

Matthias Ziegler, Kliniken Ludwigsburg-  
Bietigheim gGmbH

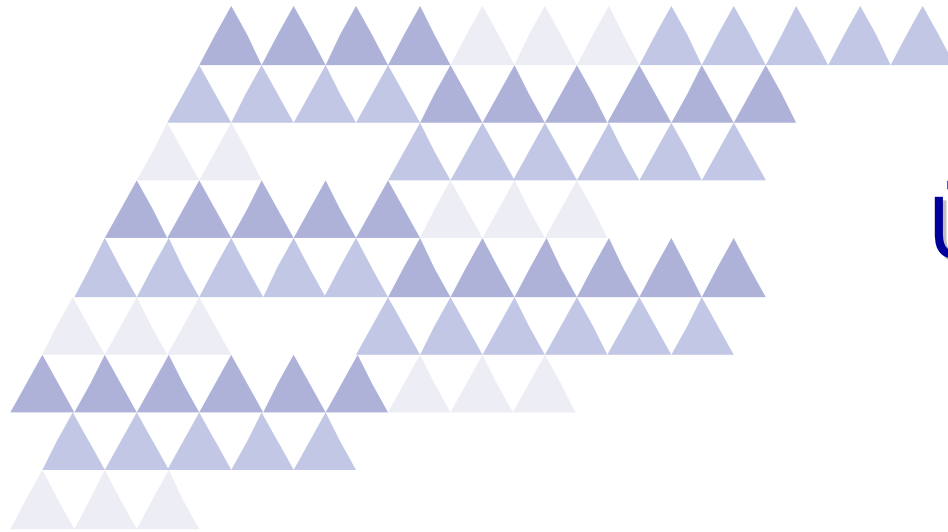
Dr. med Jörk Volbracht, Klinikenverbund  
Südwest GmbH

# Der QuMiK-Qualitätsbericht

Ein Verbund veröffentlicht

Qualitätsindikatoren aus Routinedaten

08.Oktober 2007



# Übersicht

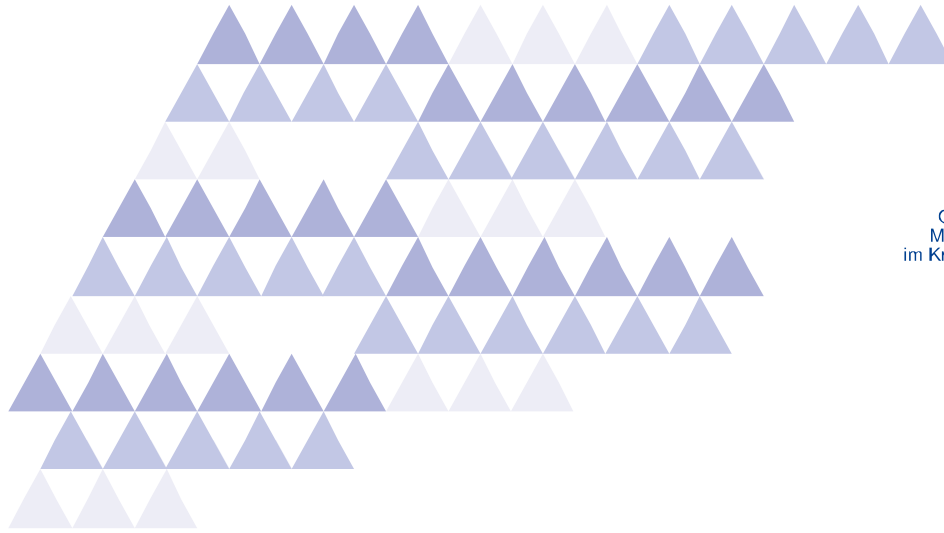
Grundlagen der Qualitätsindikatoren

Externe Veröffentlichung

Der QuMiK-Qualitätsbericht

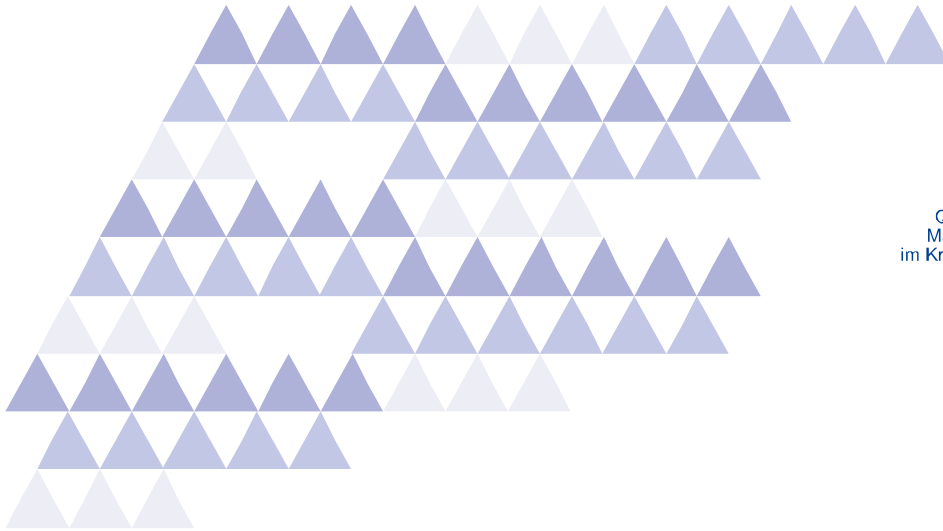
Interne Veröffentlichung

Vorbereitungen und Umsetzung im  
Klinikverbund Südwest

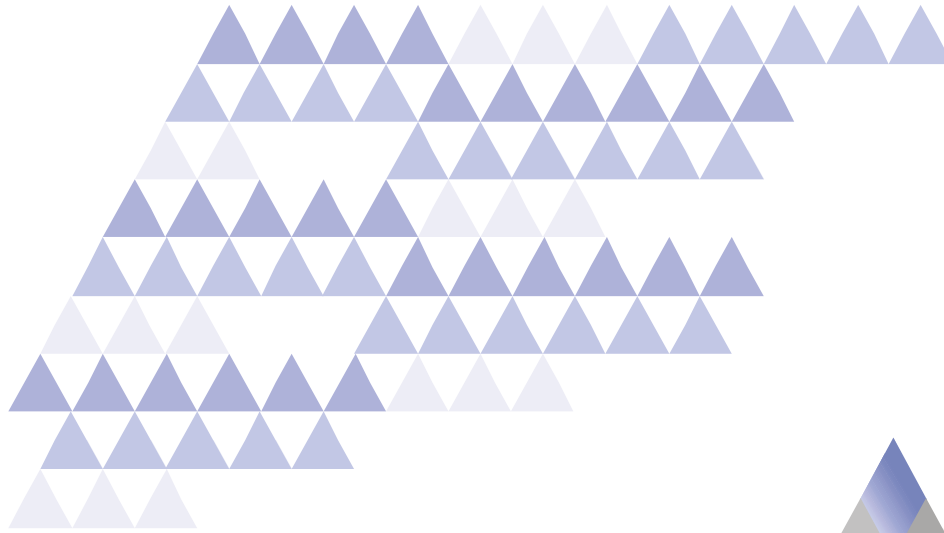


## Arbeitet mit den Einrichtungen:

SLK-Kliniken Heilbronn GmbH  
Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH  
Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim gGmbH  
Kliniken Landkreis Sigmaringen GmbH  
Hegau-Bodensee-Hochrhein Kliniken GmbH  
Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen GmbH  
Enzkreiskliniken gGmbH  
Klinikverbund Südwest GmbH  
Kliniken Landkreis Biberach GmbH



|                |               |  |
|----------------|---------------|--|
| Einrichtungen  | 9             | Rechtsform GmbH oder gGmbH                     |
| Krankenhäuser  | 31            | Grund-, Regel-, Zentral- und Maximalversorgung |
| Betten         | 10.500        | Planbetten                                     |
| Patienten/Jahr | 240.000       | ohne ambulante Patienten                       |
| Mitarbeiter    | 17.000        | Voll- und Teilzeit („Köpfe“)                   |
| Umsatz         | 850.000.000 € | gesamt über alle Einrichtungen                 |



# Verbundvorteile



- Qualitätsmanagement
- **Benchmarking/Kennzahlen**
- Erfahrungsaustausch: GF- Treffen
- Internet am Arbeitsplatz/ EDV
- Behandlungspfade (Ansätze)
- Einkauf (Ansätze)
- Datenschutz
- Bildung
- Innenrevision
- Versicherungen
- Risikomanagement

# Gibt es in Kliniken im Südwesten öfter Komplikationen?

Versorgung von Frühgeborenen im Land unsicherer als im Bundesdurchschnitt – Sterblichkeit deutlich geringer

