



BARMHERZIGE
BRÜDER

 **Klinikum
St. Elisabeth Straubing GmbH**

Arbeit mit QKK – Indikatoren im Krankenhaus

Dr. Frank Murphy, MA

Klinikum St. Elisabeth Straubing GmbH



QUALITÄTSINDIKATOREN
FÜR KIRCHLICHE KRANKENHÄUSER (QKK)

PROJEKT DER ARBEITSGEMEINSCHAFTEN KATHOLISCHER
KRANKENHÄUSER RHEINLAND-PFALZ UND SAARLAND



Grundgedanke der Arbeit mit Indikatoren

Ergebnisse anschauen,
wo **nicht-OK** → Überprüfung der entspr. **Prozesse** → **Strukturen & MA**
anschauen
(Qualification, Training, Mitarbeit)

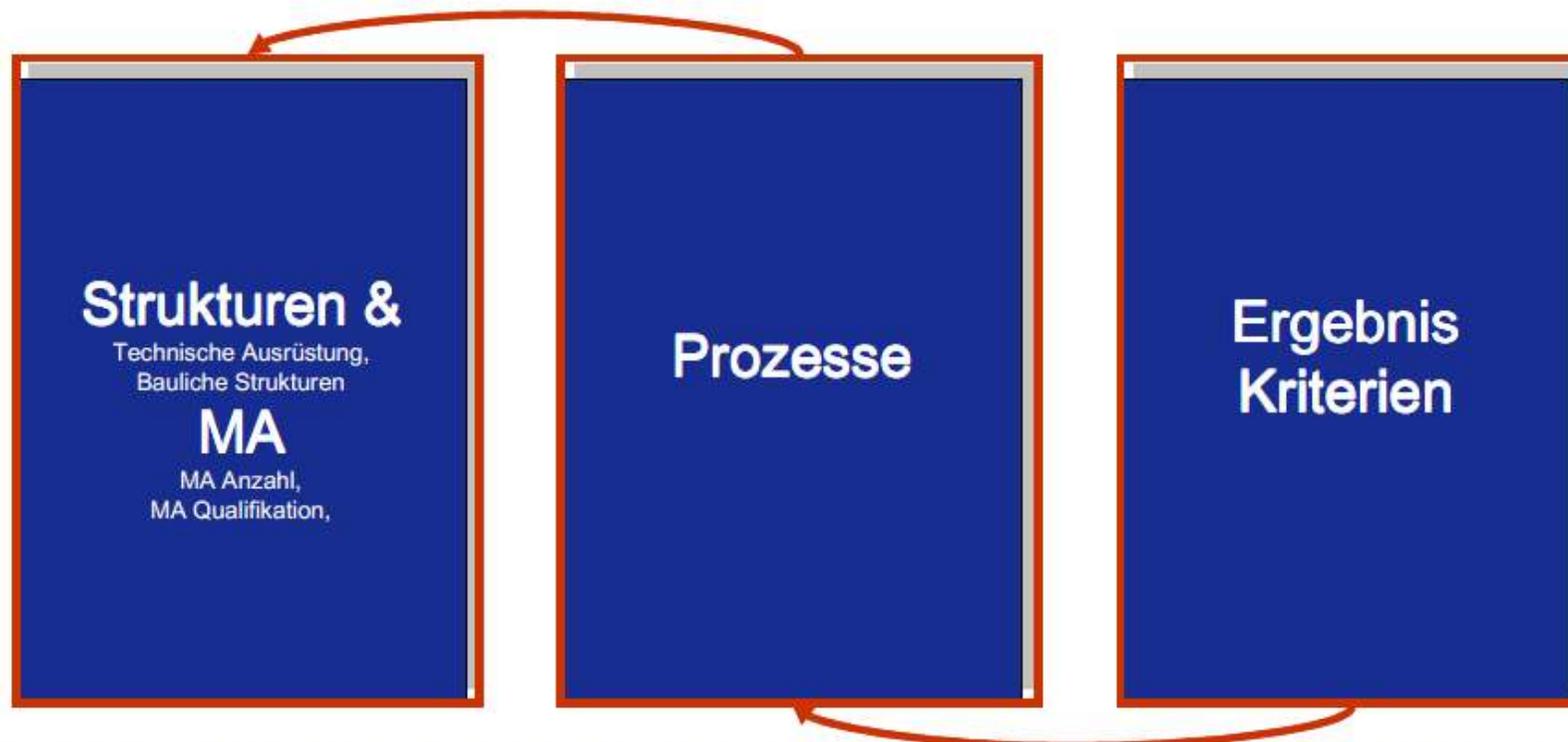
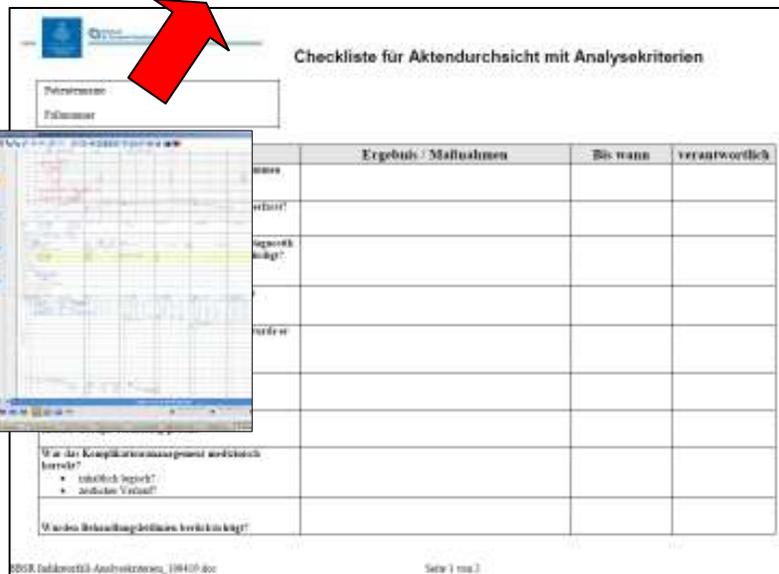
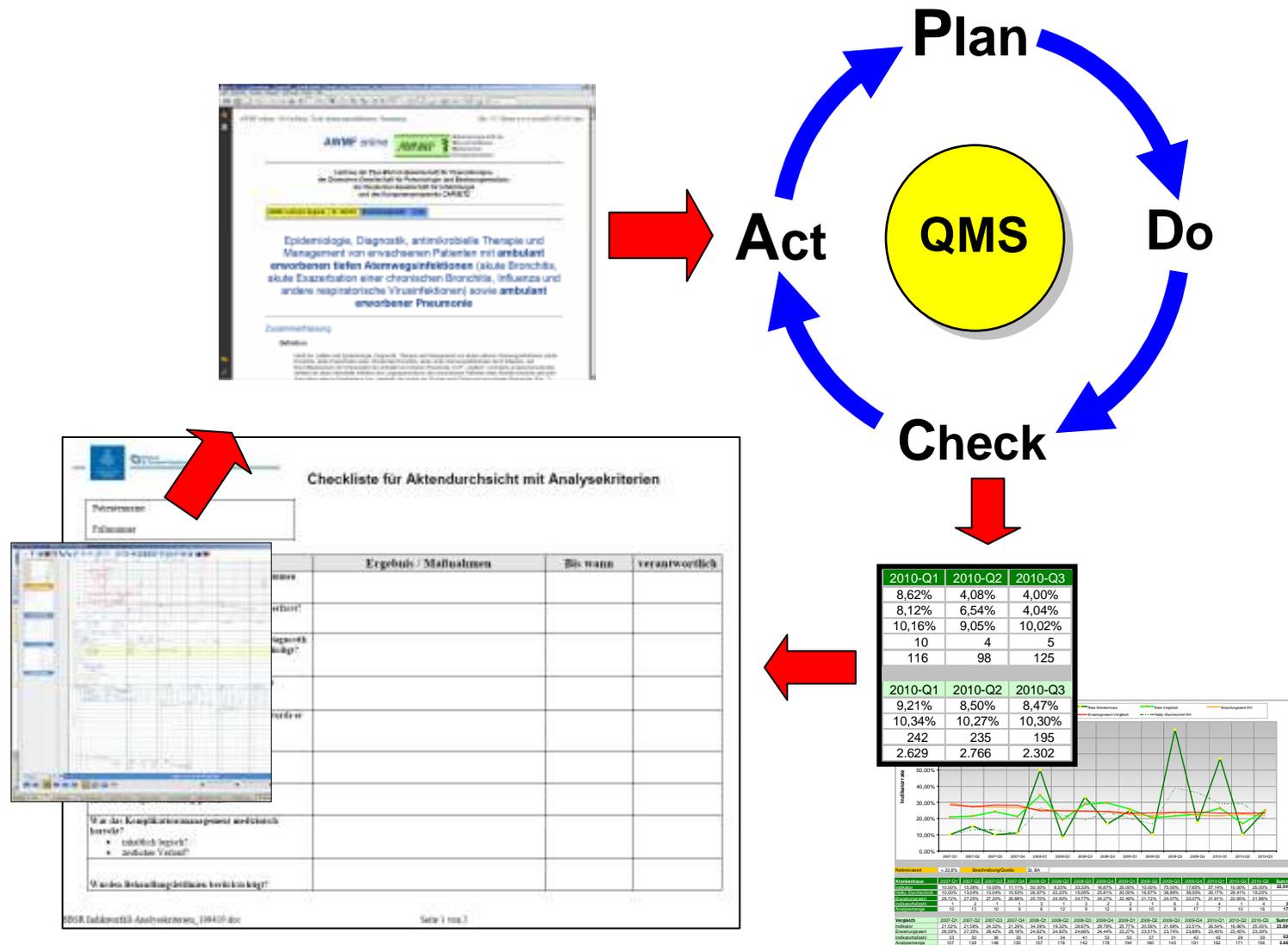


