



Qualitätsindikatoren aus Routinedaten

18.03.2010

Umsetzung der QKK Indikatoren in der Marienhaus GmbH

Qualitätsindikatoren kirchlicher Krankenhäuser (QKK)



Die *Marienhaus GmbH* wurde im Jahre 1903 von der Ordensgemeinschaft der Waldbreitbacher Franziskanerinnen gegründet. Sie ist mit

- 23 Krankenhäusern (an 31 Standorten)*
- 28 Alten- und Pflegeheimen*
- 2 Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe*
- 8 Hospizen*
- 7 Bildungseinrichtungen und*
- 7 weiteren Einrichtungen*

einer der größten christlichen Träger von sozialen Einrichtungen in Deutschland. Die Häuser liegen in den Bundesländern **Rheinland-Pfalz**, dem **Saarland**, **Hessen** und **Nordrhein-Westfalen**.

Wie alles begann...

- seit 2005 Teilnahme am trägerübergreifenden Projekt „*Leistungsfähigkeit – Wirtschaftlichkeit – Qualität katholischer Krankenhäuser*“ mit
 - caritas trägergesellschaft trier e.V.
 - caritas trägergesellschaft saarbrücken mbH
 - Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH
 - Maria Hilf GmbH
 - Marienhaus GmbH
 - Fa. 3M, Neuss

Wie alles begann...

- Im Projektverlauf Konzentration auf Qualität
 - Zusammenstellung und Überprüfung eines geeigneten Indikatorensets
 - Bildung einer Marienhausinternen Arbeitsgruppe
 - „Konzept zur trägerweiten Implementierung von Qualitätsindikatoren“ (November 2006)
 - Votum an die Geschäftsführung zur Etablierung medizinischer Fachgruppen als Gremium zur Diskussion und Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren

Was dann geschah...

- 2007 - Einrichtung medizinischer Fachgruppen durch die Stabsstelle Unternehmensentwicklung und Medizin im Zuge der Medizinischen Kompetenzvernetzung
- Erarbeitung einer Verfahrensanweisung zum Umgang mit den Auswertungsergebnissen in der Marienhaus GmbH
- 2008 - Beschluss der Geschäftsführung zur verbindlichen Umsetzung des Projektes in allen Einrichtungen der Marienhaus GmbH (zunächst mit einem eingeschränkten Indikatorenset)

Was dann geschah...

- Information und Schulung der Mitarbeitenden in den Einrichtungen
 - Analyse der Auswertungsergebnisse
 - Umgang mit dem Auswertungstool (Excel)
- Weiterentwicklung der Strukturen und Abläufe zur Projektarbeit in den Einrichtungen durch die trägerinterne Arbeitsgruppe
- Intensive Diskussion der Analyseergebnisse in den Fachgruppensitzungen

Was dann geschah...

- 2009 - Ergebnis der fachlichen Diskussionen der Auswertungen in den medizinischen Fachgruppen ist ein Votum zur Einführung eines Peer-Review-Verfahrens
- Ende 2009 - Erste Revision der Verfahrensanweisung zum Umgang mit den Auswertungsergebnissen
 - Optimierungspotential in Fort- und Weiterbildung
 - Engere Anbindung an die Geschäftsführung

Umsetzung

Im Zentralen Controlling der **Marienhaus GmbH**

- Die für das Projekt erforderlichen Daten (§ 21 KHEntgG) werden vom Zentralen Controlling quartalsweise an die Fa. 3M MEDICA zur Aufarbeitung weitergeleitet. Diese versendet dann die Auswertungen in Form des Management-Reports an die Einrichtungen.

**Datenlieferung an 3M
(Zentr. Controlling)**



**Datenaufbereitung
(3M)**



**Lieferung der Ergebnisse
an die Einrichtungen
(*quartalsweise*)**

Umsetzung

In den Einrichtungen

- Basierend auf dem Geschäftsführungsbeschluss vom 10.09.2007 ist jeweils der Ärztliche Direktor für das Projekt in der Einrichtung verantwortlich. Neben diesem steht in jeder Einrichtung ein Ansprechpartner (plus Vertreter) für den Empfang und die Aufbereitung der Daten zu Verfügung.
- Die Auswertungsergebnisse werden innerhalb von 4 Wochen nach Auslieferung der Ergebnisse von den Ansprechpartnern der Einrichtungen an die leitenden Ärzte der jeweiligen Fachabteilung weitergeleitet.