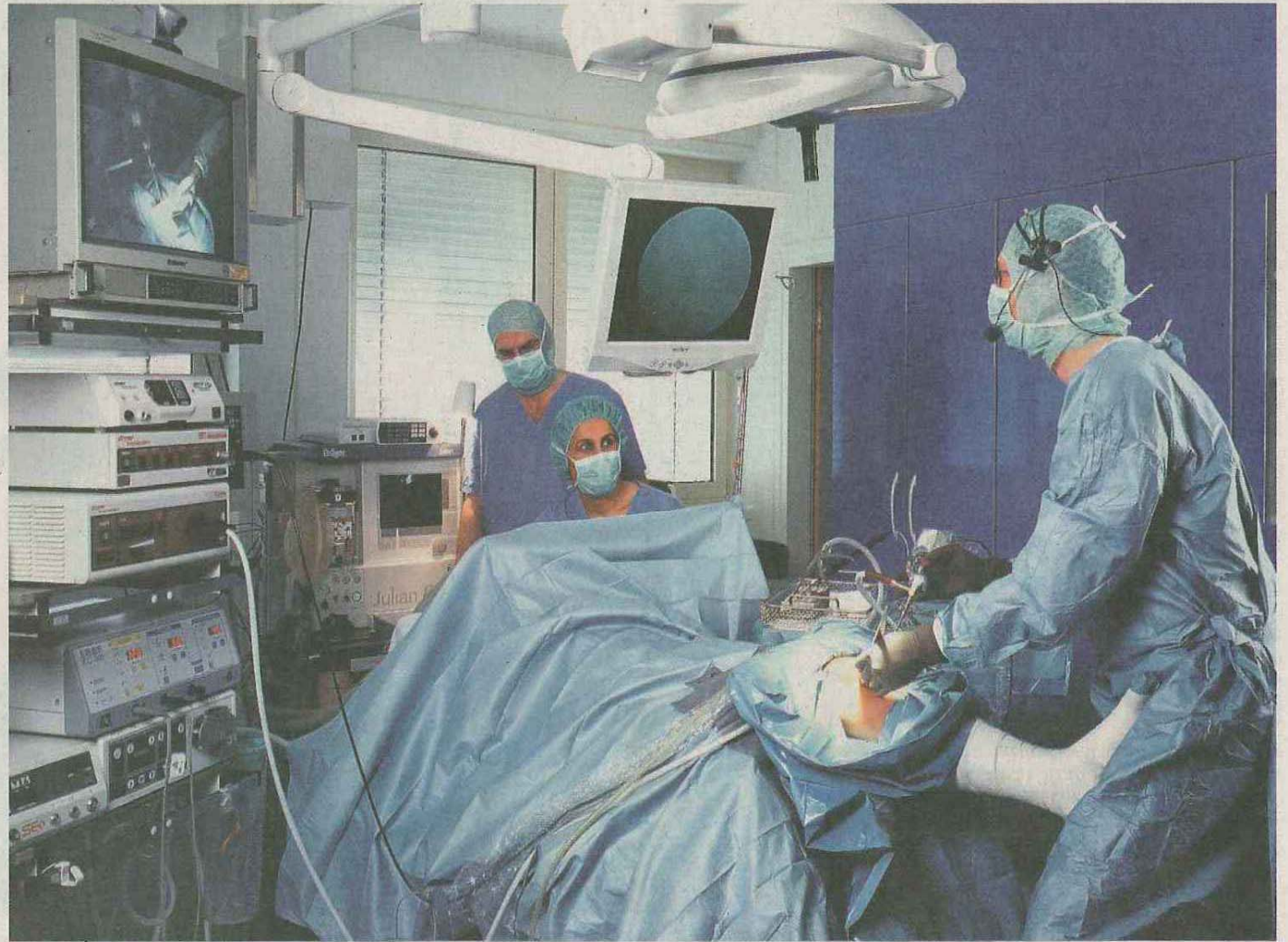
STUTTGART. Patienten, die vor einer Klinikbehandlung stehen, können sich bald selbst kundig machen, welches Haus bei welcher Operation wie gut ist. Bis jetzt wird über die Qualität der Versorgung nur allgemein berichtet. Dabei gibt es große Unterschiede.

Von Thomas Breining

Am 30. November werden die Qualitätsdaten von immerhin 27 verschiedenen klinischen Behandlungen von jedem Krankenhaus öffentlich zugänglich sein. Dann werden Patienten zum Beispiel nachvollziehen können, ob das von ihnen ins Auge gefasste Haus beim Einsatz eines Herzschrittmachers durch auffallend viele Komplikationen hervorsteht, ob nach einer Brustoperation das entfernte Gewebe auch wirklich einer Röntgenuntersuchung unterzogen wurde oder wie groß die Chance ist, dass bei einer Frühgeburt ein Kinderarzt zur Stelle ist oder nicht. Die Daten sind zwar vorhanden, sie werden bis jetzt aber nur anonymisiert veröffentlicht.

Bundesweit sammelt die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) in Düsseldorf das Material. Vergangenes Jahr wurden 2,6 Millionen Datensätze von 1525 Krankenhäusern verarbeitet. Für die Bundesebene liest sich die kürzlich veröffentlichte Bilanz so: „Bei 158 der 180 im Jahr 2006 verwendeten Qualitätsindikatoren kann eine gute Versorgungssituation festgestellt werden“, so Christof Veit, der Geschäftsführer der BQS. Allerdings sind „22 Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf aufgefallen“.

Auch in Baden-Württemberg gibt es eine Stelle, die Erkenntnisse über die medizinischen Behandlungserfolge im Land auswer-





# Gesundheitsreform 2007

## Änderung des §21 KHEntgG

- „(3a) Die nach §137a Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Durchführung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragte Institution auf Bundesebene kann ausgewählte Leistungsdaten aus den Buchstaben a bis f des Absatzes 2 Nr. 2 anfordern, soweit diese nach Art und Umfang notwendig und geeignet sind, um Maßnahmen der Qualitätssicherung nach §137a Abs. 2 Nr. 1,2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durchführen zu können. **Die Institution auf Bundesebene kann entsprechende Daten auch für Zwecke der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung auf Landesebene anfordern und diese an die jeweils zuständige Institution auf Landesebene weitergeben.** Die DRG-Datenstelle übermittelt die Daten, soweit die Notwendigkeit nach Satz 1 besteht. Absatz 3 Satz 9 und 10 gilt entsprechend.“



# Das Projekt

## Benchmarking mit Qualitätsindikatoren auf der Grundlage von Routinedaten





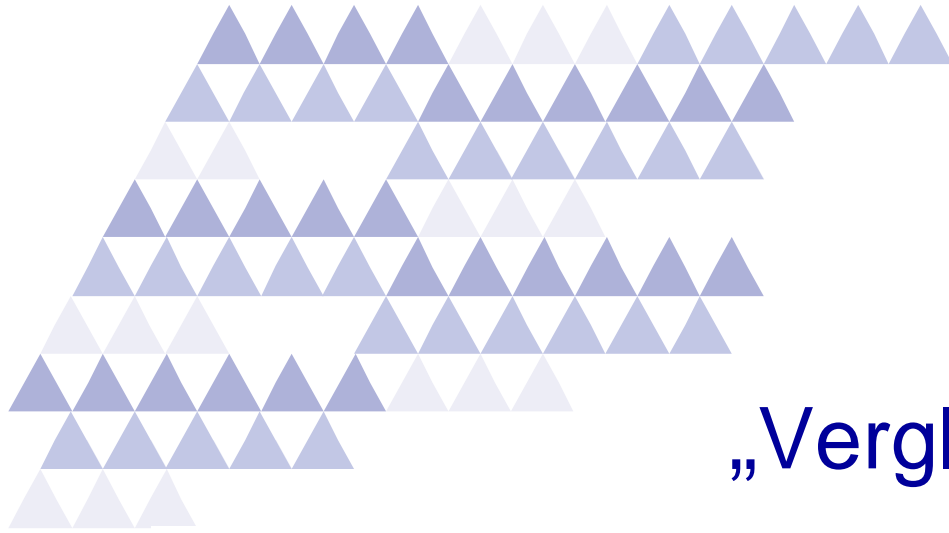
## Ausgangssituation

Wenig Transparenz in der medizinischen  
Ergebnisqualität

Keine Vergleiche mit anderen Krankenhäuser  
Öffentliche Interesse an messbarer Qualität im  
Krankenhaus nimmt zu

Qualität wird zum entscheidenden  
Wettbewerbsfaktor für Krankenhäuser

Private Anbieter betreiben einen offensiven  
Umgang mit Qualitätsdaten



## „Vergleiche sind schwierig...

... aber Vergleiche sind in der Wissenschaft notwendig. Solange wir keine freiwilligen Vergleiche von therapeutischen Maßnahmen vornehmen, können wir nicht behaupten, dass eine stationäre Behandlung wirksam und wirtschaftlich ist“

Earnest Amory Codman 1932



# Qualitätsindikatoren

„Ein Qualitätsindikator ...ist ein quantitatives Maß, das zur Messung und zur Bewertung der Qualität wichtiger Ergebnisse, Prozesse und Strukturen der Gesundheitsversorgung genutzt werden kann.

Ein Qualitätsindikator ist kein direktes Maß der Qualität. Er ist vielmehr ein Werkzeug, das - auch in Zusammenschau mit anderen Indikatoren - die Aufmerksamkeit auf gute Versorgungslösungen und potentielle Problembereiche lenkt.“

Dr. Ingrid Seyfarth-Metzger, Dr. Volker D. Mohr, 2005



# Qualitätsindikatoren

## Methodische Anforderungen

- Validität der Indikatoren
- Validität der Primärdaten
- Vollständigkeit der Erhebung
- Risikoadjustierung
- Referenzbereiche
- Verlaufsbeobachtung
- Sektorenübergreifende Darstellung von Ergebnissen

nach Dr. Ingrid Seyfarth-Metzger, Dr. Volker D. Mohr, 2005



## Verwendung von Routinedaten

- §21-Datensatz
- Kein zusätzlicher Erfassungsaufwand
- Vollständige Erfassung aller Fälle
- Standardisierte Vergleiche
- „Manipulationsresistenz“
- Voraussetzung: Kodierqualität



# Die Auswahl der Qualitätsindikatoren im QuMik Verbund

1. Helios Qualitätskennzahlen  
(2. Generation)
2. AHRQ
3. BQS



## Helios Qualitätskennzahlen

- Einführung in der Helios Kliniken Gruppe vor sieben Jahren
- Todesfällen bei verschiedenen Krankheitsbildern und Eingriffen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Pneumonie, Geburten)
- Aufteilung nach Altersgruppen oder Komplexität
- permanente Weiterentwicklung
- Hohe Akzeptanz und Verbreitung in Deutschland

# Helios Qualitätsindikatoren

## Medizinische Ziele und Leistungskennzahlen der HELIOS-Akutkliniken

Erreichung der Medizinischen Unternehmensziele und wichtige Leistungskennzahlen der HELIOS-Akutkliniken für die Jahre 2000 bis 2005 (auf Basis der Zieldefinitionen 2006)

Kleinere Erläuterungen der jeweiligen Kennzahlen finden Sie in den Kapiteln 2.7 (S. 63 f.) sowie 2.9 (S. 71 f.).