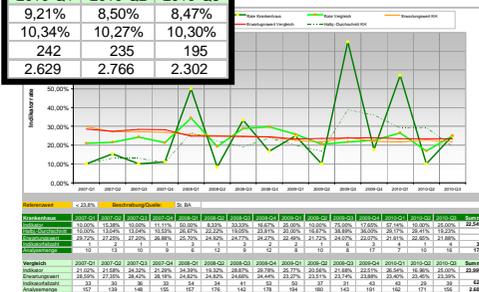
Bild 1: Auf Basis von Ergebnisindikatoren Prozesse, Strukturen und Mitarbeiterqualifikation analysieren und verbessern

Verbindung Indikatoren zu QM



2010-Q1	2010-Q2	2010-Q3
8,62%	4,08%	4,00%
8,12%	6,54%	4,04%
10,16%	9,05%	10,02%
10	4	5
116	98	125

2010-Q1	2010-Q2	2010-Q3
9,21%	8,50%	8,47%
10,34%	10,27%	10,30%
242	235	195
2.629	2.766	2.302



Vorgehen im Krankenhaus

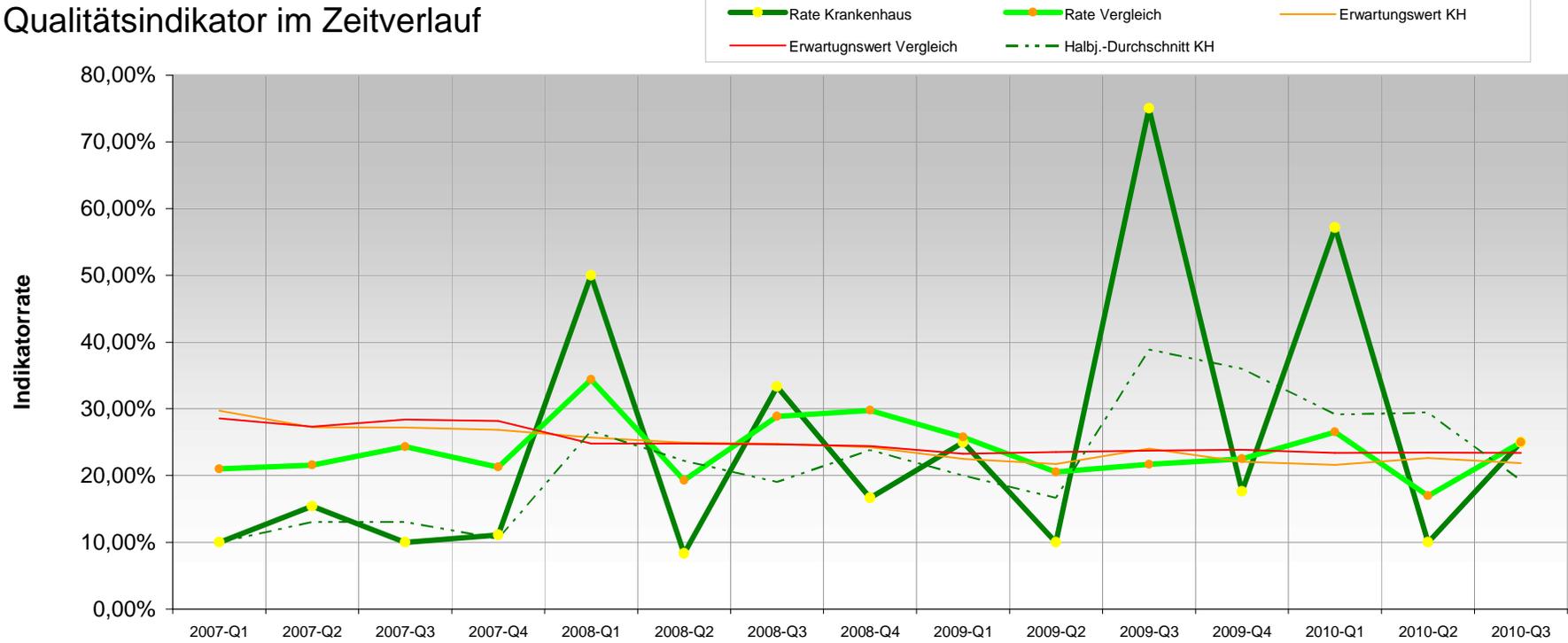
1. Auswertung quartalsweise veröffentlichen (Leitungskonferenz und Klinikumskonferenz)
2. Einzelfallanalyse in den auffälligen Indikatorengruppen:
 - Dekodierung der Fall ID Codes
 - Fallbesprechung an Hand der Akte zwischen Medizin-Controller // Ärztlichen QMB und Leitendem Arzt / Chefarzt
3. Rückmeldung der Fallanalysen (anonym) an Leitungskonferenz
4. Auffällige Fälle an Chefarzt für M&M Konferenz der Fachabteilung
5. Auffällige Fälle an Ärztlichen Direktor für M&M Konferenz Klinikum, wenn mehrere Fachabteilungen beteiligt waren

Primärziel

05 - Schlaganfall (Stroke)		
05.01 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall, alle Formen (Alter größer 19 Jahre)	7,04%	9,70%
05.02 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall, alle Formen, Alter 20 bis 44 Jahre	0,00%	2,90%
