



**Qualitätsindikatoren
für Kirchliche Krankenhäuser - QKK e. V.**

Verfahrenshandbuch

14. April 2015



Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der Abbildungen

Verzeichnis der Abkürzungen

A	Einführung	4
B	Jahreszyklus des Benchmarking	5
C	Qualitätsarbeit im QKK e. V.	8
D	Planung, Durchführung und Analyse des Peer Review	11
E	Quellen	12
F	Anhang	13
F.1	VORLAGE ZUR ZUSATZERHEBUNG	13
F.2	VORLAGE ZUM BERICHT SENTINEL EVENTS	13
F.3	DEFINITION DER MANAGEMENT SUMMARY	14
F.4	VORLAGE ZUR DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE AUF VEREINSEBENE	15

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Seiten
Prof. Stausberg	verfahrenshandbuch_20150414	QKK Vorstand	1	2 von 15



Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1. Jahreszyklus des Benchmarking.....	6
Abbildung 2. Qualitätsarbeit im QKK e. V.	9
Abbildung 3. Beispiel einer Management Summary	15

Verzeichnis der Abkürzungen

3M	3M Health Information Systems
AG	Arbeitsgruppe
G-IQI	German Inpatient Quality Indicators
HSMR	Hospital Standardized Mortality Ratio
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision German Modification
KH	Krankenhaus
KHZV	Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.
KI	Konfidenzintervall
MS	Management Summary
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PR	Peer Review
PSI	Patient Safety Indicator
QI	Qualitätsindikator
QKK e. V.	Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser - QKK e. V.
SE	Sentinel Event
SR	Standardized Ratio

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Seiten
Prof. Stausberg	verfahrenshandbuch_20150414	QKK Vorstand	1	3 von 15



A Einführung

In diesem Verfahrenshandbuch des Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser - QKK e. V. werden sukzessive die Kernprozesse der Vereinsarbeit beschrieben. Als erste Prozesse sind der Jahreszyklus des Benchmarkings mit seiner zeitlichen Abfolge, den beinhalteten Aktivitäten und den Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung sowie die Abfolge der Qualitätsarbeit im QKK e. V. dargestellt. Die Aufnahme weiterer Kernprozesse in das Verfahrenshandbuch ist geplant.

Bezüglich der Bezeichnung wichtiger Elemente gelten folgende Konventionen. Die offizielle Vereinsbezeichnung lautet „Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser - QKK e. V.“ Der Vereinsnamen wird mit „QKK e. V.“ abgekürzt. Bei zusammengesetzten Bezeichnungen kann die Abkürzung QKK ohne den Zusatz „e. V.“ genutzt werden. Die verwendeten Kennzahlen sind im „QKK-Indikatorenset“ definiert. Im QKK e. V. erarbeitete Kennzahlen werden als „QKK-Indikatoren“ bezeichnet.

B Jahreszyklus des Benchmarking

Das Benchmarking erfolgt beim QKK e. V. über quartalsweise Analysen. Abbildung 1 zeigt den Jahreszyklus als Flussdiagramm. Die Zeitachse ist hierbei von oben nach unten angeordnet. Zeitpunkte finden sich in ovalen Formen (Januar, Februar, Mai, August und November). In sich geschlossene Aktivitäten sind über einfache Rechtecke, komplexe Prozesse über Rechtecke mit doppeltem Rand gekennzeichnet. Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung sind schraffiert dargestellt. Qualitätslenkende Tätigkeiten finden in den mit „Qualitätsarbeit“ beschriebenen Prozessen statt.

Im Januar erfolgt die Erhebung derjenigen Indikatoren, die sich nicht aus Routinedaten ableiten lassen (in Abbildung 1 als „Zusatzerhebung“ bezeichnet, s. Vorlage zur Zusatzerhebung im Anhang). Derzeit betrifft dies drei Indikatoren: Klinisches Ethikkomitee (Kürzel QKK E-01), Palliativmedizin - Qualifikation ärztlicher Dienst (QKK P-05), Palliativmedizin - Qualifikation Pflegedienst (QKK P-06). Die Zusatzerhebung findet einmal jährlich durch die Geschäftsstelle für das Vorjahr statt. Die Ergebnisse werden in die Zusammenstellung der Ergebnisse für das Vorjahr aufgenommen („Zusammenstellung Vorjahr“).