| Kennzahl bzw. Leistungskennzahl  | Ziel                 | Quelle* | HELIOS 2005 | HELIOS 2004 | HELIOS 2003 | HELIOS 2002 | HELIOS 2001 | HELIOS HELIOS 2000 | HELIOS Patienten Todesfälle 2005 | insgesamt (100%) 2005 |
|--|----------------------|---------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|----------------------------------|-----------------------|
| <b>Erkrankungen des Herzens</b>  |                      |         |             |             |             |             |             |                    |                                  |                       |
| <b>1 Herzinfarkt</b>   |                      |         |             |             |             |             |             |                    |                                  |                       |
| 1.1 Hauptdiagnose Herzinfarkt, Anteil Todesfälle, aufgetreten                                | unter Erwartungswart | St. BA  | 9,0%        | 10,0%       | 9,7%        | 12,0%       | 11,0%       | 12,9%              | 408                              | 4.514                 |
| Hauptdiagnose Herzinfarkt, Anteil Todesfälle, erwartet                                       | (Bund 10,7%)         | St. BA  | 10,7%       | 10,5%       | 10,4%       | 10,1%       | 10,2%       | 10,1%              |                                  |                       |
| 1.2 davon Herzinfarkt, Altersgruppe < 45, Anteil Todesfälle                                  | unter 2,6%           | St. BA  | 2,1%        | 3,2%        | 1,3%        | 3,0%        | 0,0%        | 2,7%               | 4                                | 188                   |
| 1.3 davon Herzinfarkt, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle                                 | unter 4,3%           | St. BA  | 3,7%        | 4,3%        | 3,3%        | 5,3%        | 4,0%        | 4,7%               | 52                               | 1.980                 |
| 1.4 davon Herzinfarkt, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle                                 | unter 12,0%          | St. BA  | 8,9%        | 10,8%       | 11,2%       | 13,9%       | 14,4%       | 15,7%              | 224                              | 2.505                 |
| 1.5 davon Herzinfarkt, Altersgruppe ≥ 85, Anteil Todesfälle                                  | unter 28,6%          | St. BA  | 29,6%       | 29,0%       | 26,9%       | 32,6%       | 30,6%       | 31,6%              | 128                              | 432                   |
| 1.6 Hauptdiagnose Herzinfarkt, Direktaufnahmen ohne Verlegungen, Anteil Todesfälle           | Beobachtungswart     |         | 13,0%       | 15,5%       | 17,0%       | 22,7%       | 21,5%       | 18,5%              | 335                              | 2.986                 |
| <b>2 Herzinsuffizienz</b>  |                      |         |             |             |             |             |             |                    |                                  |                       |
| 2.1 Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten               | unter Erwartungswart | St. BA  | 7,4%        | 8,1%        | 11,0%       | 13,5%       | 17,3%       | 20,4%              | 518                              | 7.014                 |
| Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter >19), Anteil Todesfälle, erwartet                      | (Bund 11,4%)         | St. BA  | 10,4%       | 10,7%       | 11,0%       | 10,9%       | 11,1%       | 10,9%              |                                  |                       |
| 2.2 davon Herzinsuffizienz, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle                            | unter 4,1%           | St. BA  | 2,3%        | 4,0%        | 2,8%        | 6,3%        | 2,0%        | 25,0%              | 2                                | 86                    |
| 2.3 davon Herzinsuffizienz, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle                            | unter 5,3%           | St. BA  | 2,5%        | 3,7%        | 3,6%        | 6,0%        | 9,7%        | 12,7%              | 28                               | 1.142                 |
| 2.4 davon Herzinsuffizienz, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle                            | unter 10,1%          | St. BA  | 6,3%        | 7,4%        | 9,7%        | 12,3%       | 16,1%       | 17,8%              | 280                              | 4.606                 |
| 2.5 davon Herzinsuffizienz, Altersgruppe ≥ 85, Anteil Todesfälle                             | unter 18,4%          | St. BA  | 16,9%       | 14,6%       | 16,6%       | 21,1%       | 24,8%       | 31,5%              | 190                              | 1.178                 |
| <b>3 Behandlungsfälle mit Linksherzkatheter</b>  |                      |         |             |             |             |             |             |                    |                                  |                       |
| 3.1 Summe der Fälle mit Linksherzkatheter mit Koronarangioplastik-Intervention               | Mengeninformation    |         | 19.553      | 19.207      | 11.017      | 8.604       | 3.888       | 1.831              |                                  | 10.053                |
| 3.2 Fälle mit Linksherzkatheter BEI Herzinfarkt, ohne Herzoperation, Todesfälle, aufgetreten | unter Erwartungswart | HELIOS  | 4,8%        | 5,1%        | 4,3%        | 6,2%        | 6,8%        | 5,6%               | 137                              | 2.964                 |
| Fälle mit Linksherzkatheter BEI Herzinfarkt, ohne Herzoperation, Todesfälle, erwartet        |                      | St. BA  | 8,8%        | 8,4%        | 8,0%        | 7,7%        | 7,7%        | 7,0%               |                                  |                       |
| 3.3 Fälle mit Linksherzkatheter OHNE Herzinfarkt, ohne Herzoperation, Todesfälle             | unter 0,5%           | HELIOS  | 0,5%        | 0,4%        | 0,8%        | 0,9%        | 0,7%        | 0,5%               | 87                               | 16.351                |
| <b>4 Versorgung mit Schrittmacher oder implantierbarem Defibrillator</b>                     |                      |         |             |             |             |             |             |                    |                                  |                       |
| 4.1 Schrittmacherversorgung (Implantationen und Wechsel inkl. Defibrillatoren)               | Mengeninformation    |         | 3.006       | 2.954       | 2.166       | 1.673       | 1.027       | 771                |                                  | 3.006                 |
| <b>Schlaganfall (Stroke)</b>   |                      |         |             |             |             |             |             |                    |                                  |                       |
| <b>5 Schlaganfall, alle Formen nach Altersgruppen</b>  |                      |         |             |             |             |             |             |                    |                                  |                       |
| 5.1 Hauptdiagnose Schlaganfall, alle Formen, Anteil Todesfälle, aufgetreten                  | unter Erwartungswart | St. BA  | 11,2%       | 12,1%       | 12,6%       | 13,9%       | 15,2%       | 14,3%              | 516                              | 4.588                 |
| Hauptdiagnose Schlaganfall, alle Formen, Anteil Todesfälle, erwartet                         | (Bund 11,4%)         | St. BA  | 11,5%       | 11,3%       | 11,9%       | 11,2%       | 11,5%       | 11,6%              |                                  |                       |
| 5.2 davon Schlaganfall, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle                                | unter 3,8%           | St. BA  | 6,7%        | 1,0%        | 5,0%        | 5,6%        | 13,0%       | 4,2%               | 8                                | 120                   |
| 5.3 davon Schlaganfall, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle                                | unter 5,5%           | St. BA  | 5,1%        | 5,6%        | 5,4%        | 7,4%        | 6,8%        | 5,0%               | 43                               | 830                   |
| 5.4 davon Schlaganfall, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle                                | unter 11,2%          | St. BA  | 10,8%       | 12,3%       | 13,2%       | 12,8%       | 15,0%       | 13,8%              | 313                              | 2.595                 |
| 5.5 davon Schlaganfall, Altersgruppe ≥ 85, Anteil Todesfälle                                 | unter 21,0%          | St. BA  | 20,7%       | 21,5%       | 20,9%       | 27,2%       | 24,9%       | 24,4%              | 152                              | 734                   |
| <b>Schlaganfall, differenziert nach Art der Erkrankung</b>                                   |                      |         |             |             |             |             |             |                    |                                  |                       |
| 5.6 Hirninfarkt (ICD I63, Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten                         | unter Erwartungswart | St. BA  | 8,7%        | 9,7%        | 9,1%        | 11,1%       | 12,0%       | 12,8%              | 333                              | 3.825                 |
| Hirninfarkt (ICD I63, Alter >19), Anteil Todesfälle, erwartet                                | (Bund 8,4%)          | St. BA  | 8,7%        | 8,5%        | 8,1%        | 8,1%        | 8,2%        | 8,3%               |                                  |                       |
| 5.7 Intrazerebrale Blutung (ICD I61, Alter >19), Anteil Todesfälle                           | Beobachtungswart     |         | 28,4%       | 27,0%       | 32,2%       | 28,4%       | 28,5%       | 26,2%              | 167                              | 587                   |
| 5.8 Schlaganfall nicht näher bezeichnet (ICD I64), Anteil Todesfälle                         | Beobachtungswart     |         | 9,1%        | 11,5%       | 13,8%       | 14,3%       | 15,0%       | 13,5%              | 16                               | 176                   |
| 5.9 Anteil Schlaganfall nicht näher bezeichnet (ICD I64)                                     | unter 5%             | HELIOS  | 3,8%        | 10,1%       | 18,4%       | 25,3%       | 41,8%       | 50,3%              |                                  |                       |
| <b>Erkrankungen der Lunge</b>  |                      |         |             |             |             |             |             |                    |                                  |                       |
| <b>6 Lungenerkrankung (Pneumonie)</b>  |                      |         |             |             |             |             |             |                    |                                  |                       |
| 6.1 Hauptdiagnose Pneumonie, Anteil Todesfälle, aufgetreten                                  | unter Erwartungswart | St. BA  | 9,4%        | 9,4%        | 11,1%       | 12,6%       | 13,4%       | 13,4%              | 426                              | 4.535                 |
| Hauptdiagnose Pneumonie, Anteil Todesfälle, erwartet   | (Bund 11,2%)         | St. BA  | 10,4%       | 10,7%       | 10,8%       | 10,7%       | 10,9%       | 11,5%              |                                  |                       |
| 6.2 davon Pneumonie, Altersgruppe <15, Anteil Todesfälle                                     | unter 0,10%          | St. BA  | 0,1%        | 0,1%        | 0,2%        | 0,0%        | 0,0%        | 0,0%               | 1                                | 935                   |
| 6.3 davon Pneumonie, Altersgruppe 15-44, Anteil Todesfälle                                   | unter 2,0%           | St. BA  | 1,4%        | 1,1%        | 2,8%        | 3,0%        | 0,6%        | 2,6%               | 6                                | 440                   |
| 6.4 davon Pneumonie, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle                                   | unter 7,6%           | St. BA  | 4,3%        | 6,4%        | 6,0%        | 7,1%        | 8,0%        | 6,7%               | 20                               | 670                   |

Tabelle 7

HELIOS Medizinischer Jahresbericht 2007 / HELIOS-Qualitäts- und Leistungsberichte

HELIOS Medizinischer Jahresbericht 2007 / HELIOS-Qualitäts- und Leistungsberichte