05.03 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall, alle Formen, Alter 45 bis 64 Jahre	0,00%	4,20%
05.04 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall, alle Formen, Alter 65 bis 84 Jahre	7,89%	9,20%
05.05 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall, alle Formen, Alter größer 84 Jahre	13,33%	17,70%
05.06 - Todesfälle bei Hirninfarkt (ICD I63, Alter größer 19 Jahre)	6,15%	7,50%
05.07 - Todesfälle bei Intrazerebrale Blutung (ICD I61, Alter größer 19 Jahre)	16,67%	Beobachtungswert
05.08 - Todesfälle bei Schlaganfall nicht näher bezeichnet (ICD I64)	0,00%	Beobachtungswert
05.09 - Anteil Schlaganfall nicht näher bezeichnet (I64)	0,00%	5,00%
06 - Pneumonien (Lungenentzündung)		
06.01 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie, alle Altersgruppen	11,25%	10,70%
06.02 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie, Alter kleiner 15 Jahre	0,00%	0,13%
06.03 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie, Alter 15 bis 44 Jahre	0,00%	1,80%
06.04 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie, Alter 45 bis 64 Jahre	9,09%	6,40%
06.05 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie, Alter 65 bis 84 Jahre	6,25%	13,30%
06.06 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie, Alter größer 84 Jahre	27,78%	17,90%