Im Februar des Jahres werden die Routinedaten der teilnehmenden Krankenhäuser für das gesamte Vorjahr durch die beauftragten Dienstleister entgegengenommen. Daran schließen sich zwei Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung an, die jeweils mehrere Jahre überspannen. Alle drei Jahre erfolgt eine Analyse der Qualitätsentwicklung im QKK e. V. („Evaluation Qualitätsentwicklung“). Bislang liegen Berichte zu den Zeiträumen 2007 (2005) bis 2009 und 2010 bis 2012 vor. Die nächste Analyse erfolgt somit 2016 für den Zeitraum von 2013 bis 2015. Alle zwei Jahre erfolgt eine Prüfung der dem Benchmarking zu Grunde liegenden Indikatorensets („Evaluation Indikatoren“) auf die Eignung der verfügbaren Kennzahlen für das Benchmarking des QKK e. V. Diese Prüfung ist bislang 2009, 2011 und 2014 durchgeführt worden. Ergebnis der Prüfung in 2014 ist das derzeit gültige QKK-Indikatorenset in Version 3.0 [3]. Die nächste Prüfung steht 2016/2017 an.

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Seiten
Prof. Stausberg	verfahrenshandbuch_20150414	QKK Vorstand	1	4 von 15



Wie in allen Quartalen des Jahres findet zu Jahresanfang eine Auswertung des QKK-Indikatorensets sowie weiterer Kennzahlen der zu Grunde liegenden Indikatorensets durch die beauftragten Dienstleister statt („Auswertung Vorjahr“), soweit diese Indikatoren sich aus den Routinedaten der Krankenhäuser berechnen lassen. Entsprechend der von 3M Health Information Systems (3M) und dem Krankenhauszweckverband Rheinland e. V. (KHZV) eingesetzten Werkzeuge umfassen die Analysen einen umfangreichen Katalog an Kennzahlen.

Für das Benchmarking im QKK e. V. ist derzeit das QKK-Indikatorenset in Version 3.0 mit den Berechnungsregeln für das Jahr 2015 gültig [3]. Das QKK-Indikatorenset in Version 3.0 umfasst insgesamt 88 Indikatoren, von denen sich 85 aus Routinedaten berechnen lassen. Sechs der 85 Indikatoren werden allerdings nicht für den Krankenhausvergleich genutzt sondern als sogenannte Sentinel Events ausgewiesen. Ein Indikator, die Hospital Standardized Mortality Ratio (QKK B-06), wird derzeit nicht durch 3M berechnet. Aus dem QKK-Indikatorenset 3.0 beinhaltet die Auswertung bei 3M damit 78 Indikatoren für das Benchmarking sowie sechs Sentinel-Event-Indikatoren.

Die Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) wird ab 2015 durch die wissenschaftliche Begleitung einmal jährlich berechnet („Berechnung HSMR“). Ebenfalls ab 2015 erfolgt zusätzlich zu den Auswertungen durch die beauftragten Dienstleister ein vereinfachtes Benchmarking durch die wissenschaftliche Begleitung („Benchmarking 3M/KHZV“), welches alle Mitgliedskrankenhäuser des QKK e. V. einschließt, unabhängig von ihrer Betreuung durch 3M oder den KHZV. Dieses Benchmarking beschränkt sich auf die Kennzahlen des QKK-Indikatorensets.

Die Auswertungen der Dienstleister, das vereinfachte Benchmarking der wissenschaftlichen Begleitung, die HSMR sowie die Ergebnisse der Zusatzerhebung werden als Zusammenstellung („Zusammenstellung Vorjahr“) an die Träger und/oder Krankenhäuser des QKK e. V. ausgeliefert („Auslieferung Träger/Krankenhaus“). Daran schließen sich träger- und/oder krankenhäuserinterne Tätigkeiten zur Qualitätslenkung an. Die Zusammenstellung wird weiterhin an die Gremien des Vereins ausgeliefert („Auslieferung QKK“), um auch trägerübergreifende Tätigkeiten der Qualitätslenkung zu ermöglichen („Qualitätsarbeit QKK“). Letzteres umfasst u. a. ein Peer Review, für welches bereits eigene Regelungen definiert wurden.