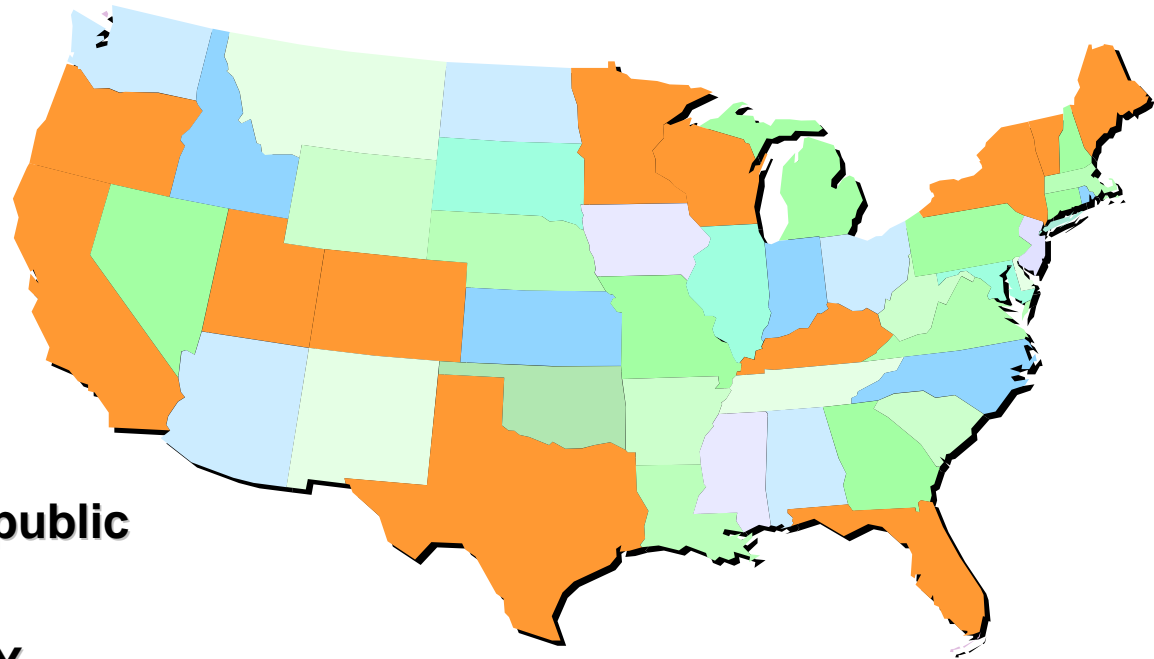




## AHRQ Qualitätsindikatoren

- Agency for Healthcare Research and Quality
- 29 Indikatoren zur Patientensicherheit (PSI)
- Behandlungskomplikationen ( z.B. bei Geburten, Transfusionsreaktionen, postoperativen Schenkelhalsfrakturen )
- Einführung 2003
- Weite Verbreitung in den USA

# AHRQ Qualitätsindikatoren



**States using AHRQ QIs for public reporting at hospital level**

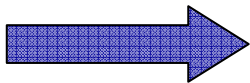
**(CA, CO, FL, KY, ME, MN, NY, OR, TX, UT, VT, parts of WI)**

Source: Preliminary Data from NAHDO Survey, September 2005



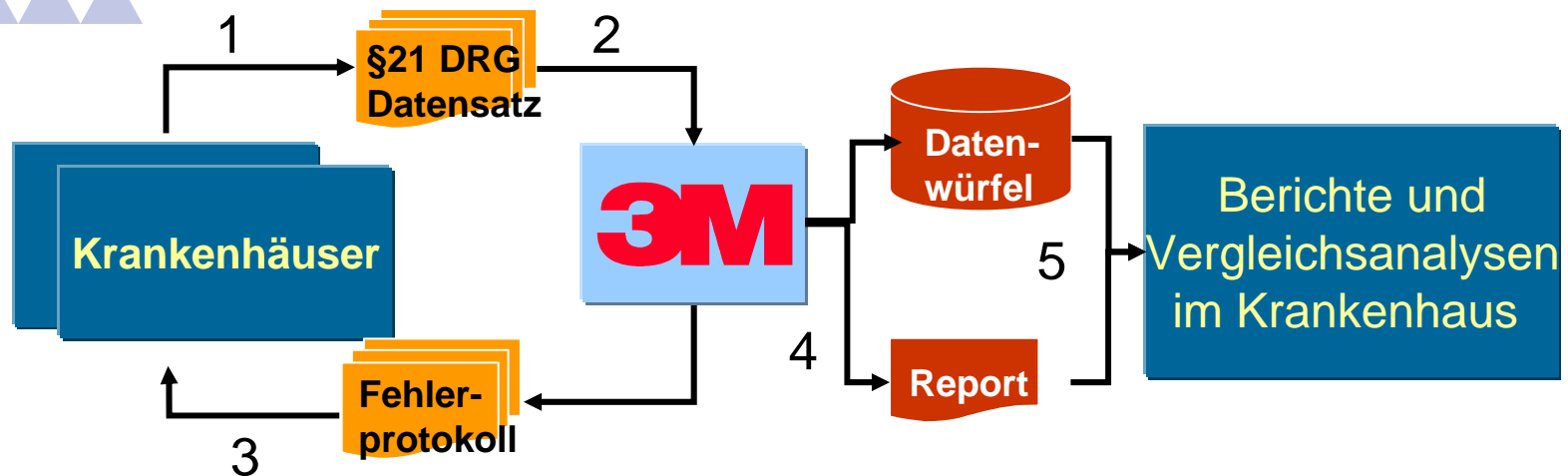
# AHRQ Qualitätsindikatoren

- Oft keine ausreichende Differenzierung
  - Aortenaneurysma, Dekubitus
- Umfasst lediglich 19 Krankheitsgruppen bzw. Eingriffsarten
  - Helios: 30
- Viele AHRQ-Indikatoren sind in den Helios-Indikatoren aufgenommen worden, teilweise weiterentwickelt



Keine Aufnahme der AHRQ- Indikatoren in den Qualitätsbericht des QuMiK Verbundes

# Die Vorgehensweise



1. KH interne Betrachtung, Export und Versand der Daten
2. Datenannahme und Aufbereitung durch 3M
3. Rückmeldung Datenqualität
4. Berechnung der Q-Indikatoren
5. Bereitstellung der Berichte (Excel mit 3M XCube)

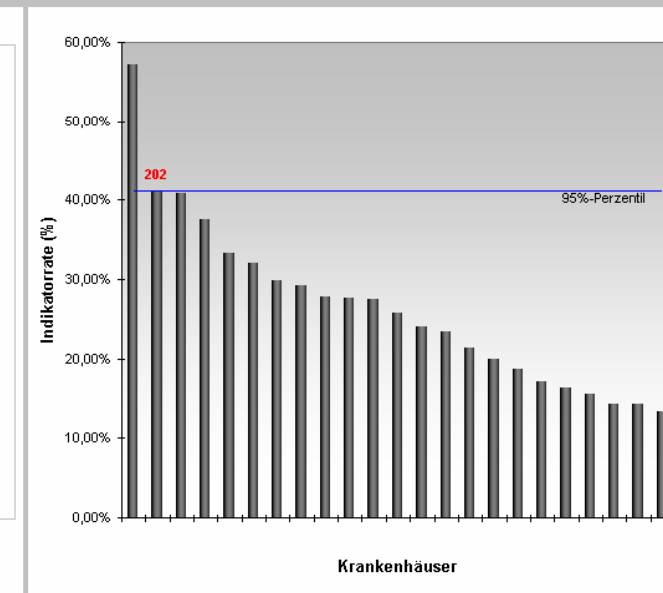
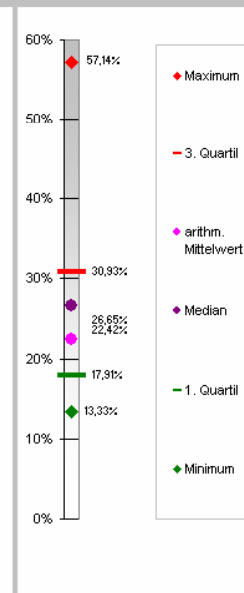
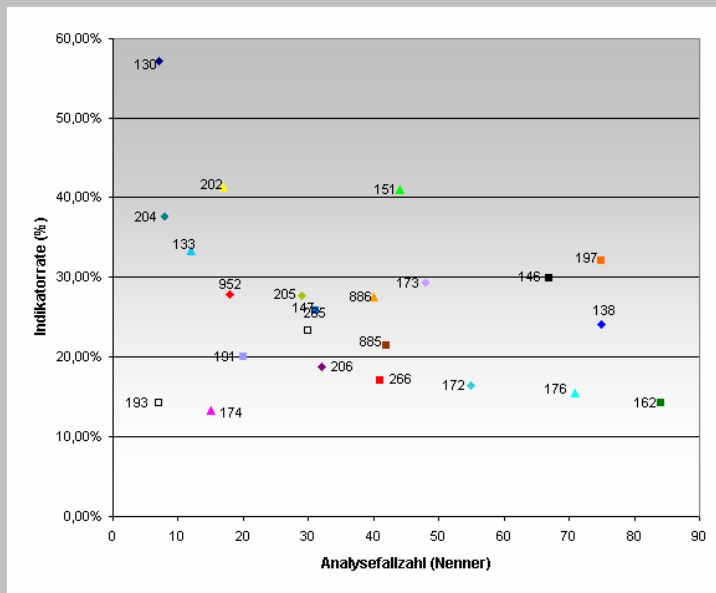
# Auswertungen