Qualitätsindikator	01.05 - Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter>19), davon Altergruppe >=85, Anteil Todesfälle
Krankenhaus	
Vergleich	Alle KH

Qualitätsindikator im Zeitverlauf



Referenzwert	< 23,8%	Beschreibung/Quelle:	St. BA
--------------	---------	----------------------	--------

Vorgehen im Krankenhaus

1. Auswertung quartalsweise veröffentlichen (Leitungskonferenz und Klinikumskonferenz)
2. Einzelfallanalyse in den auffälligen Indikatorengruppen:
 - Dekodierung der Fall ID Codes
 - Fallbesprechung an Hand der Akte zwischen Medizin-Controller // ärztlichem QMB und Leitendem Arzt / Chefarzt
3. Rückmeldung der Fallanalysen (anonym) an Leitungskonferenz
4. Auffällige Fälle an Chefarzt für M&M Konferenz der Fachabteilung
5. Auffällige Fälle an Ärztlichen Direktor für M&M Konferenz Klinikum, wenn mehrere Fachabteilungen beteiligt waren

Vorgehen im Krankenhaus

1. Auswertung quartalsweise veröffentlichen (Leitungskonferenz und Klinikumskonferenz)
2. Einzelfallanalyse in den auffälligen Indikatorengruppen:
 - Dekodierung der Fall ID Codes
 - Fallbesprechung an Hand der Akte zwischen Medizin-Controller // Ärztlichen QMB und Leitendem Arzt / Chefarzt
3. Rückmeldung der Fallanalysen (anonym) an Leitungskonferenz
4. Auffällige Fälle an Chefarzt für M&M Konferenz der Fachabteilung
5. Auffällige Fälle an Ärztlichen Direktor für M&M Konferenz Klinikum, wenn mehrere Fachabteilungen beteiligt waren

Vorgehen im Krankenhaus

1. Auswertung quartalsweise veröffentlichen (Leitungskonferenz und Klinikumskonferenz)
2. Einzelfallanalyse in den auffälligen Indikatorengruppen:
 - Dekodierung der Fall ID Codes
 - Fallbesprechung an Hand der Akte zwischen Medizin-Controller // Ärztlichen QMB und Leitendem Arzt / Chefarzt
3. Rückmeldung der Fallanalysen (anonym) an Leitungskonferenz
4. **Auffällige Fälle an Chefarzt für M&M Konferenz der Fachabteilung**
5. Auffällige Fälle an Ärztlichen Direktor für M&M Konferenz Klinikum, wenn mehrere Fachabteilungen beteiligt waren

Vorgehen im Krankenhaus

1. Auswertung quartalsweise veröffentlichen (Leitungskonferenz und Klinikumskonferenz)
2. Einzelfallanalyse in den auffälligen Indikatorengruppen:
 - Dekodierung der Fall ID Codes
 - Fallbesprechung an Hand der Akte zwischen Medizin-Controller // Ärztlichen QMB und Leitendem Arzt / Chefarzt
3. Rückmeldung der Fallanalysen (anonym) an Leitungskonferenz
4. Auffällige Fälle an Chefarzt für M&M Konferenz der Fachabteilung
5. Auffällige Fälle an Ärztlichen Direktor für M&M Konferenz Klinikum, wenn mehrere Fachabteilungen beteiligt waren

Vorgehen in QKK

1. Indikatorengruppen analysieren
2. Indikatorgruppe für Peer Review auswählen
 - 2010 Helios Indikator 29.01 „Todesfälle bei Beatmung > 24h“
3. Organisation Peer Review
4. Peer Review durchführen
5. Ergebnisse zusammenfassen
6. Präsentation von wiederkehrenden Verbesserungspotentialen (anonymisiert) an QKK Mitglieder