Im Mai erfolgt die Auswertung für das I. Quartal des Jahres mit nachfolgender Auslieferung an die Träger und/oder Krankenhäuser. Im August schließt sich neben der Auswertung des ersten Halbjahres wieder ein vereinfachtes Benchmarking der wissenschaftlichen Begleitung an. Dieses erfolgt somit zweimal jährlich. Die sich ergebende Zusammenstellung aus den Auswertungen der Dienstleister sowie dem vereinfachten Benchmarking der wissenschaftlichen Begleitung werden an die Träger und/oder Krankenhäuser des QKK e. V. sowie die Gremien des Vereins für weitere Tätigkeiten der Qualitätslenkung ausgeliefert. Im November erfolgt dann die Auswertung für die ersten drei Quartale des Jahres mit nachfolgender Auslieferung an die Träger und/oder Krankenhäuser.

Zusätzlich werden im November die Berechnungsregeln des QKK-Indikatorensets für das Folgejahr durch die wissenschaftliche Begleitung („Definition Indikatorenset Folgejahr“) zusammengestellt. Unter anderem erfolgt hierbei eine Anpassung an die Fortschreibungen der gesetzlich vorgeschriebenen Klassifikationen ICD-10-GM und OPS. In die Definition gehen zusätzlich Ergebnisse aus einer weiteren Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung ein, der Entwicklung neuer Indikatoren („Entwicklung neuer Indikatoren“). Die Entwicklung neuer Indikatoren erfolgt unabhängig vom Jahreszyklus, angestoßen von entsprechenden Vorschlägen oder Aufträgen. Hieraus können sich im Einzelfall auch unterjährige Anpassungen des QKK-Indikatorensets ergeben (in Abbildung 1 nicht dargestellt).

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Seiten
Prof. Stausberg	verfahrenshandbuch_20150414	QKK Vorstand	1	5 von 15