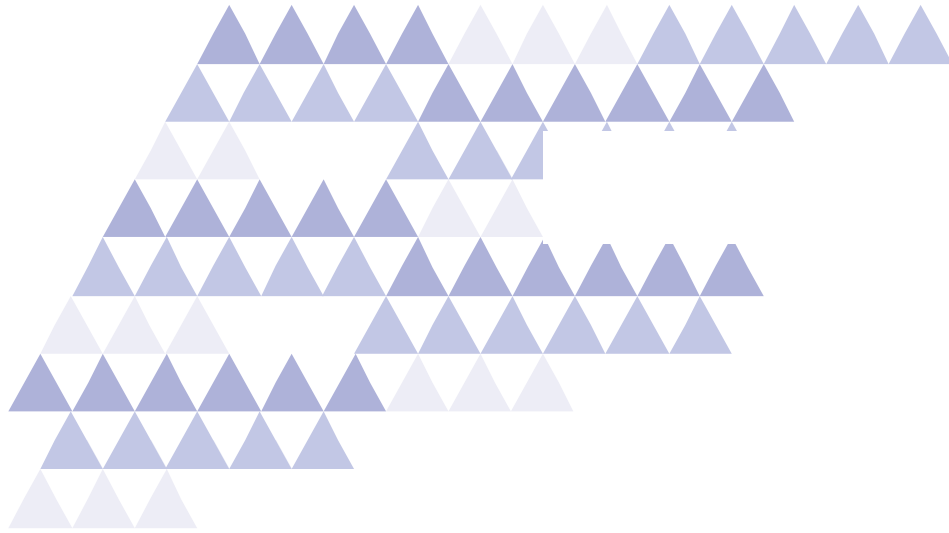


## Quality Report - Statistische Auswertung

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Helios Q-Indikator      | <b>10.1 - Todesfälle bei Sepsis in DRG T60</b> |
| Fachabteilung           | Alle Hauptabteilungen                          |
| G-DRG-Version           | G-DRG 2005                                     |
| Aufnahmedatum           | Alle Datum_Aufnahme                            |
| Entlassungsdatum        | Alle Datum_Entlassung                          |
| Anzeige Krankenhaus Nr. | 202  |

| Kennzahlen                   | ausgewähl-tes KH | Median | arithm. Mittelwert | Minimum | 1. Quartil | 3. Quartil | Perzentil 95% | Maximum |
|------------------------------|------------------|--------|--------------------|---------|------------|------------|---------------|---------|
| Indikatorrate                | 41,18%           | 26,85% | 22,42%             | 13,33%  | 17,91%     | 30,93%     | 41,15%        | 57,14%  |
| Fälle mit Indikator (Zähler) | 7                | 8      | 9                  | 1       | 5          | 12         | 20            | 24      |
| Analysemenge (Nenner)        | 17               | 32     | 38                 | 7       | 18         | 52         | 75            | 84      |





# Externe Veröffentlichung

## Der QuMiK-Qualitätsbericht



# Aufbau des Qualitätsberichtes

Je Krankenhausträger  
eine Version

DIN A5

Sachlich, kurze  
Beschreibungen





# Inhaltsverzeichnis

- Einleitung
- Informationen zum QuMiK Verbund
- Trägerinformation
- Qualitätskennzahlen
  - Helios (30 Indikatoren)
  - BQS (29 Indikatoren)
- Fazit/Ausblick
- Anhang: tabellarische Übersicht



Qualitätsbericht 2006  
Inhaltsverzeichnis

| Inhaltsverzeichnis   | Seite |
|--|-------|
| 1. Vorwort   | 1     |
| 2. Einleitung  | 2     |
| 3. Der QuMiK-Verbund im Überblick  | 3     |
| 3.1. Landkarte Baden-Württemberg mit QuMiK-Häuser  | 3     |
| 3.2. QuMiK GmbH  | 4     |
| 3.3. Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim gGmbH   | 4     |
| 4. Qualitätskennzahlen und Ergebnisse des QuMiK-Verbundes                                | 5     |
| 4.1. Helios Qualitätsindikatoren 2. Generation   | 5     |
| 4.1.1. Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim gGmbH – Helios Qualitätsindikatoren 2. Generation | 7     |
| 4.2. Externe Qualitätssicherung BQS  | 9     |
| 4.2.1. Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim gGmbH - Ergebnisse externe Qualitätssicherung     | 10    |
| 5. Fazit/Ausblick  | 11    |
| 6. Anhang  | 12    |



# Aufbau des Qualitätsberichtes

Allgemeinmedizinische  
Erläuterung

Schaubild

Erläuterung des  
Ergebnisses

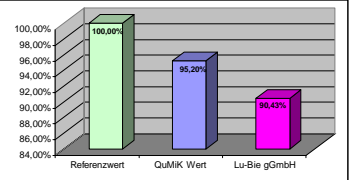
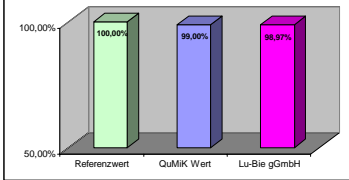
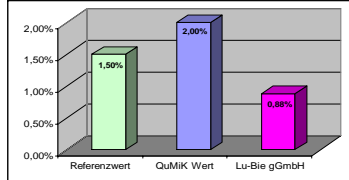
| Titel           | <b>06.01 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Lungenentzündung, alle Altersgruppen</b>  |                 |            |          |                 |                 |                 |     |     |       |
|-----------------|---|-----------------|------------|----------|-----------------|-----------------|-----------------|-----|-----|-------|
|                 | <p>In Deutschland erkranken etwa 100.000 Menschen jährlich an einer Lungenentzündung. Betroffen sind vor allem Säuglinge, Kleinkinder und ältere Menschen. Bei Menschen, die ansonsten gesund sind, heilt eine Lungenentzündung meist folgenlos ab. Bei älteren Menschen, Kindern und Menschen mit einem geschwächtem Immunsystem kann eine Lungenentzündung auch tödlich enden</p> <p>Die Hälfte aller Lungenentzündungen ist auf eine bestimmte Bakterienart (Streptococcus pneumoniae = Pneumokokken) zurückzuführen. Nach der Statistik der Weltgesundheitsorganisation ist die Lungenentzündung die weltweit häufigste zum Tod führende Infektionskrankheit.</p> |                 |            |          |                 |                 |                 |     |     |       |
|                 | <div data-bbox="1384 691 1935 1034"> <table border="1" data-bbox="1308 1034 2018 1129"> <thead> <tr> <th>Analysemenge</th> <th>Häufigkeit</th> <th>Rate [%]</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kliniken Lu-Bie</td> <td>Kliniken Lu-Bie</td> <td>Kliniken Lu-Bie</td> </tr> <tr> <td>818</td> <td>103</td> <td>12,60</td> </tr> </tbody> </table> </div>  | Analysemenge    | Häufigkeit | Rate [%] | Kliniken Lu-Bie | Kliniken Lu-Bie | Kliniken Lu-Bie | 818 | 103 | 12,60 |
| Analysemenge    | Häufigkeit  | Rate [%]        |            |          |                 |                 |                 |     |     |       |
| Kliniken Lu-Bie | Kliniken Lu-Bie   | Kliniken Lu-Bie |            |          |                 |                 |                 |     |     |       |
| 818             | 103   | 12,60           |            |          |                 |                 |                 |     |     |       |
|                 |   |                 |            |          |                 |                 |                 |     |     |       |

# Aufbau des Qualitätsberichtes

## BQS-Modul: Gallenblasenentfernung

### 3 Indikatoren

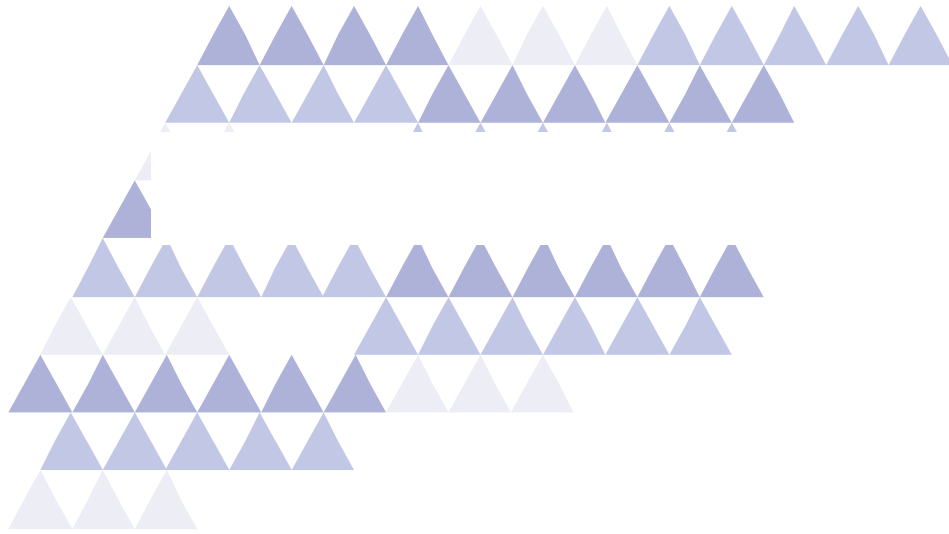
1. Klärung der Ursachen für angestaute Gallenflüssigkeit vor der Gallenblasenentfernung
2. Feingewebliche Untersuchung der entfernten Gallenblase
3. Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)

| Titel        | <b>Gallenblasenentfernung</b>  |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |       |            |       |              |       |
|--------------|--|-----------|------|--------------|---------|------------|--------|--------------|--------|-----------|------|--------------|---------|------------|--------|--------------|--------|-----------|------|--------------|-------|------------|-------|--------------|-------|
|              | <p>Gemäß der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten zur Behandlung von Gallensteinen ist die operative Entfernung der Gallenblase angezeigt, wenn Gallensteinleiden mit Beschwerden vorliegen.</p>  |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |       |            |       |              |       |
|              | <p>1. Klärung der Ursachen für angestaute Gallenflüssigkeit vor der Gallenblasenentfernung</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kategorie</th> <th>Wert</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Referenzwert</td> <td>100,00%</td> </tr> <tr> <td>QuMIK Wert</td> <td>95,20%</td> </tr> <tr> <td>Lu-Bie gGmbH</td> <td>90,43%</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. Feingewebliche Untersuchung der entfernten Gallenblase</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kategorie</th> <th>Wert</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Referenzwert</td> <td>100,00%</td> </tr> <tr> <td>QuMIK Wert</td> <td>99,00%</td> </tr> <tr> <td>Lu-Bie gGmbH</td> <td>98,97%</td> </tr> </tbody> </table> <p>3. Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kategorie</th> <th>Wert</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Referenzwert</td> <td>1,50%</td> </tr> <tr> <td>QuMIK Wert</td> <td>2,00%</td> </tr> <tr> <td>Lu-Bie gGmbH</td> <td>0,68%</td> </tr> </tbody> </table> | Kategorie | Wert | Referenzwert | 100,00% | QuMIK Wert | 95,20% | Lu-Bie gGmbH | 90,43% | Kategorie | Wert | Referenzwert | 100,00% | QuMIK Wert | 99,00% | Lu-Bie gGmbH | 98,97% | Kategorie | Wert | Referenzwert | 1,50% | QuMIK Wert | 2,00% | Lu-Bie gGmbH | 0,68% |
| Kategorie    | Wert   |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |       |            |       |              |       |
| Referenzwert | 100,00%  |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |       |            |       |              |       |
| QuMIK Wert   | 95,20%   |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |       |            |       |              |       |
| Lu-Bie gGmbH | 90,43%   |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |       |            |       |              |       |
| Kategorie    | Wert   |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |       |            |       |              |       |
| Referenzwert | 100,00%  |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |       |            |       |              |       |
| QuMIK Wert   | 99,00%   |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |       |            |       |              |       |
| Lu-Bie gGmbH | 98,97%   |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |       |            |       |              |       |
| Kategorie    | Wert   |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |       |            |       |              |       |
| Referenzwert | 1,50%  |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |       |            |       |              |       |
| QuMIK Wert   | 2,00%  |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |       |            |       |              |       |
| Lu-Bie gGmbH | 0,68%  |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |       |            |       |              |       |
|              |  |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |         |            |        |              |        |           |      |              |       |            |       |              |       |

