



Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser - QKK

Ein Projekt der Arbeitsgemeinschaften katholischer Krankenhäuser Rheinland-Pfalz und Saarland
In Kooperation mit
dem Katholischen Krankenhausverband Deutschlands e.V.
der Arbeitsgemeinschaft kath. Krankenhäuser in Hessen

Routinedaten in der Versorgungsforschung gmds Symposium

Krefeld, 17. März 2011

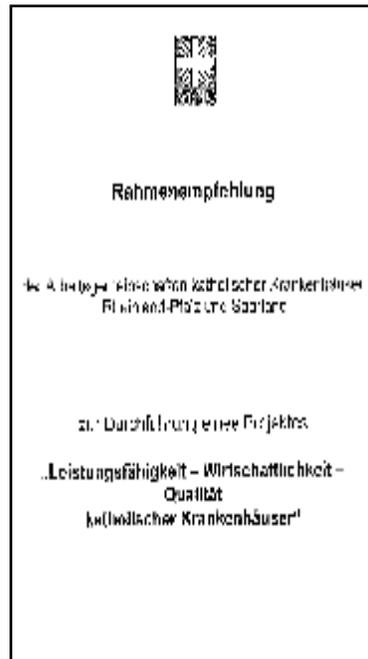
Thomas Jungen, Trier

QKK: 6 Jahre Benchmarking mit Qualitätsindikatoren aus Routinedaten



- ü Was bisher geschah?
- ü Ergebnisse aus 6 Jahren Benchmarking
- ü Arbeiten mit Indikatoren im Krankenhaus (Dr. Murphy)

Ein Schwerpunkt unserer Arbeit: Qualität und Werte



2000 bis 2007

2002 bis 2004

Ab 2005 QI

seit 2008

2009

2011



Projektdesign und Indikatorensets



- ü **Quartalsweise Datenlieferung (§ 21 KHEntG) an 3M**
- ü **Quartalsweise Excel-Auswertung mit Datenwürfel durch 3M**
- ü **Hausinterne Fallanalyse und Feedback (Vergleich mit internen u. externen Referenzwerten)**
- ü **Prozessanalyse**
- ü **Peer-Review-Verfahren**
- ü **Arbeitsgruppen**
- ü **Präsentationsveranstaltung**
- ü **Projektportal**
- ü **Wissenschaftliche Begleitung**
- ü **Kennzahlen Qualitätssicherung (BQS/SQG)**
- ü **PSI der AHRQ**
- ü **HELIOS-QI 2G**
- ü **QSR (optional)**
- ü **spezifische QI (in Arbeit)**

Projektteilnehmer

12 Träger mit 38 Einrichtungen



4  3   4

    5   2 

16

Ergebnisse aus 6 Jahren Benchmarking QKK Meilensteine



- 1) Welches sind die richtigen Indikatoren?**
- 2) Entwicklungsprozess**
- 3) Peer-Review-Verfahren**
- 4) Projektspezifische Indikatoren**
- 5) Lassen sich Ergebnisverbesserungen nachweisen?**

Das QKK-Indikatorenset (32 Helios, 21 PSI)

Quelle: Stausberg 2009



Konservative Versorgung

Herzinfarkt

Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinfarkt (HELIOS 01.01)
Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinfarkt, Alter 45 bis 64 Jahre (HELIOS 01.03)
Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinfarkt, Alter 65 bis 84 Jahre (HELIOS 01.04)
Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinfarkt (ICD I21, I22), Direktaufnahme (HELIOS 01.06)

Herzinsuffizienz

Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Alter größer 19 Jahre (HELIOS 01.07)
Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Alter 45 bis 64 Jahre (HELIOS 01.08)
Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Alter 65 bis 84 Jahre (HELIOS 01.09)
Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Alter größer 84 Jahre (HELIOS 01.10)

Schlaganfall, alle Formen

Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall, alle Formen (HELIOS 05.01)
Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall, alle Formen, Alter 45 bis 64 Jahre (HELIOS 05.03)
Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall, alle Formen, Alter 65 bis 84 Jahre (HELIOS 05.04)
Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall, alle Formen, Alter größer 84 Jahre (HELIOS 05.05)
Todesfälle bei Hirninfarkt (ICD I63, Alter größer 19 Jahre) (HELIOS 05.06)
Todesfälle bei Schlaganfall nicht näher bezeichnet (ICD I64) (HELIOS 05.08)
Anteil Schlaganfall nicht näher bezeichnet (I64) (HELIOS 05.09)