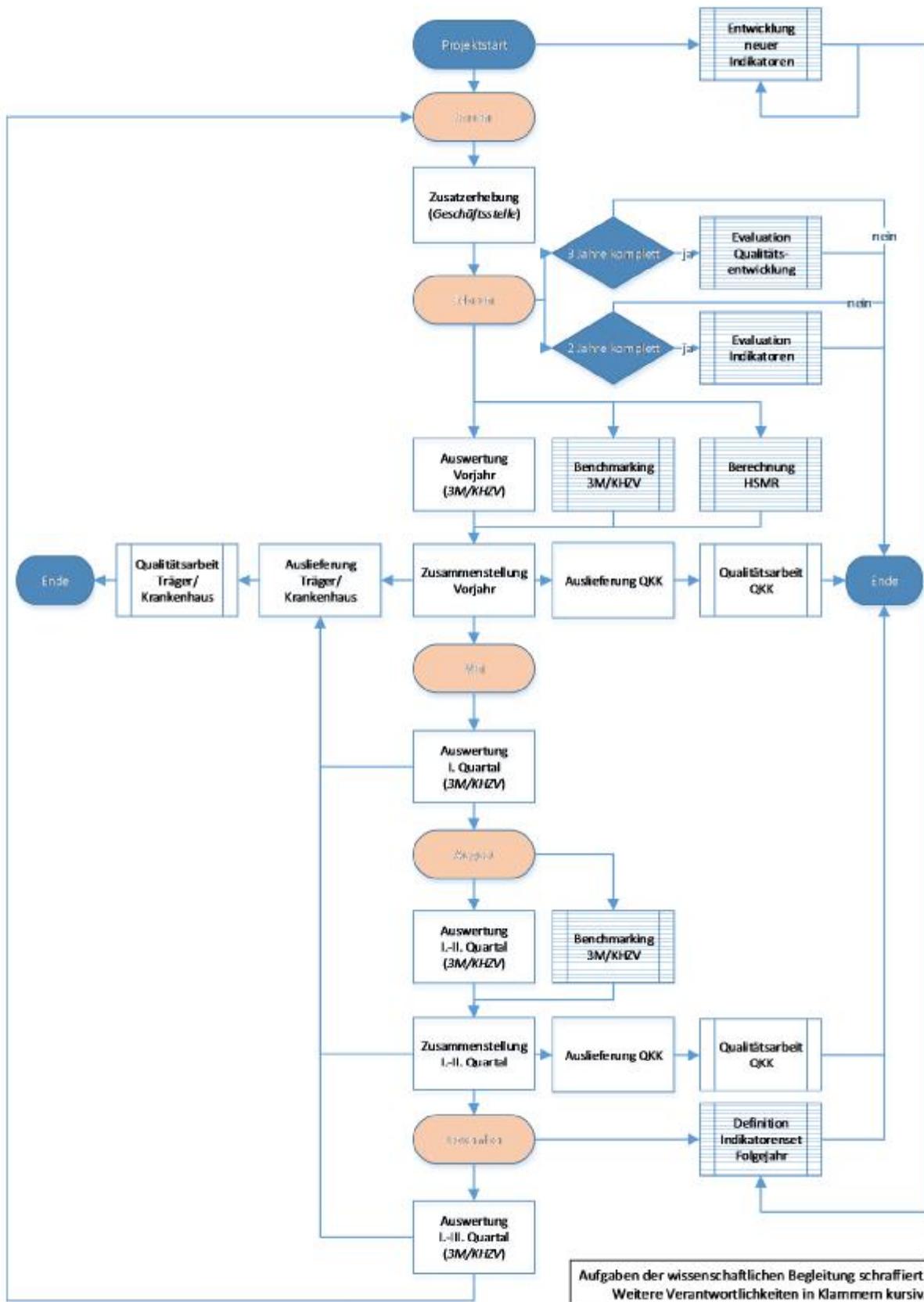


Abbildung 1. Jahreszyklus des Benchmarking

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Seiten
Prof. Stausberg	verfahrenshandbuch_20150414	QKK Vorstand	1	6 von 15



C

Qualitätsarbeit im QKK e. V.

Die Qualitätsarbeit auf Ebene des Vereins wird zweimal jährlich an Hand aktueller Ergebnisse konzipiert und modifiziert. Diese Prozesse sind in Abbildung 1 als „Qualitätsarbeit QKK“ gekennzeichnet. Der Prozess in der ersten Hälfte eines Jahres berücksichtigt hierzu die Gesamtergebnisse des Vorjahres und ist damit umfangreicher als der Prozess in der zweiten Hälfte eines Jahres, der im Wesentlichen einer Überprüfung der laufenden Qualitätsarbeit dient. Abbildung 2 zeigt die Aktivitäten dieser Prozesse in ihrer zeitlichen und logischen Ordnung. Die Zeitachse ist hierbei von oben nach unten angeordnet. Zeitpunkte finden sich in ovalen Formen (1. Halbjahr, 2. Halbjahr). In sich geschlossene Aktivitäten sind über einfache Rechtecke, komplexe Prozesse über Rechtecke mit doppeltem Rand gekennzeichnet. Dokumente sind als Blatt, Entscheidungspunkte als Raute dargestellt. Wesentliche Verantwortlichkeiten sind dargestellt.

Die Konzeption und Modifikation der Qualitätsarbeit im 1. Halbjahr beruht auf vier Säulen. Von allen Krankenhäusern der Mitgliedschaft wird ein Bericht über den internen Umgang mit Sentinel Events in der 2. Hälfte des vorangehenden Jahres abgefragt (s. Vorlage zum Bericht Sentinel Events im Anhang). Erwartet wird eine Analyse jedes Ereignisses, ggf. unter Nutzung einer Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz. In diesem Bericht werden die Anzahl der bearbeiteten von den ermittelten Sentinel Events sowie - falls zutreffend - verallgemeinerbare, qualitätsrelevante Ergebnisse erhoben. Nach Prüfung der Berichte auf Vollständigkeit und Vollständigkeit erfolgt eine Analyse auf relevante Erkenntnisse für die gesamte Mitgliedschaft¹. Über die Bewertung und Nutzung der Erkenntnisse entscheidet der Vorstand.

Zu jedem Peer Review erfolgt eine Rückmeldung an die Geschäftsstelle über dessen Durchführung sowie über verallgemeinerbare, qualitätsrelevante Ergebnisse (s. Musterprotokoll in [1]). Die Berichte werden ebenfalls auf relevante Erkenntnisse für die gesamte Mitgliedschaft untersucht². Über die Bewertung und Nutzung der Erkenntnisse entscheidet wiederum der Vorstand.

Für jedes Krankenhaus wird unter Einschluss der für ein Benchmarking vorgesehenen Indikatoren des QKK-Indikatorensets eine Management Summary erstellt (s. Definition im Anhang). Die Management Summary weist die relative Häufigkeit auffälliger Indikatoren als Composite Measure aus, statistisch signifikant auffällige Indikatoren sowie Indikatoren, bei denen das Ergebnis einen negativen Ausreißer darstellt. Die Management Summary stellt damit für die Identifikation von Problembereichen eine maximal komprimierte Zusammenfassung der Ergebnisse jedes einzelnen Krankenhauses dar.