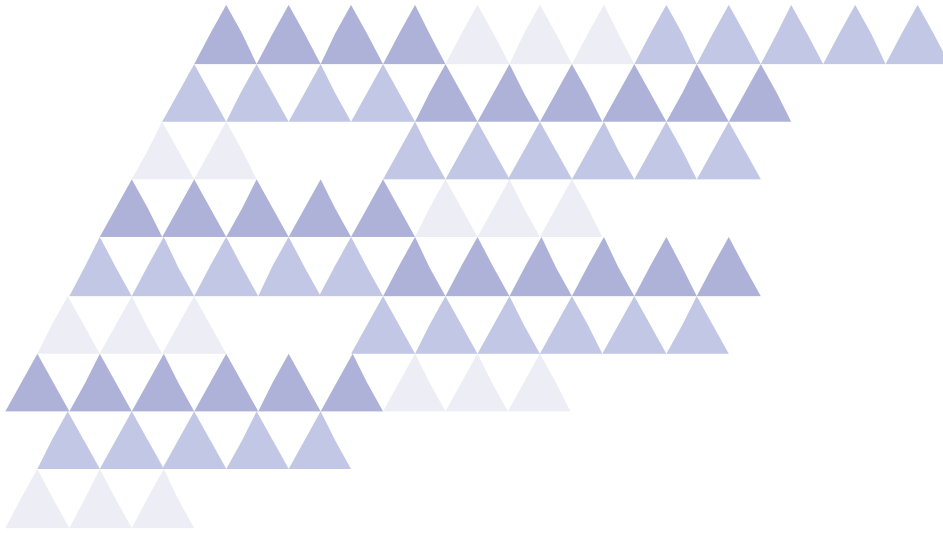


## Fazit und Ausblick

- Der Anfang ist gemacht ...
- Externe Veröffentlichung verstärkt das interne Interesse an der Auseinandersetzung mit den Daten
- Intensivierung des Austausches der Ärzte innerhalb des QuMiK-Verbundes (Fachbeirat o.ä.)




Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



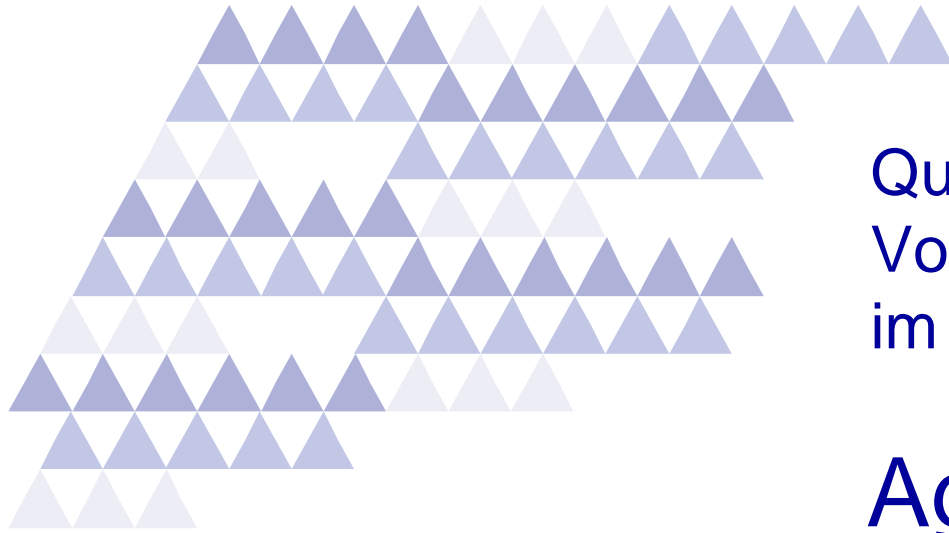
Matthias Ziegler, Kliniken Ludwigsburg-  
Bietigheim gGmbH

Dr. med Jörk Volbracht, Klinikenverbund  
Südwest

# QuMiK-Qualitätsbericht

Vorbereitungen und Umsetzung  
im Klinikverbund Südwest 

08.Oktober 2007




## QuMiK-Qualitätsbericht Vorbereitungen und Umsetzung im Klinikverbund Südwest

# Agenda

- Gute Ergebnisqualität ist ein strategisches Ziel der Geschäftsführung
- Kontrolle der BQS Daten
- Diskussion mit den Chefärzten
- Gründe für die Veröffentlichung



QuMiK-Qualitätsbericht  
Vorbereitungen und Umsetzung  
im Klinikverbund Südwest 

## Gute Ergebnisqualität als Ziel der Geschäftsführung

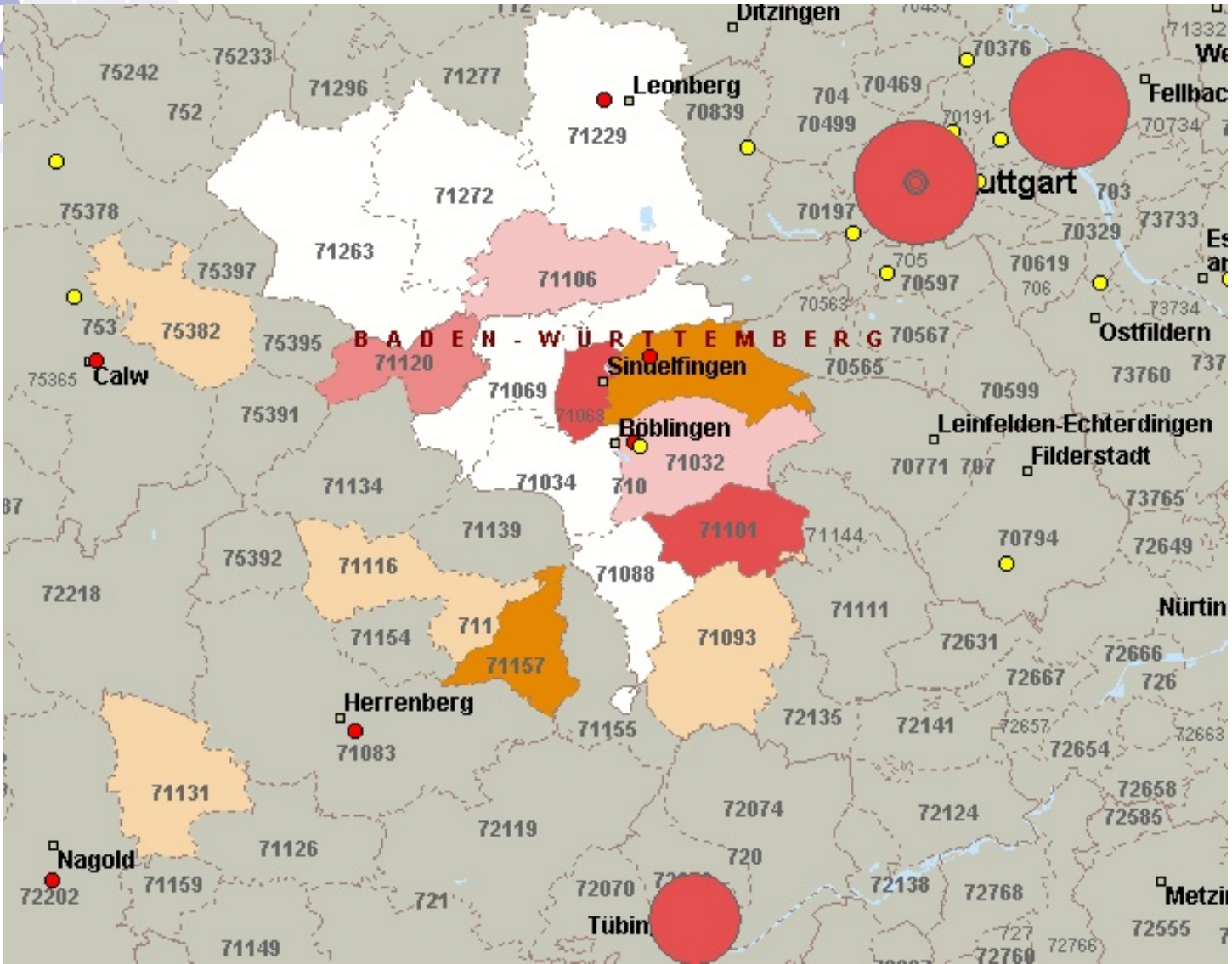
- Überregionaler Wettbewerb
- Schwerpunktbildung
- Zertifizierungen von Zentren
- Ergebnisqualität als Basis der Einweiserbindung