Lungenentzündung (Pneumonie)

Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie, alle Altersgruppen (HELIOS 06.01)
Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie, Alter 45 bis 64 Jahre (HELIOS 06.04)
Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie, Alter 65 bis 84 Jahre (HELIOS 06.05)

Operative Versorgung

Cholezystektomie bei Gallensteinen ohne TU Anteil

Geburtshilfe

Geburtstrauma bei Neonaten (PSI 17)
Anteil der Mütter bei Geburt mit Episiotomie (HELIOS 15.03)
Kaiserschnitttrate (Sectorate) in % aller Geburten (HELIOS 14.04)
Anteil sanfter Kaiserschnitt (nach Misgav-Ladach) an allen Sectios (HELIOS 15.05)
Äußerst schw. geburtsh. Verletzung, vaginale Entb.

Gute Übereinstimmung subjektiver Einschätzung aus der Praxis mit der Auswahl, die über statistische Verfahren getroffen wurde.

vaginale Entb.

Entb. bei

PSI 3. und 4.

esie (PSI 1)
lität (PSI 2)

Altersgruppen (HELIOS 23.01)
Todesfälle bei Schenkelhalsfraktur, Alter 85 bis 89 Jahre (HELIOS 23.06)
Todesfälle bei Schenkelhalsfraktur, Alter größer 89 Jahre (HELIOS 23.07)

postoperative Ereignisse

Postoperative Schenkelhalsfraktur (PSI 8)
Postoperative Blutung oder postoperatives Hämatom (PSI 9)
Postoperative physiologische und metabolische Entgleisung (PSI 10)
Postoperative respiratorische Insuffizienz (PSI 11)
Postoperative Lungenembolie oder tiefe Venenthrombose (PSI 12)
Postoperative Sepsis (PSI 13)
Postoperative Wunddehiszenz (PSI 14)

Behandlungskomplikationen (PSI 4)
Todesfälle bei Nierenversagen (PSI 4.1)
Todesfälle bei Embolie / Tiefer Venenthrombose (PSI 4.2)
Todesfälle bei Schock (PSI 4.5)
Todesfälle bei akutem Ulcus / GI-Blutung (PSI 4.6)
Todesfälle bei Beatmung größer 24 Stunden (ohne Neugeborene) (HELIOS 29.01)
Todesfälle bei Sepsis (DRG T60) (HELIOS 30.01)
iatrogener Pneumothorax (PSI 6)
Ausgewählte Infektionen im Zusammenhang mit medizinischer Behandlung (PSI 7)

QKK-Entwicklungsprozess



2005 bis 2007: Diskussion der Ergebnisse in AGs

2008: Umsetzung in den Einrichtungen

2009: Prozessanalyse „Todesfälle bei Beatmung > 24h“

2010: 4 Peer-Review-Verfahren

Auf Projektebene: Freiwilligkeit und Motivation

Auf Träger/- und Hausebene unterschiedliche Ansätze



Peer-Review-Verfahren



- ü Ein Indikator (Todesfälle bei Beatmung) in 4 Häusern**
- ü Verfahrensvorschlag (internes und externes Review)**
- ü Freiwillige Meldung der Häuser und Gutachter**
- ü Auswahl der Fälle durch AG Peer-Review**
- ü Mindestens 2 Chefärzte und Visitationsbegleiter**
- ü Hausinterne und anschließend externe Aktenbegutachtung (Standards und Checklisten)**
- ü Protokoll (Anzahl Akten, Kodierfehler, Verbesserungspotential, gut geregelte Tatbestände)**
- ü Diskussion der Ergebnisse (Chefärzte, ÄD, KD)**

Projektspezifische Indikatoren



- ü **Vorschläge aus der Lenkungsgruppe**
- ü **Kooperation mit der proCum Cert
Zertifizierungsgesellschaft**
- ü **Inhaltliche Bewertung durch die Lenkungsgruppe**
- ü **Wissenschaftliche Bewertung durch Prof.
Stausberg [palliativmedizin_01_v2-1.doc](#)**

Lassen sich Ergebnisverbesserungen nachweisen?



