linden N, van den Brand CL, Lam RC, Lucas C, Rhemrev SJ, de Haan R, Goslings JC. Walkouts from the emergency department: characteristics, reasons and medical care needs. *Eur J Emerg Med* 21 (5): 354-359 (2014)

[van der Wulp 2009] van der Wulp I, Schrijvers AJ, van Stel HF. Predicting admission and mortality with the Emergency Severity Index and the Manchester Triage System: a retrospective observational study. *Emerg Med J* 26 (7): 506-509 (2009)

[Wan 2009] Wan W, Le T, Riskin L, Macario A. Improving safety in the operating room: a systematic literature review of retained surgical sponges. *Curr Opin Anaesthesiol* 22 (2): 207-214 (2009)

Angaben zum QUALIFY Prozess vom 17.11.2015 in Köln

Zusammenfassung der zu bewertenden Kernaussagen von Qualitätsindikatoren in der QUALIFY-Methode nach Reiter et al. [Reiter 2008]. Dargestellt ist zusätzlich die Zusammenfassung des Bewertungsprozesses vom 17.11.2015 in Köln. Bei der Bewertung des Mittelwertes wird darauf hingewiesen, dass es sich dabei um den MW ordinal skaliertes Werte handelt. (1 = „trifft nicht zu“, resp. „Nein“ / 2 = „trifft eher nicht zu“ / 3 = „trifft eher zu“ / 4 = „trifft zu“, resp. „Ja“)

(Abkürzungen: BiK: Bedenken im Konsens, MW = Mittelwert; n. B. = nicht beurteilt, ZiK = Zustimmung im Konsens)

Kategorie	Kriterium / Kernaussage	ZiK	BiK	MW	Enthal- tungen
Relevanz	R1: Bedeutung: „Der Indikator erfasst Aspekte der Lebensqualität, Morbidität oder Mortalität.“	17 % (6/35)	0 % (0/35)	3,2	5 % (21/455)
	R2: Nutzen: „Der Einsatz des Qualitätsindikators kann die Versorgungsqualität positiv beeinflussen.“	43 % (31/35)	0 % (0/35)	3,3	4 % (19/455)
	R3: Potenzielle Risiken/Nebenwirkungen: „Es sind keine Risiken bekannt/vermutet, die durch den Einsatz des Indikators entstehen könnten.“	0 % (0/35)	0 % (0/35)	2,9	6 % (28/455)
Wissenschaft- lichkeit	W1: Indikatorevidenz: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Strukturindikatoren: „Das Vorhandensein der gemessenen Struktur führt zu einem verbesserten Ergebnis.“ ▪ Bei Indikatoren zur Indikationsstellung: „Das Erfüllen der gemessenen Indikationskriterien führt zu einem positiven Nutzen-Risiko-Verhältnis.“ ▪ Bei Prozessindikatoren: „Das Vorhandensein des gemessenen Prozesses führt zu einem verbesserten Ergebnis.“ ▪ Bei Ergebnisindikatoren: „Das gemessene Ergebnis kann vom Leistungserbringer beeinflusst werden.“ 	n. B.			
	W2: Klarheit der Definitionen: „Der Indikator ist klar und eindeutig definiert.“	40 % (14/35)	0 % (0/35)	3,5	2 % (7/455)
	W3: Reliabilität: „Es handelt sich um eine reliable Messung.“	n. B.			
	W4: Statistische Unterscheidungsfähigkeit	n. B.			
	W5: Risikoadjustierung: „Der Indikator ist ausreichend risikoadjustiert“ (Werden alle vom Anwender nicht verschuldeten Faktoren ausreichend berücksichtigt?).	n. B.			
	W6: Sensitivität: „Der Indikator ist ausreichend sensitiv.“	n. B.			
	W7: Spezifität: „Der Indikator ist ausreichend spezifisch.“	n. B.			
	W8: Validität: „Der Indikator ist ausreichend valide.“	n. B.			
Praktikabilität	P1: Verständlichkeit und Interpretierbarkeit für Patienten und interessierte Öffentlichkeit	6 % (2/35)	0 % (0/35)	3,0	2 % (7/455)
	P2: Verständlichkeit und Interpretierbarkeit für Ärzte und Pflegende	43 % (15/35)	0 % (0/35)	3,7	1 % (6/455)

Kategorie	Kriterium / Kernaussage	ZiK	BiK	MW	Enthal- tungen
	P3: Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung: „Der Qualitätsindikator bezieht sich auf einen Versorgungsaspekt, der von den bewerteten Akteuren auch beeinflusst werden kann.“	46 % (16/35)	0 % (0/35)	3,3	1 % (6/455)
	P4: Datenverfügbarkeit: „Die Daten werden beim Leistungserbringer routinemäßig dokumentiert oder die zusätzliche Erhebung erfordert vertretbaren Aufwand.“	26 % (9/35)	3 % (1/35)	3,0	0 % (1/455)
	P5: Erhebungsaufwand: „Es steht keine Datenerhebungsmethode zur Verfügung, die mit geringerem Aufwand mindestens gleichwertige Ergebnisse liefert.“	0 % (0/35)	0 % (0/35)	3,1	27 % (123/455)
	P6: Implementationsbarrieren: „Es sind keine Implementationsbarrieren bekannt oder sie sind durch geeignete Maßnahmen berücksichtigt.“	14 % (5/35)	3 % (1/35)	3,3	4 % (18/455)
	P7: Richtigkeit: „Die Richtigkeit der Daten kann überprüft werden.“	37 % (13/35)	0 % (0/35)	3,6	3 % (15/455)
	P8: Vollständigkeit der Daten: „Ist der einzelne Datensatz vollständig?“	13 % (13/35)	0 % (0/35)	3,7	4 % (17/455)
	P9: Vollzähligkeit der Daten: „Kann überprüft werden, ob alle aufgetretenen Fälle auch erfasst wurden?“	37 % (13/35)	0 % (0/35)	3,6	3 % (14/455)

Teilnehmer am QUALIFY-Prozess

Name	Institut	Disziplin
Baacke, Markus	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Trier	Chirurgie
Brammen, Dominik	Universitätsklinikum Magdeburg	Anästhesie
Erdmann, Bernadett	Klinikum Wolfsburg	Innere Medizin
Goertler, Michael	Universitätsklinikum Magdeburg	Neurologie
Greiner, Felix	Universität Magdeburg	Epidemiologie
Harth, Andreas	Bundeswehrkrankenhaus Ulm	Neurologie
Hörster, Anna	Institut für Forschung in der Operativen Medizin der Universität Witten-Herdecke, Köln	Pflegekraft
Kulla, Martin	Bundeswehrkrankenhaus Ulm	Anästhesie
Lefering, Rolf	Institut für Forschung in der Operativen Medizin der Universität Witten-Herdecke, Köln	Biometrie/Statistik
Rubak, Katharina	Bundeswehrkrankenhaus Ulm	Patientensicht
Somasundaram, Rajan	Charité, Berlin	Innere Medizin/Patientensicherheit
Walcher, Felix	Universitätsklinikum Magdeburg	Unfallchirurgie
Wrede, Christian	Helios-Klinikum Berlin-Buch	Innere Medizin

Angaben von möglichen Interessenskonflikten siehe Kulla et al. [Kulla 2016].

Angaben zur offenen Diskussion am 15.3.2016 in Wolfsburg

Teilnehmer an der offenen Diskussion via E-Mail sowie am Arbeitstreffen am 17.11.2016 in Wolfsburg.

Name	Institut	Disziplin
Baacke, Markus	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Trier	Chirurgie
Brammen, Dominik	Universitätsklinikum Magdeburg	Anästhesie
Dormann, Harald	Klinikum Fürth	Internist
Erdmann, Bernadett	Klinikum Wolfsburg	Innere Medizin
Goertler, Michael	Universitätsklinikum Magdeburg	Neurologie
Greiner, Felix	Universität Magdeburg	Epidemiologie
Harth, Andreas	Bundeswehrkrankenhaus Ulm	Neurologie
Hörster, Anna*	Institut für Forschung in der Operativen Medizin der Universität Witten- Herdecke, Köln	Pflegekraft
Kulla, Martin	Bundeswehrkrankenhaus Ulm	Anästhesie
Lefering, Rolf	Institut für Forschung in der Operativen Medizin der Universität Witten- Herdecke, Köln	Biometrie/Statistik
Rubak, Katharina	Bundeswehrkrankenhaus Ulm	Patientensicht
Somasundaram, Rajan	Charité, Berlin	Innere Medizin/Patientensicherheit
Walcher, Felix	Universitätsklinikum Magdeburg	Unfallchirurgie
Wrede, Christian	Helios-Klinikum Berlin-Buch	Innere Medizin

* Nur Teilnahme an E-Mail Diskussion

Angaben von möglichen Interessenskonflikten siehe Kulla et al. [Kulla 2016].

Dateiname: eSupp 2 Indikatorregister 20160912.docx
Ordner: /Users/Martin/Library/Containers/com.microsoft.Word/Data/Documents
Vorlage: /Users/Martin/Library/Group Containers/UBF8T346G9.Office/User
Content.localized/Templates.localized/Normal.dotm
Titel: Notärztliche Diagnosequalität...
Thema:
Autor: Martin Kulla
Stichwörter:
Kommentar:
Erstelldatum: 14.09.16 12:44:00
Änderung Nummer: 2
Letztes Speicherdatum: 14.09.16 12:44:00
Zuletzt gespeichert von: Martin Kulla
Letztes Druckdatum: 14.09.16 12:44:00
Nach letztem vollständigen Druck
Anzahl Seiten: 49
Anzahl Wörter: 15.538 (ca.)
Anzahl Zeichen: 97.892 (ca.)