# Überregionaler Wettbewerb

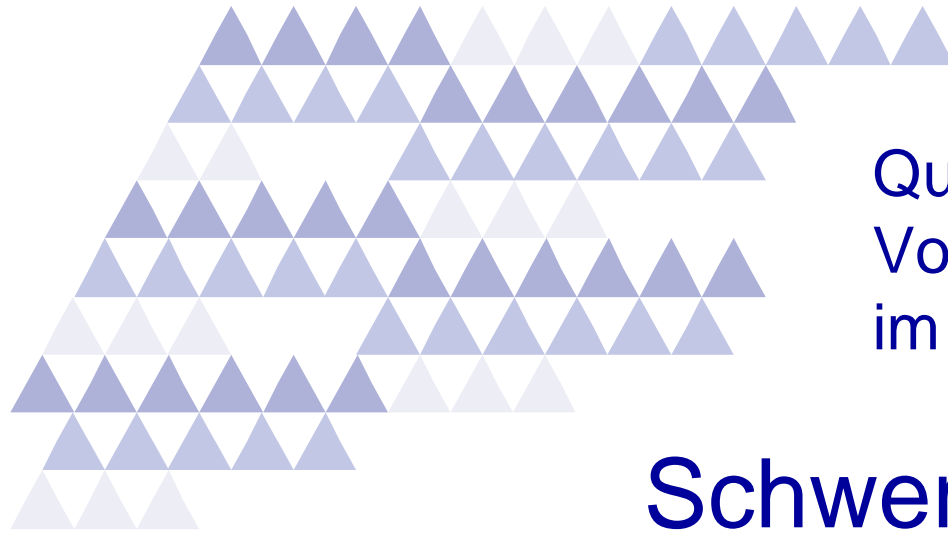



Markt-  
Analyse

Leukämie  
2006



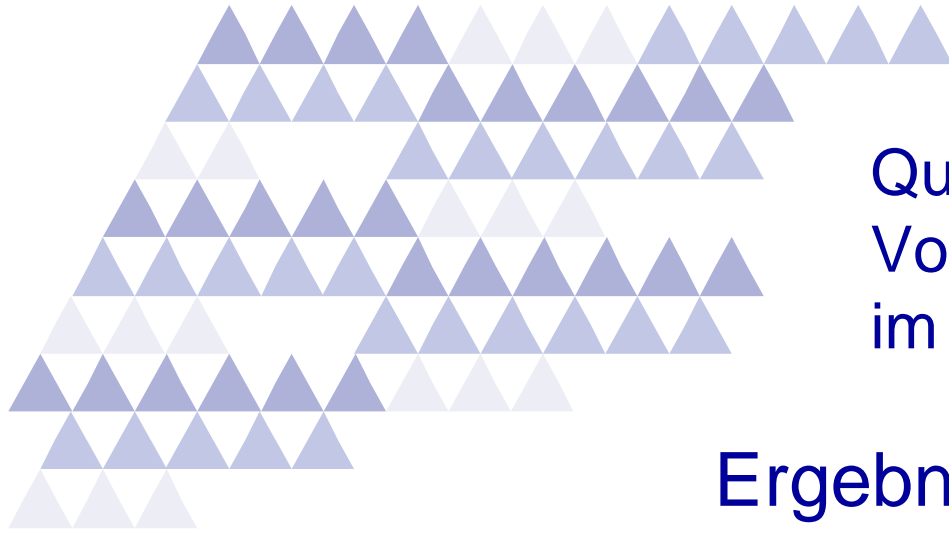




QuMiK-Qualitätsbericht  
Vorbereitungen und Umsetzung  
im Klinikverbund Südwest 

## Schwerpunktbildung & Zertifizierung

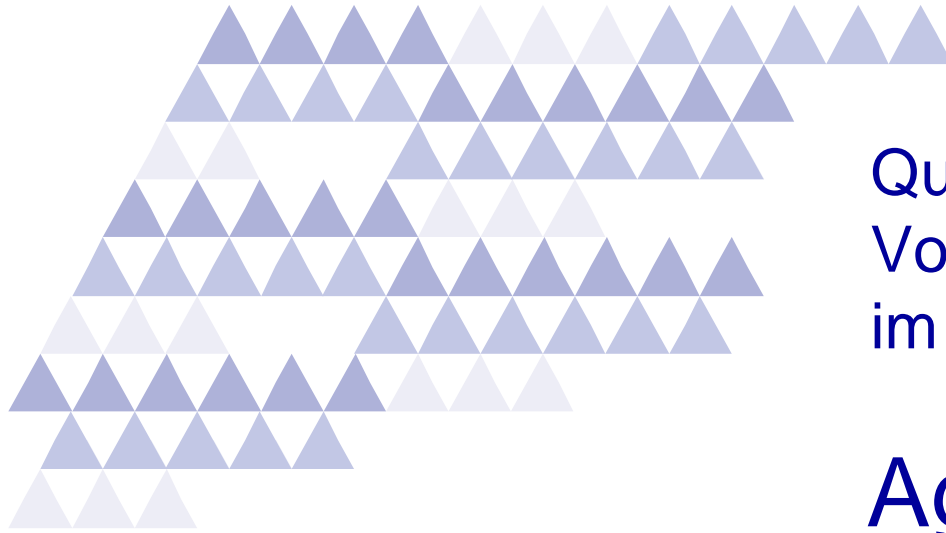
- Neurologie, Gefäßchirurgie, Kardiologie, Onkologie, Unfallchirurgie, Orthopädie
- Brustzentrum, Darmzentren, Prostatakarzinomzentren, Perinatologisches Zentrum



QuMiK-Qualitätsbericht  
Vorbereitungen und Umsetzung  
im Klinikverbund Südwest 

## Ergebnisqualität als Basis der Einweiserbindung


- Strukturqualität (z.B. Erreichbarkeit der behandelnden Ärzte)
- Prozessqualität (z.B. pünktliche Arztbriefe und Kooperation)
- Ergebnisqualität als Basis der Kooperation



# QuMiK-Qualitätsbericht Vorbereitungen und Umsetzung im Klinikverbund Südwest

## Agenda

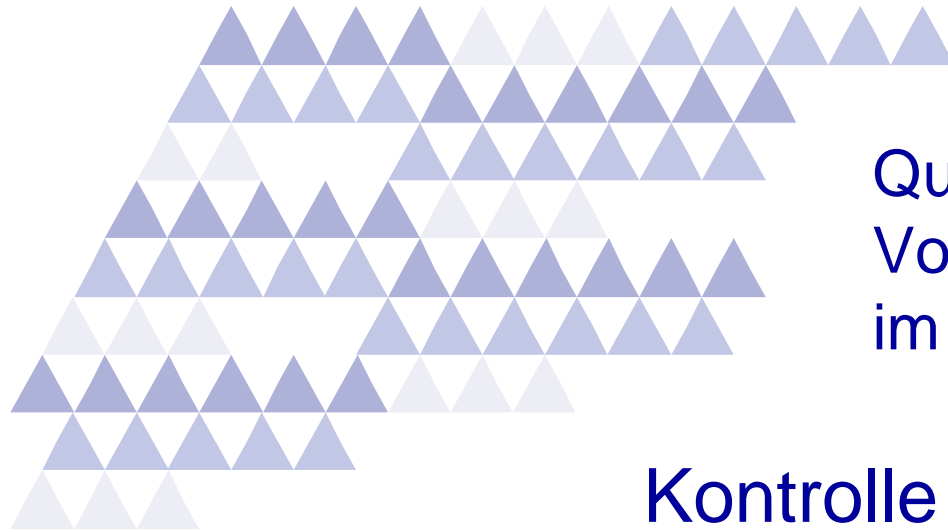
- Gute Ergebnisqualität ist ein strategisches Ziel der Geschäftsführung
- Kontrolle der BQS Daten
- Diskussion mit den Chefärzten
- Gründe für die Veröffentlichung



## BQS-Qualitäts- indikatoren

## QuMiK-Qualitätsbericht Vorbereitungen und Umsetzung im Klinikverbund Südwest

- Gesetzliche Verpflichtung (§137, SGB V)
- 24 Leistungsbereiche
- Max. 34 Indikatoren aus zehn Leistungsbereichen sind 2007 im gesetzlichen Qualitätsbericht zu veröffentlichen
- Zusätzliche Dokumentation
- Probleme mit der Datenqualität



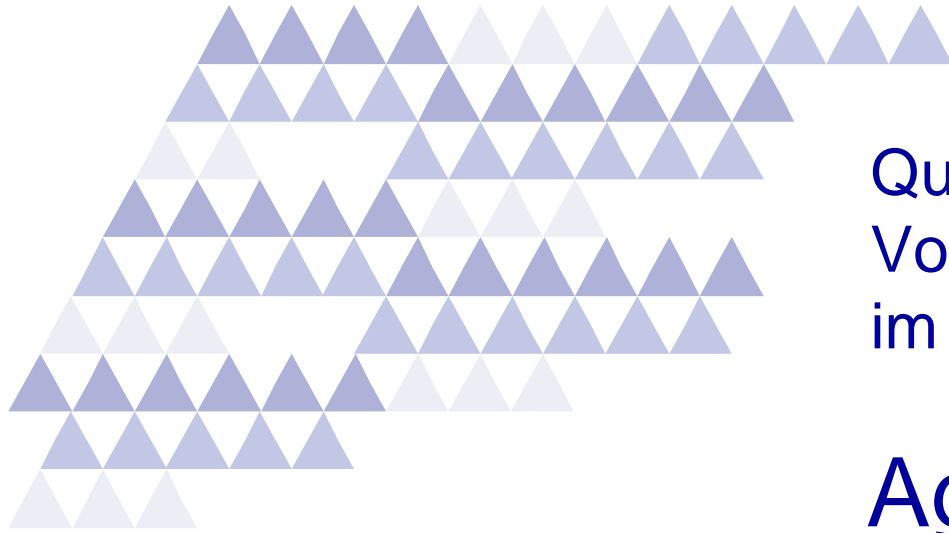
# QuMiK-Qualitätsbericht Vorbereitungen und Umsetzung im Klinikverbund Südwest