Umsetzung

In den Einrichtungen

- Die auffälligen Indikatoren werden innerhalb weiterer 4 Wochen in den beteiligten Fachabteilungen analysiert. Hierzu wird die Nutzung der [Analysekriterien](#) zum internen Review-Verfahren empfohlen. Die daraus resultierenden Maßnahmen sind zu dokumentieren und an den für das Projekt verantwortlichen Ansprechpartner weiterzuleiten. Dieser kommuniziert die vorgeschlagenen Maßnahmen mit dem Direktorium.
- Abschließend erfolgt die Information des Projektverantwortlichen in der Zentrale über Ergebnis und geplante Maßnahmen, der der Geschäftsführung über die zurückgemeldeten Ergebnisse zusammenfassend berichtet.

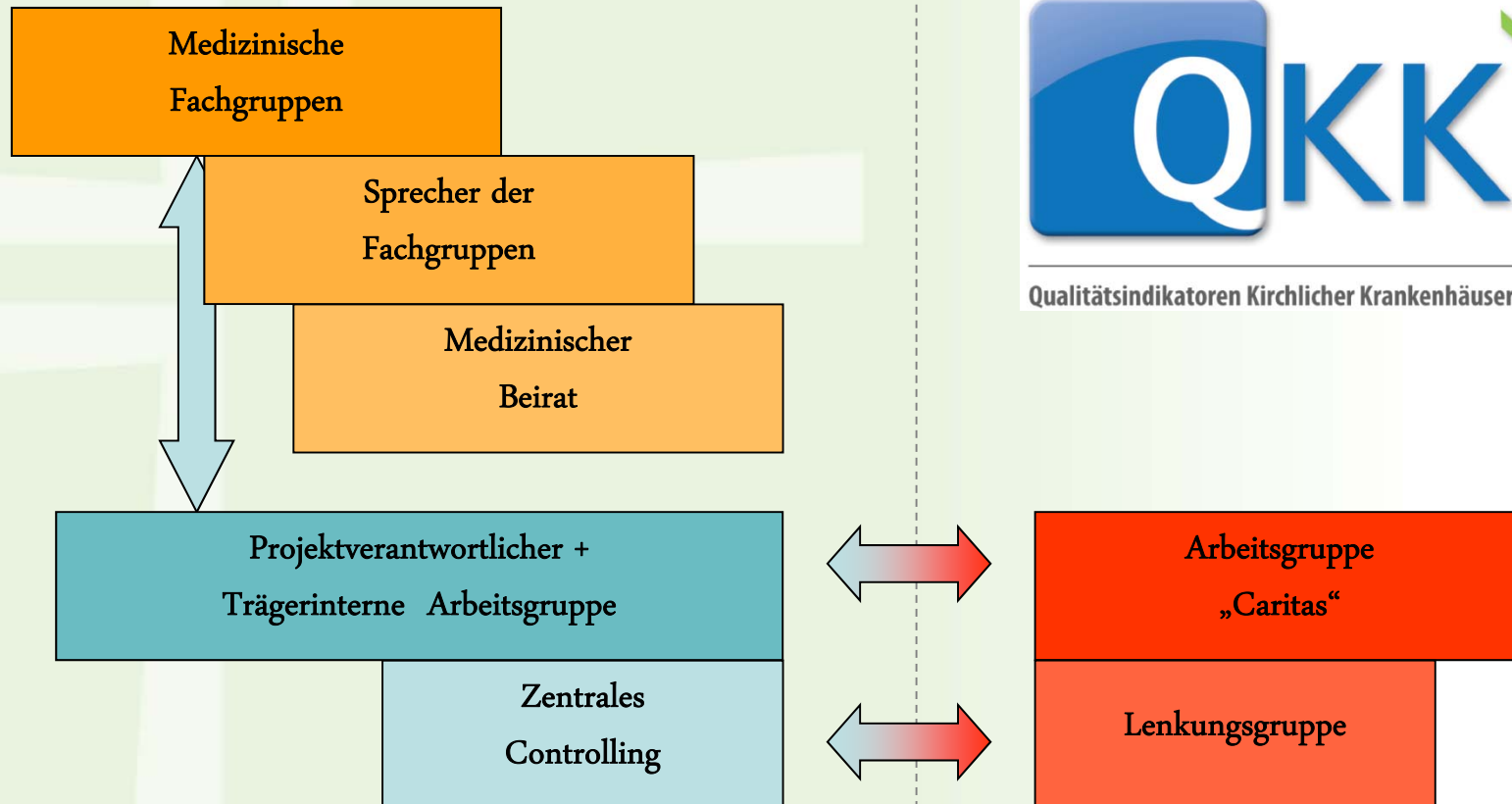
Umsetzung

In den Einrichtungen

- Fälle, aus denen sich ein Optimierungspotenzial ergeben hat, sollen zur interdisziplinären Fortbildung genutzt werden. Hierzu sind geeignete Strukturen zu schaffen bzw. vorhandene zu nutzen, wie z.B. Fallbesprechung, Risk-Management-Sitzungen oder Mortalitäts- und Morbiditätssitzungen.
- Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses wird das Thema Qualitätsindikatoren in der BSC der Einrichtung aufgenommen.

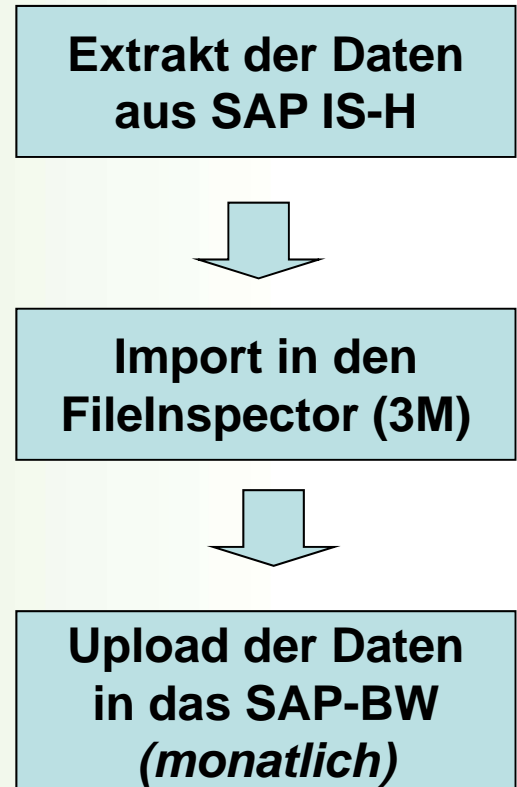
Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser - QKK

Organisation und Kommunikation



Ausblick

Monatliche Darstellung der Auswertungsergebnisse zu den Qualitätsindikatoren im Management-Informationssystem (Business Warehouse / SAP-BW) der Marienhaus GmbH



Ausblick

Ausbau des Peer-Review-Verfahrens

- Interne Fallanalyse nach standardisiertem Verfahren (Analysekriterien) bei signifikanter Abweichung der Indikatorausprägung.
- Standardisiertes Peer-Review-Verfahren möglich, wenn die Interne Fallanalyse zu keinem befriedigenden Ergebnis führt.
- Koordination des Prozesses über eine zentrale Steuergruppe der Marienhaus GmbH

Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser - QKK

Ausblick

Geschäftsführung

Steuergruppe

Medizinische
Fachgruppen

Interne Arbeitsgruppe

- Qualitätsindikatoren, Haftpflichtfälle und...
- Weiterentwicklung Risk-Management
- Diskussion der Ergebnisse
- Empfehlung an die Geschäftsführung
- Kommunikation

- Kommunikation des Optimierungspotentials
- Diskussion und Weiterentwicklung von Indikatoren
- Festlegung von Zielwerten

- Erfahrungsaustausch
- Diskussion von Indikatoren
- Weiterentwicklung des Verfahrens

Abstimmung des Peer-Review-Verfahrens

Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser - QKK



Derjenige, der sich mit Einsicht für beschränkt erklärt, ist der Vollkommenheit am nächsten.

Johann Wolfgang von Goethe

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Analysekriterien zum internen Review-Verfahren

Fall – Nr. _____

| Analysekriterien | Ergebnis / Maßnahmen | verantwortlich |
|---|----------------------|----------------|
| Ist der Patient in die richtige Abteilung aufgenommen worden? | | |
| Wurde bei der Aufnahme eine Arbeitsdiagnose erfasst? | | |
| Wurden die Diagnostik und das Ergebnis der Diagnostik adäquat und zeitgerecht durchgeführt und gewürdigt? <ul style="list-style-type: none"> • Prä- u. postinterventionell • Dokumentation? | | |
| Wurde die Behandlung adäquat und zeitgerecht durchgeführt? <ul style="list-style-type: none"> • z.B. intraoperativ (Schnitt/Naht)? | | |
| War der Behandlungsprozess zielführend und wurde er kontinuierlich kritisch hinterfragt? <ul style="list-style-type: none"> • Reaktion auf Therapieversager | | |
| War die Indikation zur OP / Intervention / Intensivtherapie inhaltlich angemessen? | | |
| Wurde die Indikation zur OP / Intervention / Intensivtherapie rechtzeitig gestellt? | | |
| War das Komplikationsmanagement medizinisch korrekt? <ul style="list-style-type: none"> • inhaltlich logisch? • zeitlicher Verlauf? | | |