ü Wie haben sich die 53 QKK Indikatoren und 133 Kennzahlen der externen vergleichenden Qualitätssicherung zwischen 2007 und 2009 in den Projekthäusern entwickelt (1,2 Mio. Behandlungsfälle)?

ü Definition Verbesserung

Werte werden kontinuierlich besser

kleiner oder größer

Wert ist immer optimal

0 oder 1

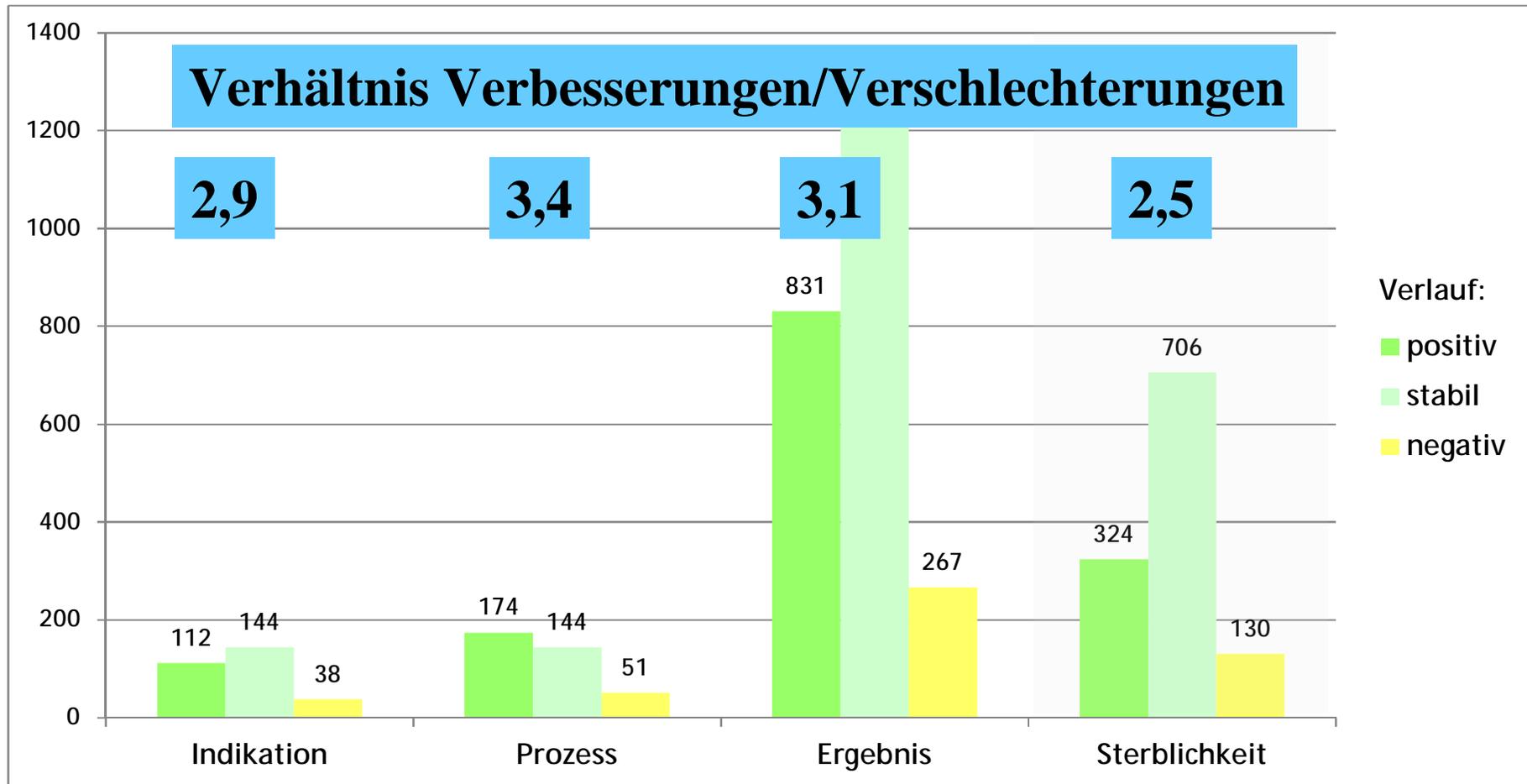
2008 und 2009 optimaler Wert

0 oder 1

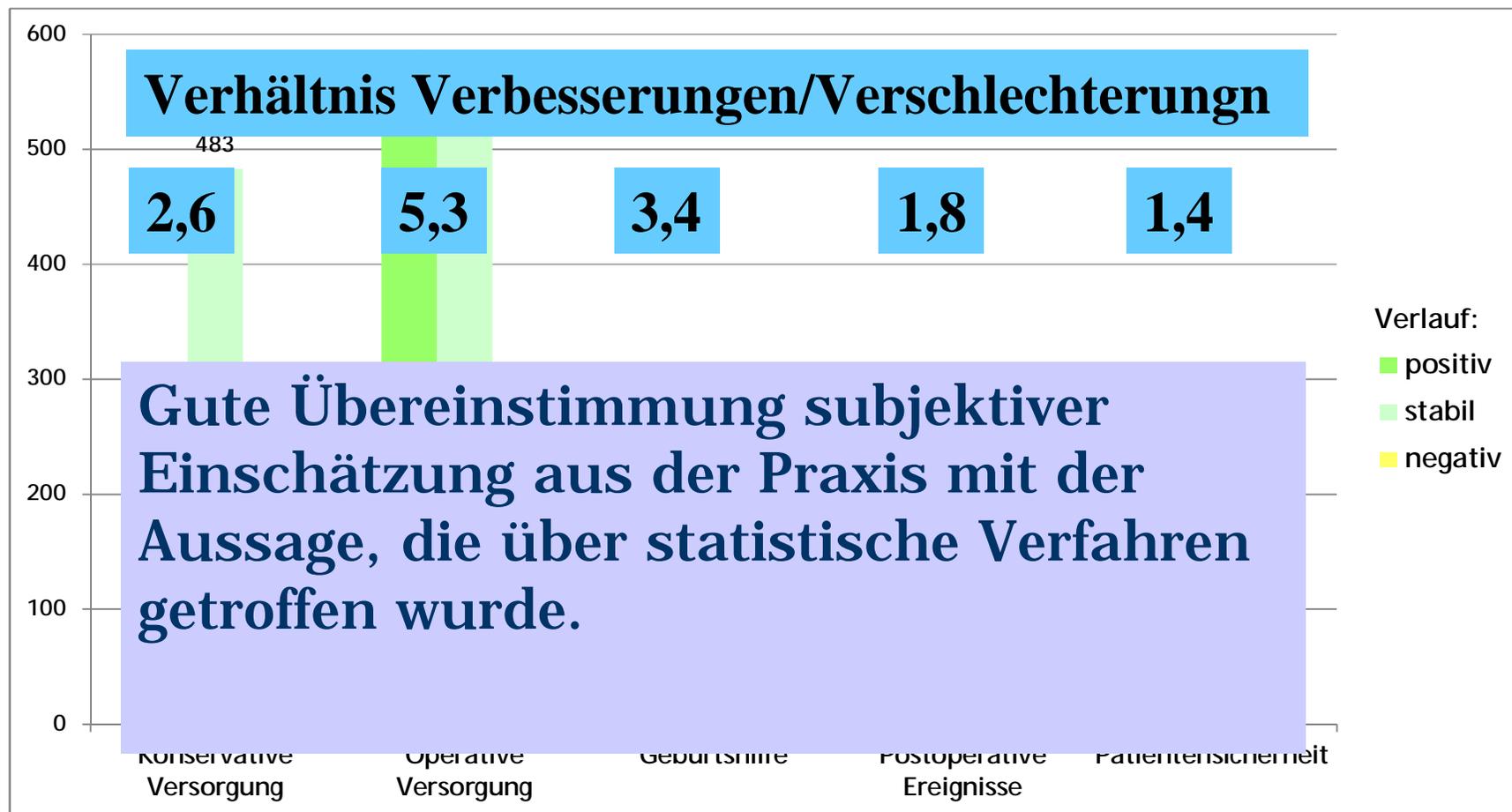
(Quelle: Stausberg 2010)

Ergebnisse in Kategorien

1685 + 1301 Verläufe (Raten x KH)



Ergebnisse in Leistungsbereichen



Gemeinsam Ziele erreichen!



Qualitätsindikatoren aus Routinedaten sind ein sinnvolles Instrument des Qualitätsmanagements!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

www.qkk-online.de