Ebenfalls für die Identifikation von Problembereichen werden die Ergebnisse des Vorjahres für den QKK e. V. nach Einhausmethode zu jedem Indikator des Benchmarkings zusammengestellt und als Vergleichswert mit dem Ergebnis des dem Berichtsjahr vorangehenden Jahres sowie ggf. einem Referenzwert versehen (s. Vorlage im Anhang). Aus den Management Summary der einzelnen Krankenhäuser sowie den Qualitätsergebnissen des QKK e. V. auf Vereinsebene ergeben sich Hinweise auf mögliche Problembereiche. Diese sind

¹ Die Verantwortlichkeit im Vorstand liegt bei Herrn Dr. Scheu („Vorstand: A“ in Abbildung 2).

² Die Verantwortlichkeit im Vorstand liegt bei Herrn Kohl („Vorstand: B“ in Abbildung 2).

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Seiten
Prof. Stausberg	verfahrenshandbuch_20150414	QKK Vorstand	1	7 von 15



Grundlage für die Festlegung des Peer Reviews im aktuellen Jahr sowie die Auswahl von Indikatoren zu einer Prozessanalyse. Die Management Summary wird den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt.

Schwerpunkt der Qualitätsarbeit stellen dann Schwachstellenanalysen sowie im gegebenen Fall die Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen über Peer Reviews und Prozessanalysen dar. Falls es sich im Einzelfalle anbieten werden auch weitere Methoden des Qualitätsmanagements herangezogen, so z. B. tiefergehende Datenanalysen oder Erhebungen zur Leitlinienkonformität des Versorgungsgeschehens.

Im 2. Halbjahr erfolgt die Abfrage zum Umgang mit Sentinel Events für die ersten beiden Quartale des aktuellen Jahres. Die Konzeption der laufenden Peer Reviews und Prozessanalysen wird an Hand weiterer Ergebnisse überprüft und ggf. angepasst. Hierzu werden die Ergebnisse des QKK e. V. nach Einhausmethode zu jedem Indikator des Benchmarkings für die ersten beiden Quartale des aktuellen Jahres zusammengestellt. Diese werden als Vergleichswert mit dem Ergebnis des Vorjahres sowie ggf. einem Referenzwert versehen. Wenn verfügbar fließen in die Anpassung der laufenden Verfahren zusätzlich die Erkenntnisse zur Qualitätsentwicklung ein, die von der wissenschaftlichen Begleitung jedes dritte Jahr erarbeitet werden (s. Jahreszyklus in Abbildung 1).

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Seiten
Prof. Stausberg	verfahrenshandbuch_20150414	QKK Vorstand	1	8 von 15

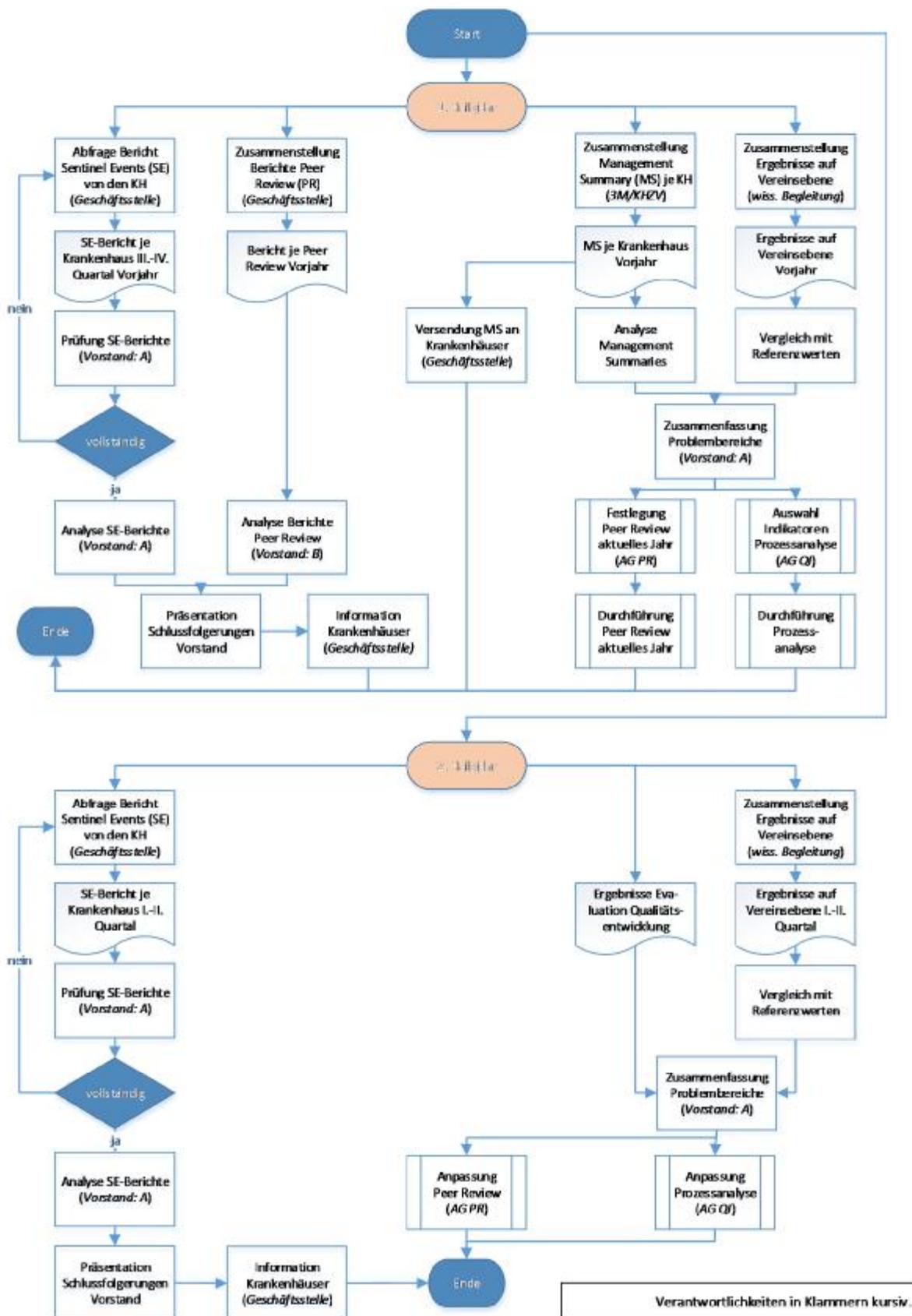


Abbildung 2. Qualitätsarbeit im QKK e. V.

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Seiten
Prof. Stausberg	verfahrenshandbuch_20150414	QKK Vorstand	1	9 von 15



D

Planung, Durchführung und Analyse des Peer Review

Das Peer-Review-Verfahren ist gesondert beschrieben. Zur weiteren Information wird daher auf folgende Dokumente verwiesen:

Geschäftsordnung der Arbeitsgruppe Peer Review (AG PR). Stand: 4/2013.

Infoblatt für Koordinatoren. Stand: 4/2013.

Info-Blatt für Peers bei QKK. Stand: 4/2013.

Ordnung zur Regelung des QKK Peer Review-Verfahrens. Stand: April 2013.

Reisekostenempfehlung für Peers und Koordinatoren in QKK. Stand: 4/2013.

E

Quellen

Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser - QKK e. V. Ordnung zur Regelung des QKK Peer Review-Verfahrens. Stand: April 2013.

Stausberg J. Welches sind die richtigen Indikatoren für die katholischen Krankenhäuser. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Qualitätsindikatoren für katholische Krankenhäuser (QKK). 4.10.2009 [Dokument verfügbar über <http://www.qkk-online.de/>].

Stausberg J. QKK-Indikatorenset Version 3.0. Berechnungsregeln für das Datenjahr 2015. Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser (QKK) e. V. Essen, 20.10.2014 [Dokument verfügbar über <http://www.qkk-online.de/>].

Stausberg J, Bartels C, Bobrowski C. Gewinnung von Managementinformationen aus der externen vergleichenden Qualitätssicherung. Medizinische Klinik 2007; 104: 507-514.

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Seiten
Prof. Stausberg	verfahrenshandbuch_20150414	QKK Vorstand	1	10 von 15

F Anhang

F.1. Vorlage zur Zusatzerhebung

Bitte senden Sie diesen Bogen ausgefüllt als Word-Dokument oder als eingescannten Ausdruck bis zum **<Datum>** an **<E-Mail-Adresse Empfänger>**.

1 Krankenhaus

1.1 Name des Krankenhauses:

1.2 Kontaktdaten:

1.3 Datum:

1.4 Unterschrift:

2 QKK E-01 Klinisches Ethikkommission

Berechnung Nenner

In <Jahr> entlassene vollstationäre Behandlungsfälle mit Verweildauer über 4 Tagen

Berechnung Zähler

Fälle aus Nenner mit klinischem Ethikkommission

Neben klinischen Ethikkommissionen werden ethische Fallbesprechungen anerkannt. Das Vorhandensein einer Ethikkommission ist hierbei keine Voraussetzung. Hingegen ist die Einbindung einer geschulten und ausgewiesenen Person als Moderator oder als Ethik-Koordinator zwingend erforderlich.

2.1 Anzahl Fälle im Nenner:

2.2 Anzahl Fälle im Zähler:

3 QKK P-05 Palliativmedizin – Qualifikation Ärztlicher Dienst

<i>Berechnung Nenner (gemäß Meldung nach Krankenhausstatistikverordnung)</i>
Gesamtzahl der Beschäftigten im ärztlichen Dienst umgerechnet in Vollkräfte im Jahr <Jahr>
<i>Berechnung Zähler</i>
Beschäftigte aus Nenner mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin zum 31.12.<Jahr>

3.1 Anzahl Beschäftigte ärztlicher Dienst im Nenner:

3.2 Anzahl Beschäftigte ärztlicher Dienst im Zähler:

4 QKK P-06 Palliativmedizin – Qualifikation Pflegedienst

<i>Berechnung Nenner (gemäß Meldung nach Krankenhausstatistikverordnung)</i>
Gesamtzahl der Beschäftigten im Pflegedienst umgerechnet in Vollkräfte im Jahr <Jahr>
<i>Berechnung Zähler</i>
Beschäftigte aus Nenner mit Palliativ-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden zum 31.12.<Jahr>

4.1 Anzahl Beschäftigte Pflegedienst im Nenner:

4.2 Anzahl Beschäftigte Pflegedienst im Zähler:

4.3 Anerkannte Weiterbildungsmaßnahmen:

F.2. Vorlage zum Bericht Sentinel Events

Krankenhaus: <Name des Krankenhauses>
Zeitraum: <I.-II. Quartal III.-IV. Quartal> <Jahr>
Ansprechpartner: <Kontaktperson für Bericht>

Sentinel Event	Anzahl Fälle im Berichtsjahr	
	aufgetreten	bearbeitet [#]
Intraoperativ zurückgelassener Fremdkörper (PSI 5)	<Eintrag QKK e. V.>	<Eintrag KH>
Postoperative Schenkelhalsfraktur (PSI 8)	<Eintrag QKK e. V.>	<Eintrag KH>
Transfusionsreaktion (PSI 16)	<Eintrag QKK e. V.>	<Eintrag KH>
Mortalität bei Schilddrüsen-OP (QKK S-01)	<Eintrag QKK e. V.>	<Eintrag KH>
Mortalität bei stabiler Angina pectoris und PTCA/Stent-Implantation (QKK S-02)	<Eintrag QKK e. V.>	<Eintrag KH>
Mortalität bei Tonsillektomie (QKK S-03)	<Eintrag QKK e. V.>	<Eintrag KH>

Qualitätsrelevante Erkenntnisse für den QKK e. V.: <freitextliche Angabe durch KH>
--

[#]Bearbeitet durch Besprechung in einer Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz oder eine vergleichbare Maßnahme der Schwachstellenanalyse.

F.3. Definition der Management Summary

Eine Verdichtung der kleinteiligen Informationen aus einem Benchmarking über eine Vielzahl von Qualitätsindikatoren ist für eine entscheidungsrelevante Nutzung sinnvoll, zumindest

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Seiten
Prof. Stausberg	verfahrenshandbuch_20150414	QKK Vorstand	1	13 von 15



dann, wenn die Entscheidungen auf Geschäftsführungsebene getroffen werden [4]. Bereits 2009 wurde für den QKK e. V. eine Management Summary vorgeschlagen [2] und seitens 3M in allgemeiner Form in das Berichtswesen eingebunden. Für die Qualitätsarbeit auf Ebene des Vereins wird nun eine Fortentwicklung der Management Summary definiert. Ausgangspunkt ist das im Berichtszeitraum gültige QKK-Indikatorenset. Zu jedem Indikator des QKK-Indikatorensets werden folgende Informationen aus jedem Krankenhaus benötigt:

standardisierte Verhältniszahl (Standardized Ratio, SR) mit 95 %-Konfidenzintervall (KI) oder Rate mit 95 %-KI oder Wert mit 95 %-KI.

Als Vergleichswert wird entweder die SR, die Rate oder der Wert für QKK nach Einhausmethode herangezogen. Die Management Summary gliedert sich in drei Teile.

Teil 1: Anteil der auffälligen an allen in diesem Krankenhaus gemessenen Indikatoren des QKK-Indikatorensets. Auffälligkeit wird in Abhängigkeit vom Typ des Indikators ermittelt:

SR: SR des Krankenhauses größer als SR für den QKK e. V. nach Einhausmethode (Voraussetzung: höhere SR zeigt schlechtere Werte an),

Rate: Rate des Krankenhauses schlechter als Rate für den QKK e. V. nach Einhausmethode,

Wert: Wert des Krankenhauses schlechter als Wert für den QKK e. V. nach Einhausmethode.

Teil 2: Signifikant auffällige Ergebnisse. Eine signifikante Auffälligkeit wird in Abhängigkeit vom Typ des Indikators ermittelt:

SR: Untere Grenze des 95 %-KI der SR des Krankenhauses größer als SR für den QKK e. V. nach Einhausmethode (Voraussetzung: höhere SR zeigt schlechtere Werte an),

Rate: 95 %-KI der Rate des Krankenhauses schlechter als Rate für den QKK e. V. nach Einhausmethode,

Wert: 95 %-KI des Mittelwertes des Krankenhauses schlechter als Mittelwert für den QKK e. V. nach Einhausmethode.

Teil 3: Negative Ausreißer. Ein negativer Ausreißer wird in Abhängigkeit vom Typ des Indikators ermittelt:

SR: In der Verteilung der SRs aller Krankenhäuser überschreitet das betrachtete Ergebnis den 1,5 fachen Interquartilsabstand vom 75 %-Perzentil nach oben (Voraussetzung: höhere SR zeigt schlechtere Werte an),

Rate: In der Verteilung der Raten aller Krankenhäuser überschreitet das betrachtete Ergebnis den 1,5fachen Interquartilsabstand vom 75 %-Perzentil nach oben, falls höhere Werte ein schlechteres Ergebnis anzeigen, oder vom 25 %-Perzentil nach unten, falls niedrigere Werte ein schlechteres Ergebnis anzeigen.

Wert: In der Verteilung der Raten aller Krankenhäuser überschreitet das betrachtete Ergebnis den 1,5fachen Interquartilsabstand vom 75 %-Perzentil nach oben, falls höhere Werte ein schlechteres Ergebnis anzeigen, oder vom 25 %-Perzentil nach unten, falls niedrigere Werte ein schlechteres Ergebnis anzeigen.

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Seiten
Prof. Stausberg	verfahrenshandbuch_20150414	QKK Vorstand	1	14 von 15



Abbildung 3 zeigt ein Beispiel für eine Management Summary.

<p>Management Summary von Musterhaus zum Berichtsjahr 2014</p> <p>Anteil auffälliger Kennzahlen: 10 von 79 (13 %)</p> <p>Signifikant auffällige Kennzahlen:</p> <p>Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter >19 J.), Anteil Todesfälle, aufgetreten (G-IQI 1.1)</p> <p>Herzinfarkt, Altersgruppe 45-64 J., Anteil Todesfälle (G-IQI 1.12)</p> <p>Delir bei operierten Patienten - Mortalität (QKK O-03)</p> <p>Negative Ausreißer:</p> <p>Herzinfarkt, Altersgruppe 45-64 J., Anteil Todesfälle (G-IQI 1.12)</p>

Abbildung 3. Beispiel einer Management Summary

F.4. Vorlage zur Darstellung der Ergebnisse auf Vereinsebene

Zeitraum: <Jahr I.-II. Quartal Jahr>

Indikator	QKK e. V.		Referenz	
	Ergebnis	Ergebnis Vorjahr	Ergebnis	Quelle [#]
<Indikator>	<Wert>	<Wert>	<Wert>	<Freitext>
...				

[#]Referenzwerte können z. B. Ergebnisse aus dem kompletten Datenbestand von 3M oder Zielwerte der G-IQI darstellen.

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Seiten
Prof. Stausberg	verfahrenshandbuch_20150414	QKK Vorstand	1	15 von 15