## Kontrolle der BQS Daten

- Bundesweiter Vergleich
- Ab 2008 Abgleich mit §21 Daten

## Kontrolle der BQS Daten Abgleich mit §21 Daten

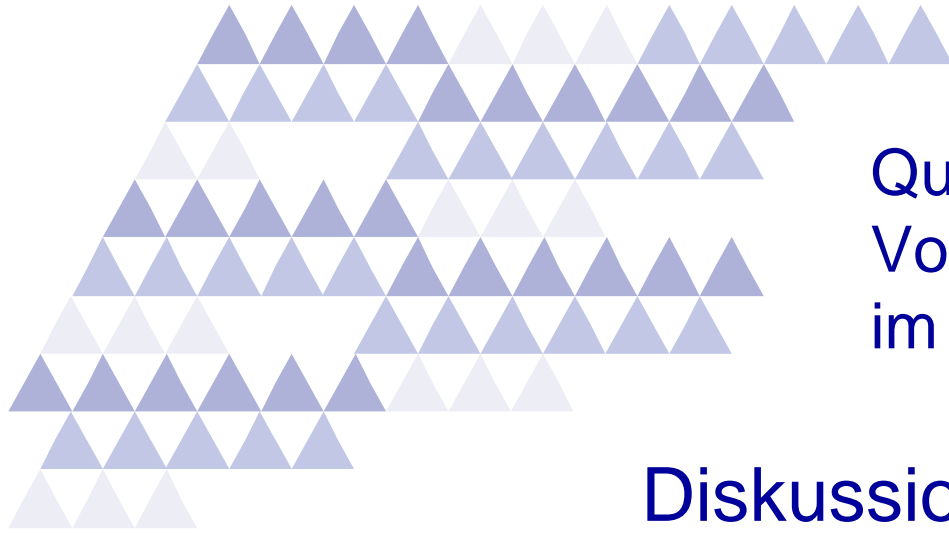
- §21 Entlassungsgart „verstorben“  
⇒ Im BQS Datensatz vergessen (97% der Daten abgegeben)
- §21 Dokumentation von Wundinfektionen  
⇒ Erhöhung der Erlöse, Vergessen bei der BQS Dokumentation




## QuMiK-Qualitätsbericht Vorbereitungen und Umsetzung im Klinikverbund Südwest

### Agenda

- Gute Ergebnisqualität ist ein strategisches Ziel der Geschäftsführung
- Kontrolle der BQS Daten
- Diskussion mit den Chefärzten
- Gründe für die Veröffentlichung

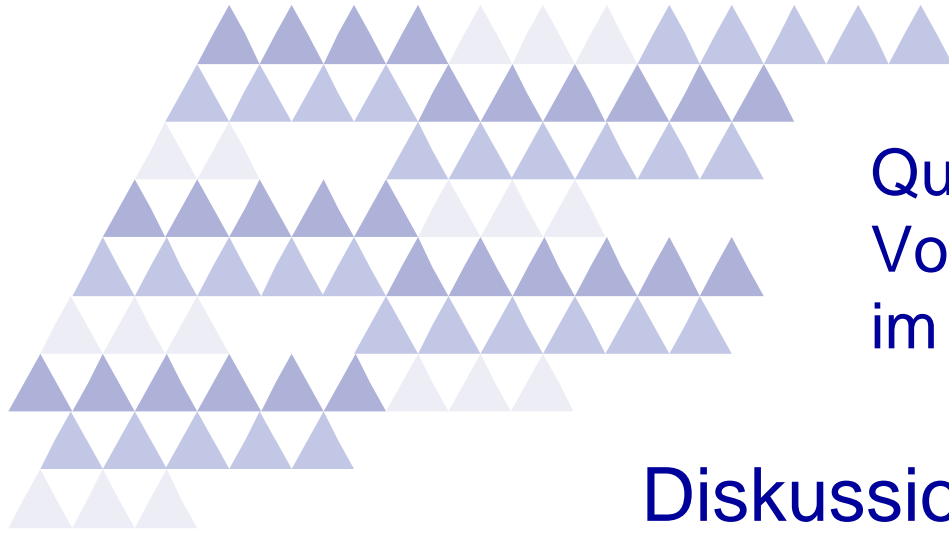



QuMiK-Qualitätsbericht  
Vorbereitungen und Umsetzung  
im Klinikverbund Südwest 

Diskussion mit den Chefärzten  
Typische Vorurteile:

- Die Veröffentlichung unterdurchschnittlicher Ergebnisse schadet dem Image.
- Die Daten sind nicht valide erhoben.
- Die Aussagekraft der Daten ist gering.
- Die Patientenkollektive sind nicht vergleichbar.

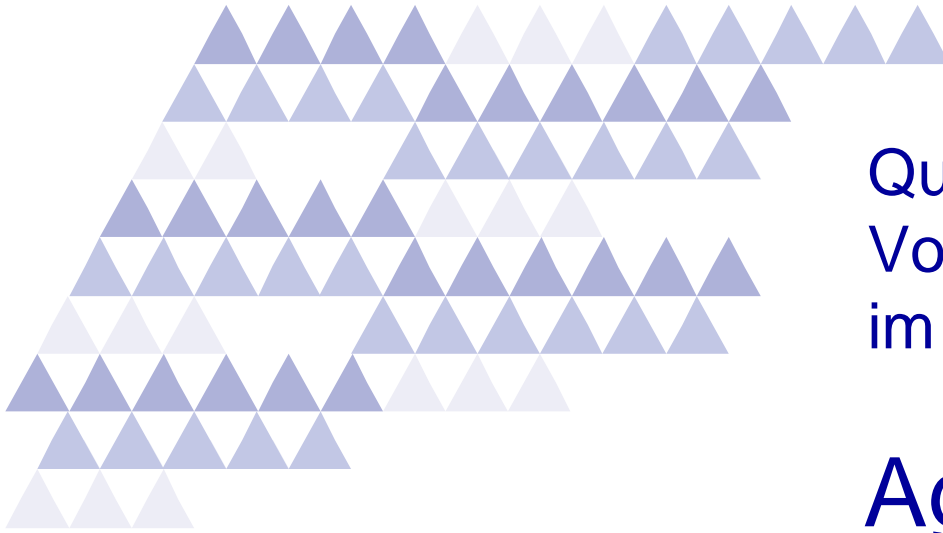




QuMiK-Qualitätsbericht  
Vorbereitungen und Umsetzung  
im Klinikverbund Südwest 

Diskussion mit den Chefärzten  
Auch offensiver Umgang

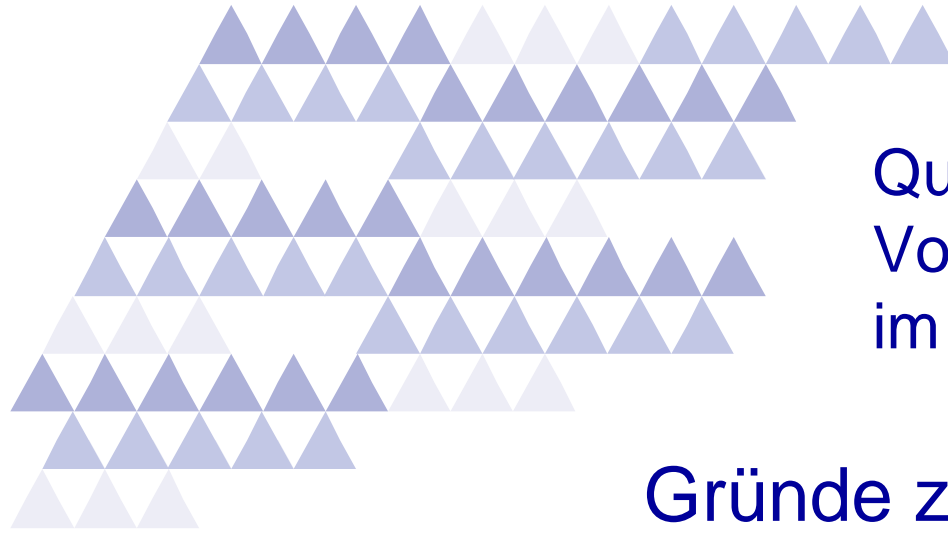
- Unser Orthopäde schickt seit Jahren seine gesamten BQS Berichte an die Einweiser.
- Selbstanzeige eines Fehlers
- Externe Zertifizierungen
- Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen




# QuMiK-Qualitätsbericht Vorbereitungen und Umsetzung im Klinikverbund Südwest

## Agenda

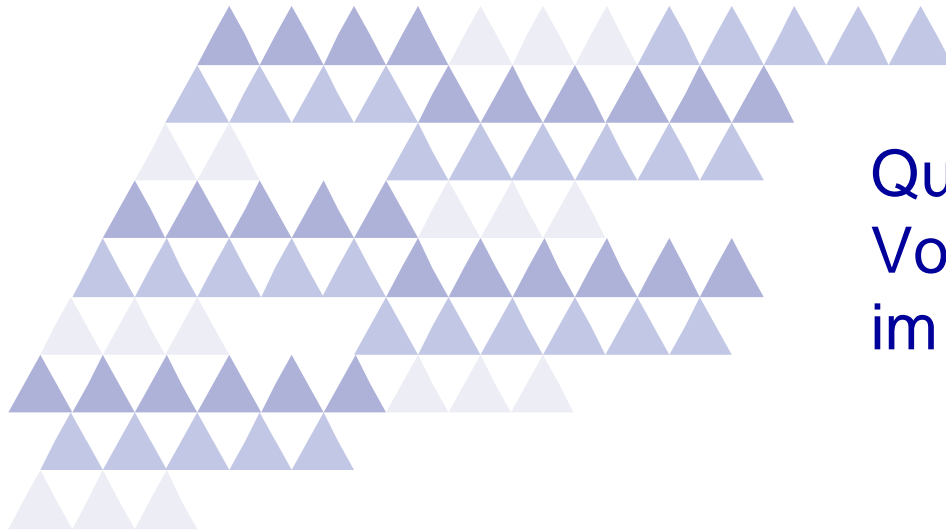
- Gute Ergebnisqualität ist ein strategisches Ziel der Geschäftsführung
- Kontrolle der BQS Daten
- Diskussion mit den Chefärzten
- Gründe für die Veröffentlichung



QuMiK-Qualitätsbericht  
Vorbereitungen und Umsetzung  
im Klinikverbund Südwest 

## Gründe zur Veröffentlichung von Ergebnisqualitätsindikatoren

- Transparenz als vertrauensbildende Maßnahme
- Wettbewerb zur Verbesserung der Ergebnisse
- Vorbereitung auf die Diskussion mit den Kostenträgern über qualitätsabhängige Erlöse
- Ethische Verpflichtung



QuMiK-Qualitätsbericht  
Vorbereitungen und Umsetzung  
im Klinikverbund Südwest 



**Saving 100,000 Lives**

**Mayo organizations join national campaign  
to improve health care safety**

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !**