Qualitätsmanagement

Sinnvolle Stütze, statt lästige Hürde?

„Bald wird die Zeit kommen, wo auch unsere Kollegen und Schüler strengere Anforderungen an uns und unser Handeln legen, wo man sich nicht mehr mit allgemeinen Bemerkungen über die Erfolge dieser oder jener Operation begnügen wird, sondern jeden Arzt für einen Scharlatan hält, der nicht im Stande ist, seine Erfahrungen in Zahlen auszudrücken.“

Th. Billroth, Zürich 1860

Das Bemühen um Qualität im Gesundheitswesen ist alt, die komplexen Anforderungen des Wettbewerbes, des Gesetzgebers und der Gesellschaft sind neu und herausfordernd.

Damit erscheint Qualitätsmanagement als „neuer Motor“ für unabdingbar notwendige Veränderungen im Gesundheitswesen.

Relevanz des Themas

- (Internationale) Wettbewerbsfähigkeit
- Veränderte Gesetzliche Rahmenbedingungen
- Verändertes Wertebewusstsein der Gesellschaft (Patienten, Angehörige, Mitarbeiter)

DGK ...aktuell 2005 – Studie von Ernst & Young

Studie: Jedes vierte Krankenhaus wird bis 2020 schließen

In den nächsten 15 Jahren wird in Deutschland jedes vierte Krankenhaus schließen müssen. Dies ist das Ergebnis einer aktuellen Studie der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Ernst & Young. Von derzeit rund 2.200 Kliniken überlebten bis 2020 lediglich 1.500. Die übrigen gäben auf oder schlössen

Welt am Sonntag_21.01.2007 (Teil 1)

Deutschland hat zu viele Krankenhäuser. Würden die unprofitablen geschlossen oder privatisiert, ließen sich Milliarden sparen. Eine neue Studie prophezeit: Geschieht dies nicht, gehen etliche demnächst pleite

Jede fünfte Klinik steht auf der Kippe

Von Christin Martens und Philipp Neumann

RUDOLF KÖSTERS kämpft. Der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), eines Ver-

Dabei könnte gerade ein Krankenhaussterben für die Branche heilsam sein. Eine noch unveröffentlichte Studie des Essener Rheinisch-Westfälischen Instituts für

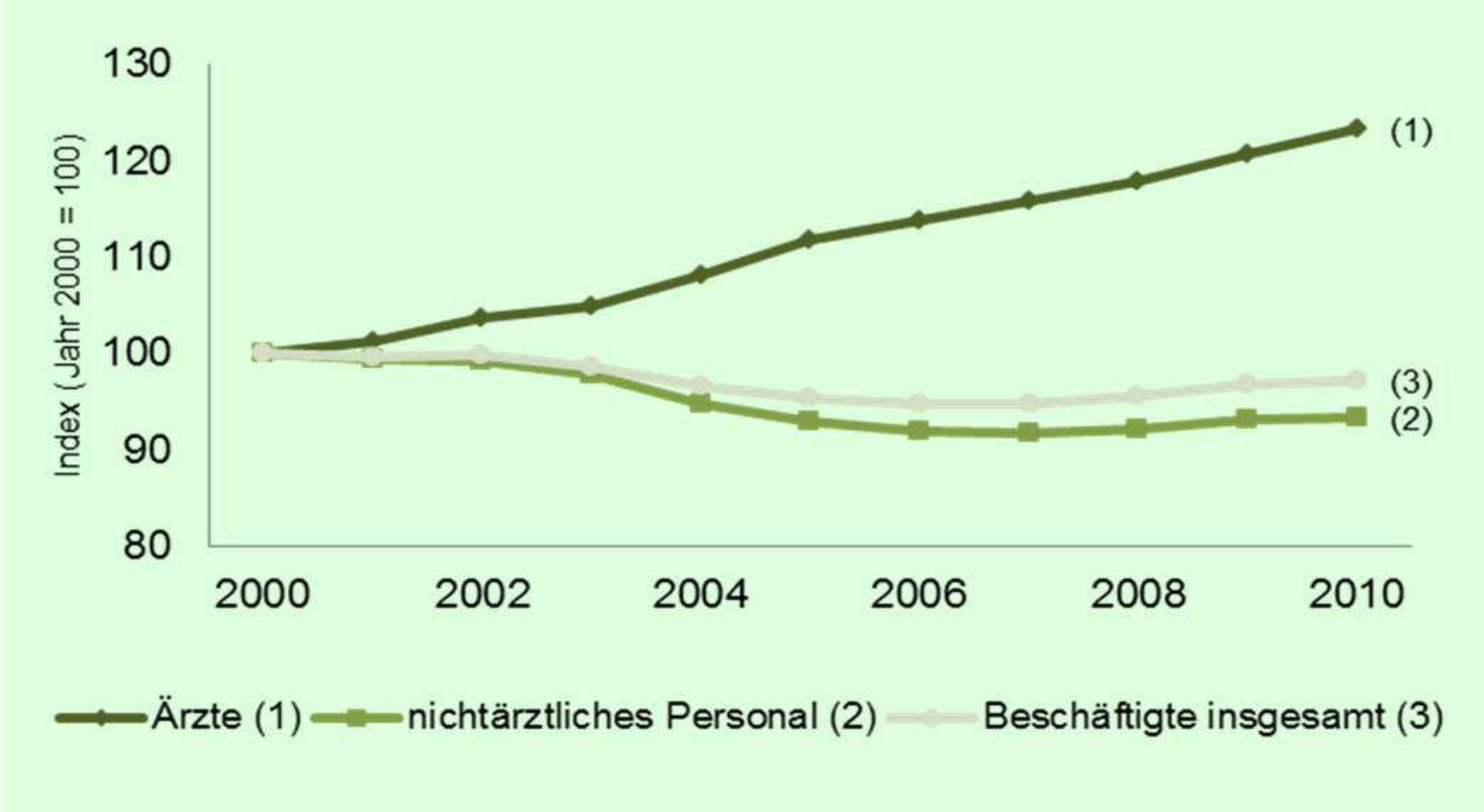
Wettbewerb – www.dkgev.de

Kapazitätsabbau	1991	2000	2010	
- Krankenhausbetten	665.565	559.651	502.700	- 24,5%
- Krankenhäuser	2.411	2.242	2.064	- 14,6%

Leistungs- und Effizienzsteigerung	1991	2000	2010 (Mio)	
- Patienten (Tsd.)	13,9	17,3	18,0	+29,4%
- Verweildauer (Tage)	14,6	9,7	7,9	- 54,1%
- Personal ges. (VK)	875.816	834.585	811.729	- 07,4%

Kostenentwicklung	1991	2000	2004 (Mrd)	
KH-Behandlung		44,5	58,1	+30,6%

Personalentwicklung Krankenhaus www.dkgev.de



Gesundheitsgesetze im Wandel

1972	Krankenhausfinanzierungsgesetz
1973	Bundespflegesatzverordnung
.	
1981	Krankenhauskostendämpfungsgesetz
1984	Krankenhausneuordnungsgesetz
.	
1993	Gesundheitsstrukturgesetz
1995	Bundespflegesatzverordnung
.	
2000	Gesundheitsreform 2000
2003	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
.	
2007	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

GKV-Gesundheitsreform 2000

§ 135 a
Verpflichtung zur Qualitätssicherung

1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

GKV-Gesundheitsreform 2000

§ 135 a
Verpflichtung zur Qualitätssicherung

(2) Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitations-maßnahmen sind nach Maßgabe der §§ ... verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitäts-sicherung zur beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern.

***Vertragsärzte*, zugelassene Krankenhäuser, stationäre Vorsorge-einrichtungen und stationäre Rehabilitationseinrichtungen sind … verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.**

GKV - Gesundheitsstrukturreform 2000

§ 137 ff.

Die Vereinbarungen nach Satz 1 regeln insbesondere:

1. Die verpflichtenden Maßnahmen an der Qualitätssicherung nach § 135 a Absatz 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement,

...

5. Vergütungsabschläge für zugelassene Krankenhäuser, die ihre Verpflichtung zur Qualitätssicherung nicht einhalten.

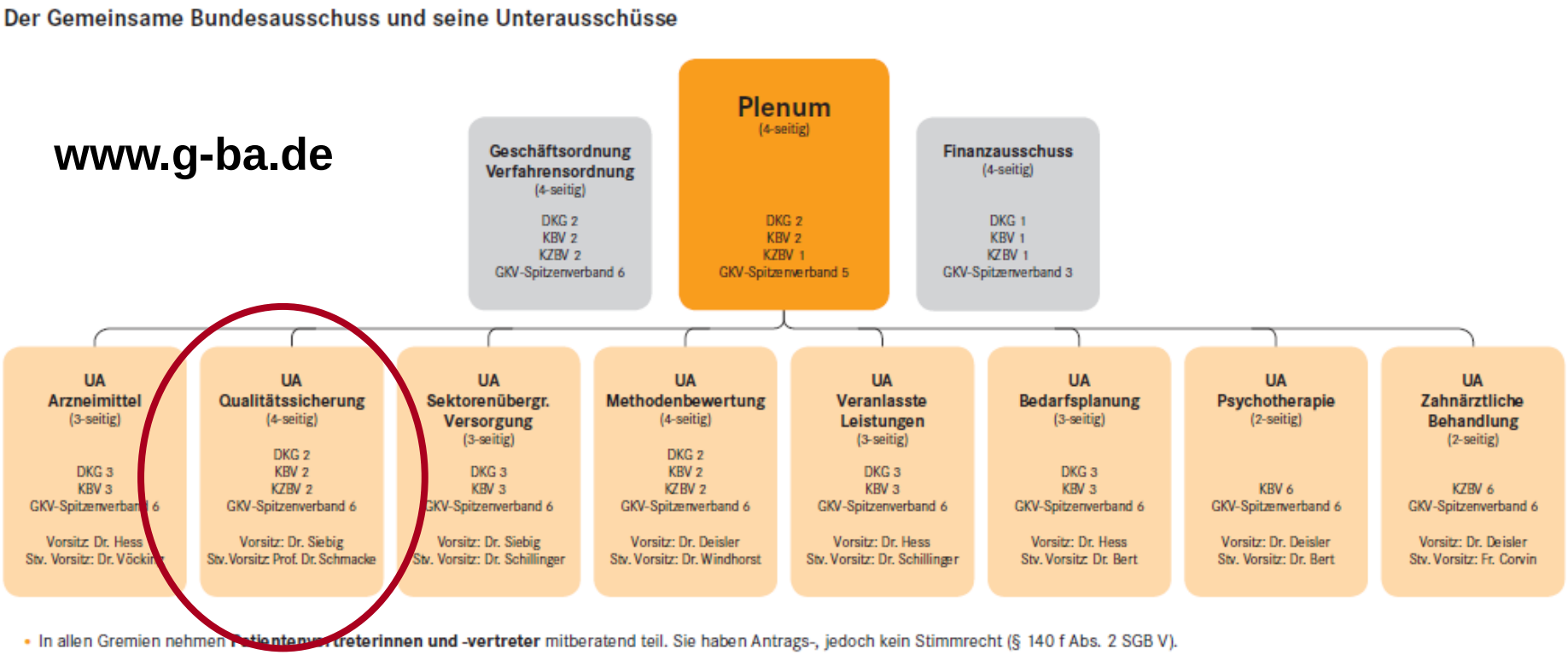
Gesundheitsmodernisierungsgesetz – SGB V

§ 137 – Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern

(1) Der **gemeinsame Bundesausschuss beschließt** unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer sowie der Berufsorganisation der Krankenpflegeberufe **Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 zugelassene Krankenhäuser einheitlich für alle Patienten.** Dabei sind die Erfordernisse einer sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung angemessen zu berücksichtigen. Die Beschlüsse nach Satz 1 Regeln insbesondere .....

Aufbauorganisation GBA + Unterausschüsse

www.g-ba.de



Gemeinsamer Bundesausschuss

Institution | Informationsarchiv

Beratungsthemen | Beschlüsse | **Richtlinien** | Abschlussberichte | Frühe Nutzenbewertung (§ 35a SGB V) | Aufträge/ Expertisen

Richtlinie
Qualitätssicherung

Qualitätsmanagementvereinbarung für Krankenhäuser

Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach §108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (47.1 kB, PDF)

Fassung vom: 21.06.2005 BAnz. Nr. 242 (S. 16 896) vom 22.12.2005
Letzte Änderung: 21.06.2005
In Kraft getreten am: 23.12.2005
Zuständig: Unterausschuss Qualitätssicherung

Beschlüsse | Historie

Thema des Beschlusses	Beschlussdatum	Quellennachweis	Inkrafttreten
Vereinbarung zum Qualitätsmanagement - Anpassung und Übernahme	21.06.2005	BAnz. Nr. 242 (S. 16 896) vom 22.12.2005	23.12.2005

Letzte Änderungen (als RSS-Feed)

Vereinbarung

gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V
über die grundsätzlichen Anforderungen
an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement
für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses
Über grundsätzliche Anforderungen an ein
einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für
die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden
Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren
Fassung vom 18. Oktober 2005

Anforderungen im Krankenhaus
- Allgemein -

- ✓ QM als Bestandteil der Unternehmenspolitik mit Vorbildfunktion der Leitung
- ✓ Regelmäßige Informationen und Fortbildungen der Mitarbeiter
- ✓ QM ist eine Aufgabe des gesamten Unternehmens
- ✓ Steuerung und Priorisierung der (Kern)Prozesse:
  im Mittelpunkt steht der Patient!
- ✓ Bewertung der Ergebnisse der externen QS-Maßnahmen

Anforderungen im Krankenhaus
- Grundsätzlich -

- ✓ **Einrichtung eines übergeordneten zentralen Gremiums mit enger Anbindung an die KH-Leitung (Lenkungsgremium/-Steuergruppe):**
  - **Steuerung und Koordinierung qualitätsrelevanter Themen**
  - **Information sowie Beratung zu Fragen der internen QS**
  - **Erstellung von Zeit- und Aktivitätsplänen**
- ✓ **Einrichtung dezentraler Arbeitsgruppen auf Bereichsebene**
  - **Systematische Überprüfung der Abläufe**
  - **Erarbeitung hausinterner Regelungen zur internen QS**

Anforderungen im Krankenhaus

- Sonstige -

- ✓ Unter den gegebenen Voraussetzungen ist ein Optimum an QM zu realisieren.
- ✓ Die alltäglichen Arbeitsabläufe sind kritisch zu beurteilen. Sich hieraus ergebender zusätzlicher Personal- und Sachmittelbedarf kann sich langfristig amortisieren.
- ✓ Evaluation der Kosten und Nutzen im Einzelfall.
- ✓ Eingehende Information und Integration der Mitarbeiter.

Keine Zeitvorgaben - Keine Zertifizierung!

Anforderungen im vertragsärztlichen Bereich - Grundelemente -

- ✓ **Patientenversorgung**
  - Ausrichtung an fachlichen Standards und Leitlinien
  - Patientenorientierung, -sicherheit, -mitwirkung, -information, -beratung
  - Strukturierung von Behandlungsabläufen
- ✓ **Praxisführung, Mitarbeiter, Organisation**
  - Regelung von Verantwortlichkeiten
  - Mitarbeiterorientierung (Arbeitsschutz, Fort- und Weiterbildung etc.)
  - Praxismanagement (Datenschutz, Hygiene etc.)
  - Kommunikation und Kooperation

Anforderungen im vertragsärztlichen Bereich
- Instrumente -

- ✓ Festlegung, Umsetzung und Überprüfung von Q-Zielen
- ✓ Regelmäßige und strukturierte Teambesprechungen
- ✓ Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Organigramme, Checklisten
- ✓ Patientenbefragungen, Beschwerdemanagement
- ✓ Risiko- und Notfallmanagement
- ✓ (Qualitätsbezogene) Dokumentation

Anforderungen im vertragsärztlichen Bereich - Zeitrahmen -

- ✓ **Einführung und Weiterentwicklung in 3 Phasen:**
  - **Phase I Planung (im Rahmen von 2 Jahren) mit:**
    - **Schriftlicher Selbstbewertung des Ist-Zustandes der Praxis**
    - **Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zu QM**
    - **Ggf. Benennung eines QMB**
  - **Phase II Umsetzung (im Rahmen von 2 Jahren) mit:**
    - **Konkreter Umsetzung mit Bezug zu den Grundelementen unter Verwendung der aufgeführten Instrumente**
  - **Phase III Überprüfung (im Rahmen von 1 Jahr)**

Anforderungen im vertragsärztlichen Bereich

- Externe Bewertung -

- ✓ **Einrichtung von Qualitäts-Kommissionen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen mit folgenden Aufgaben:**
  - **Jährliche Aufforderung zur schriftlichen Darlegung des einrichtungsinternen QM bei mindestens 2,5% zufällig ausgewählten Vertragsärzten**
- ✓ **Überprüfung des Grades der Einführung und Weiterentwicklung durch den gemeinsamen Bundesausschuss nach Ablauf von 5 Jahren**
- ✓ **Zusätzliche Überprüfung hinsichtlich der Wirksamkeit und des Nutzens durch den GBA**

Bis zu diesem Zeitpunkt keine Zertifizierung!

Externe Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

- ab 2001 bundesweit <u>verbindliche</u> Teilnahme über Maßnahmen der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen/ Sonderentgelte für alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser
- ab 2002 definierte Sanktionsmaßnahmen bei Nichterfüllung

Tabelle 1: Statistische Auffälligkeiten in Modul 12/1 (Cholezystektomie)

Anfrage-ID	Typ	Kennzahl // Diagramm in Auswertung	Indikator // Diagrammtitel	Stand Strukturierter Dialog
201026123	V	2010/12n1-CHOL/AK5 (Alte Kennzahl: 850191) // Diagramm AK5	Selten behandlungsbedürftige Komplikationen bei Patienten mit ASA 1-3 ohne bösartige Neubildungen und einer postoperativen Verweildauer > 10 Tage //	Das Ergebnis Ihrer Einrichtung (9.1%) liegt außerhalb des Referenzbereichs (>=9.4%).

Sächsische Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen

Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung

Sächsische Landesärztekammer · PF 10 04 65 · 01074 Dresden

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
Medizinischer Vorstand
Herrn Prof. Dr. med. D. Michael Albrecht
01304 Dresden

Dresden, 08.08
Bearbeiter: Frau
Aktenzeichen: 12/1_RH62
Telefon: 03 51 - 82 67-3 86
Telefax: 03 51 - 82 67-3 82
E-Mail: pgsqs@slaek.de
Persönliche Termine bitten wir telefonisch abzusprechen

Vorstandsbüro
Eing. 09. Aug. 2011
Reg.-Nr.: 1375
Abgabe: 9.8.11 → PD Dr. Eberlein-Gonska

Zentralbereich
Qualitäts- u. Med. Risikomanagement
Eing. 09. Aug. 2011
Reg.: 535 Schä.
Abgang an: PDD, MEG
Kopie an:

Erinnerung

Externe Qualitätssicherung in der stationären Versorgung
Jahresauswertungen 2010 - Modul 12/1 (Cholezystektomie)

Sehr geehrter Herr Professor Albrecht,

Sie erhielten im Juli 2011 die Auswertung Ihrer Einrichtung zur statistischen Erhebung 2010 im Leistungsbereich Cholezystektomie.

Mit Schreiben vom 11. Juli 2011 wurden Sie um Stellungnahme zu den Auffälligkeiten Ihrer Einrichtung bis zum 8. August 2011 gebeten.

Leider konnten wir von Ihrer Einrichtung für die in der nachstehenden Tabelle aufgeführte(n) Anfrage(n) bisher keine Rückmeldung verzeichnen. Wir möchten Sie daher bitten, dies **bis zum 22. August 2011** unter Angabe der Anfrage-ID-Nummer nachzuholen.

Tabelle 1: Statistische Auffälligkeiten in Modul 12/1 (Cholezystektomie)

Anfrage-ID	Typ	Kennzahl // Diagramm in Auswertung	Indikator // Diagrammtitel	Stand Strukturierter Dialog
201026123	V	2010/12n1-CHOL/AK5 (Alte Kennzahl: 850191) // Diagramm AK5	Selten behandlungsbedürftige Komplikationen bei Patienten mit ASA 1-3 ohne bösartige Neubildungen und einer postoperativen Verweildauer > 10 Tage //	Das Ergebnis Ihrer Einrichtung (9.1%) liegt außerhalb des Referenzbereichs (>=9.4%).

Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
PF 10 04 65, 01074 Dresden
Telefon 0351 8267-0
Telefax 0351 8267-412
E-Mail dresden@slaek.de
Internet www.slaek.de

Wir sind für Sie zu erreichen:
Montag 9.00–12.00 Uhr, 13.00–16.00 Uhr
Dienstag 9.00–12.00 Uhr, 13.00–16.00 Uhr
Mittwoch 9.00–12.00 Uhr, 13.00–18.00 Uhr
Donnerstag 9.00–12.00 Uhr, 13.00–16.00 Uhr
Freitag 9.00–14.00 Uhr
sowie nach individueller Vereinbarung

Bankverbindungen:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
Konto-Nr. 0003055299
BLZ 300 606 01

Dresdner Bank AG in Dresden
Konto-Nr. 0505066200
BLZ 850 800 00

Arbeitsgruppe Chirurgie
Postfach 10 04 65
01074 Dresden

nachrichtlich: Frau
PD Dr. med. habil. Eberlein-Gonska
Leiterin Qualitätsmanagement
Universitätsklinikum Dresden
im Hause / PF 071

Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon 0351 458-0
www.uniklinikum-dresden.de

Externe Qualitätssicherung in der stationären Versorgung; Erhebung 2010
hier: Stellungnahme zum Indikator Selten behandlungsbedürftige Komplikationen bei Patienten mit ASA 1-3 ohne bösartige Neubildungen in einer postoperativen Verweildauer > 10 Tage
Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie des Universitätsklinikums Dresden

Sehr geehrte Frau Kaiser, sehr geehrte Frau Dr. Eberlein-Gonska,

nach Einsicht und Auswertung der externen vergleichenden Qualitätssicherung für 2010 haben Sie im Datensatz unserer Klinik Abweichungen im Bereich des Indikators (Anfrage –ID: 201026123) vom Referenzbereich angemerkt.
Die daraufhin geforderte, erneute Stellungnahme erforderte wiederum einen Zeitaufwand mit entsprechender Einschränkung unserer Arbeit am Patienten. Die Abweichung der erwarteten Komplikationsrate bei einer Liegedauer von > 10 Tage betrug in unserer Patientengruppe 0,3%! Wir haben uns gefragt, inwieweit der erwähnte Aufwand bei dieser geringen Differenz gerechtfertigt ist, zumal in nahezu allen Fällen der verlängerte KH-aufenthalt nicht auf Komplikationen der Cholezystektomie zurückzuführen ist.

Im Folgenden unsere Stellungnahme:

Indikator: Selten behandlungsbedürftige Komplikationen bei Patienten mit ASA 1-3 ohne bösartige Neubildungen in einer postoperativen Verweildauer > 10 Tage

Pat. Nr.: 61168118
Der prolongierte Krankenhausaufenthalt ist nicht durch die Cholezystektomie, sondern durch ein schwerstes Sepsisgeschehen (urologische Primäroperation bei malignem Grundleiden, ausgeprägte arterielle Verschlusskrankheit mit akuter Gefäßverschlussproblematik und Darmischämie) bedingt. (vgl. hierzu auch unsere Stellungnahme zum Indikator QI-1 Letalität vom 22.07.2011).

Vorstand:
Prof. Dr. med. D. M. Albrecht (Sprecher)
Wilfried E. B. Winzer

Vorsitzender des Aufsichtsrates:
Prof. Dr. med. Peter C. Scriba

Bankverbindungen:
Commerzbank, vorm. Dresdner Bank
Kontonummer 509 050 700
BLZ 850 800 00
SWIFT-BIC DRES DE FF 850
IBAN DE08 8508 0000 0508 0507 00

Ostsächsische Sparkasse Dresden
Kontonummer 3 120 137 781
BLZ 850 503 00
SWIFT-BIC OSDD DE 81
IBAN DE28 8505 0300 3120 1377 81

Deutsche Kreditbank AG
Kontonummer 11 207 370
BLZ 120 300 00
SWIFT-BIC BYLADEM1001
IBAN DE78 1203 0000 0011 2073 70

Ust-IDNr.: DE 140 135 217
St-Nr.: 201 145 000 20

As der Einfahrt Fiedlerstraße steht unser Parkhaus mit 500 Stellplätzen zur Verfügung.
Sie erreichen uns auch mit den Straßenbahnlinien 6 und 12 und den Buslinien 62 und 74.

septischen Krankheitsbildes kam es zu einer phlegmonösen Cholezystitis, die die

protahiert aus der stationären Behandlung entlassen werden, ohne dass es zu Komplikationen nach der Gallenblasenoperation gekommen war.

Abschlussbericht zum Strukturierten Dialog durch AQUA

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Abschlussbericht gemäß §15 Abs. 2 QSKH-Richtlinie

Bericht zum Strukturierten Dialog 2010

Erfassungsjahr 2009

Stand: 29. Juni 2011

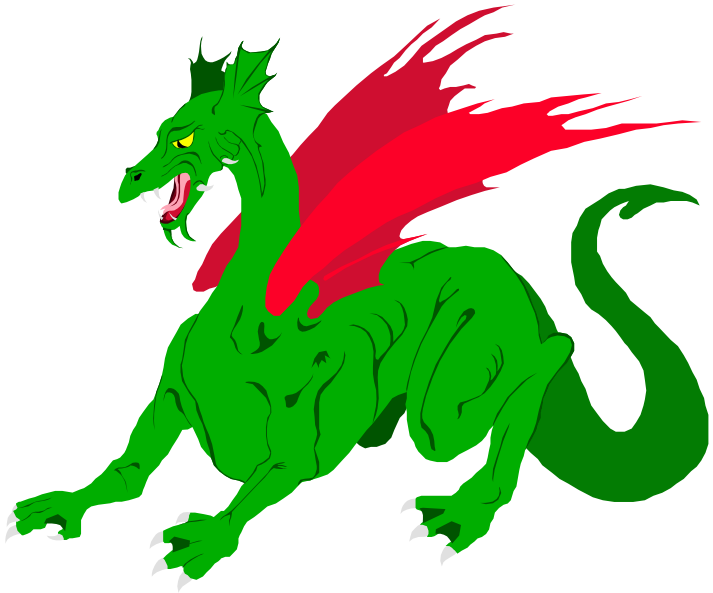
AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen

Nicht jede rechnerische Auffälligkeit ist eine qualitative Auffälligkeit
Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zeigen, dass von rechnerischen Auffälligkeiten nicht automatisch auf Qualitätsmängel geschlossen werden kann. Neben medizinischen Gründen können auch Probleme im Zusammenhang mit der Umsetzung der jeweiligen Qualitätsindikatoren, Dokumentationsprobleme oder methodische Mängel der Datenerfassung Ursachen für rechnerische Auffälligkeiten sein.

Unterschiede in der Durchführung des Strukturierten Dialogs
In Kapitel 5.2. wurde bereits angemerkt, dass es Unterschiede bei der Durchführung des Strukturierten Dialogs durch die jeweiligen LQS gibt. Dafür gibt es mehrere Gründe: Zum einen gibt es die bereits angesprochenen Unterschiede in der Zahl der Krankenhäuser und in der Fallzahl. Zum anderen spielt die Erfahrung der Fach- und Arbeitsgruppen eine wichtige Rolle. Dabei entwickelt jede Gruppe im Rahmen der Vorgaben eigene Routinen zur Durchführung und Bewertung. So entsteht zwar innerhalb der Gruppe ein weitgehend konsistentes Vorgehen, im Vergleich zu anderen Gruppen in anderen LQS können sich jedoch Unterschiede in der Umsetzung ergeben.

Perspektiven
Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs lassen erkennen, dass durch dieses Verfahren Qualitätsmängel der stationären Versorgung zuverlässig erkannt und bearbeitet werden können. Allerdings wird erneut die geringe Spezifität des Verfahrens sichtbar: Einer großen Menge ermittelter rechnerischer Auffälligkeiten steht eine relativ geringe Anzahl an festgestellten Qualitätsmängeln gegenüber.

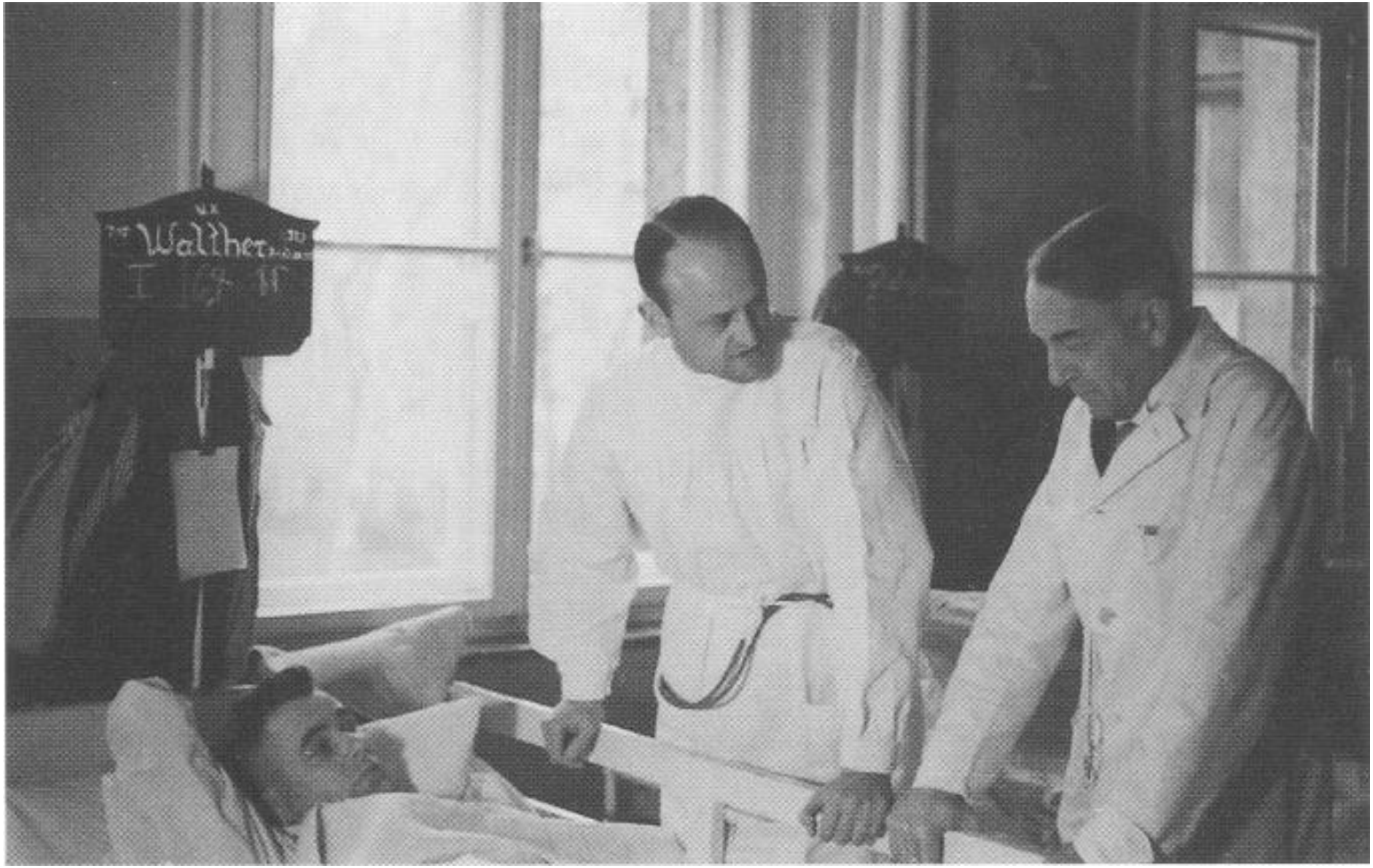
Die Kunst ist nicht die Erfassung von Kennzahlen, sondern das Arbeiten damit!



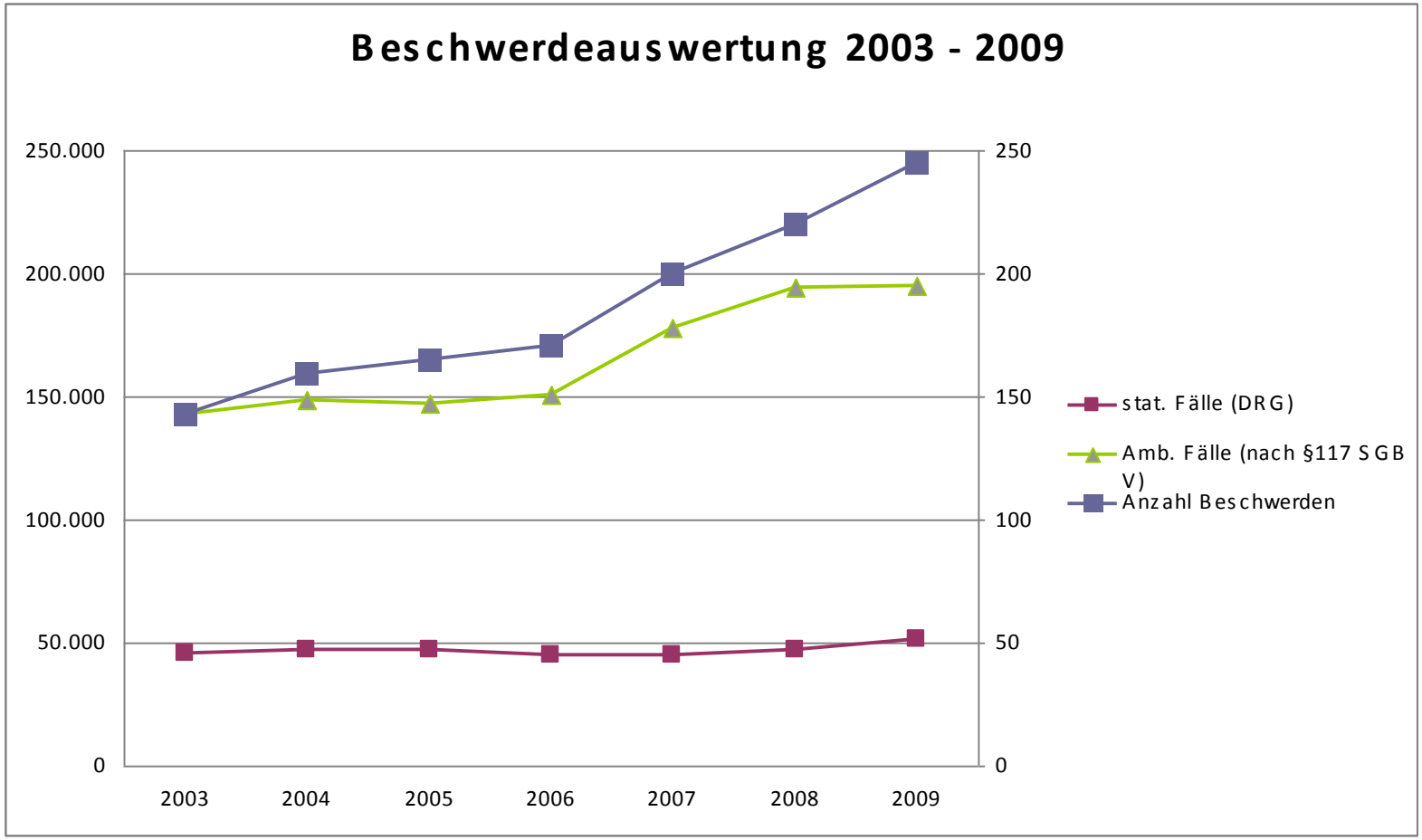
Nutzen???

Dritte treibende Kraft:

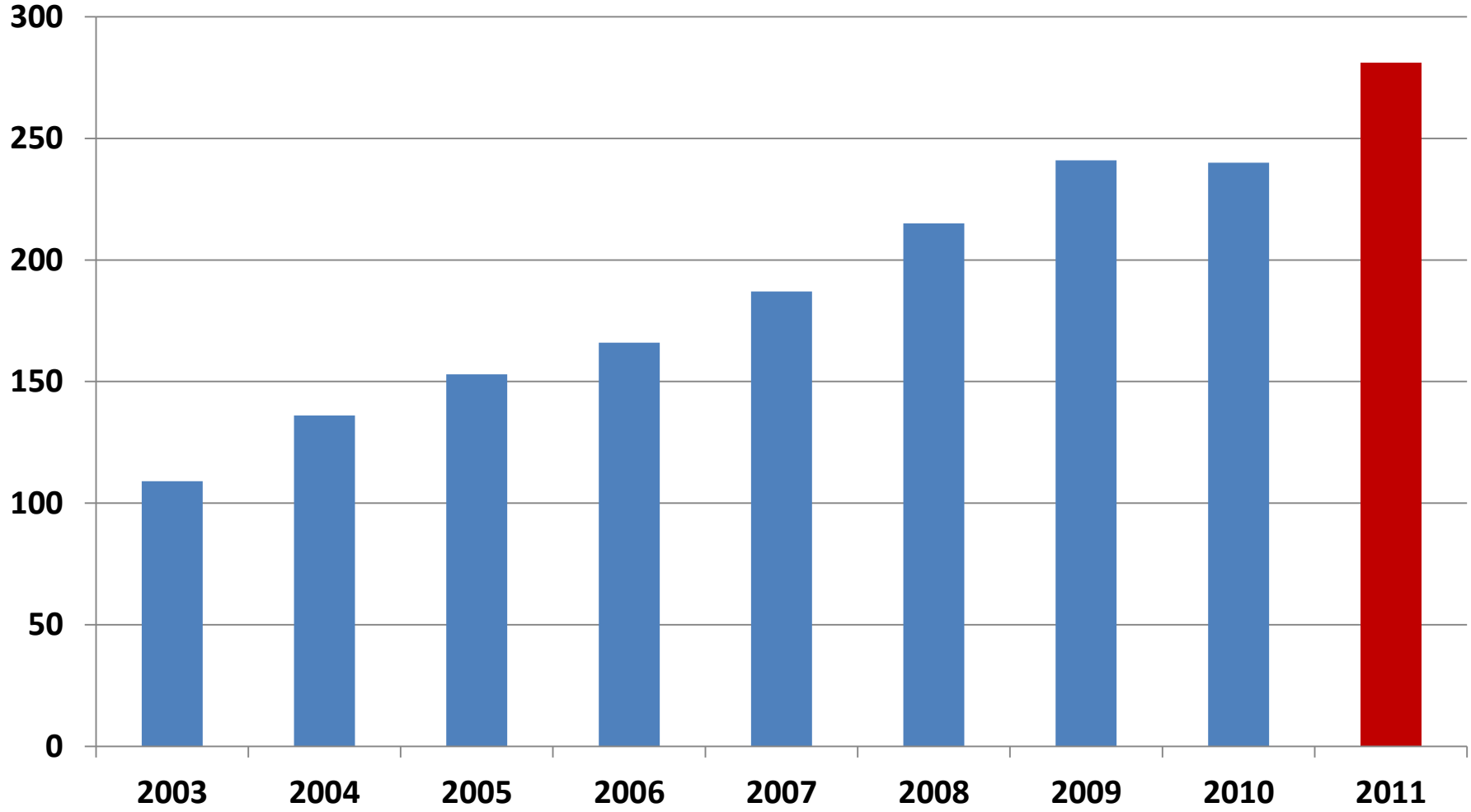
Der Patient


Walther

Beschwerde – Entwicklung im UKD



Schriftliche Beschwerden 2011 = 281



436 „Fälle“ zzgl. 1310 Feedbackkarten = 1746 Kontakte

	2009	2010	2011
Anfragen, Anregungen, Hinweise	65	86	81
Schriftliche Danksagungen	37	33	59
Ankündigung einer Beschwerde	13	23	15
Beschwerden über Kliniken/Institute/Zentren	178	167	217
Beschwerden über GB/ Kooperationspartner	65	73	64
Gesamt:	358	382	436

Schwerpunkte

- Arzt-Patienten-Kontakt (Kommunikation)
- Information, Aufklärung
- Freundlichkeit (Umgangsformen)
- Interne Organisation
- Wartezeiten (Transport, Termine, etc.)
- Aufnahme- und Entlassungsmanagement
- Ausstattung / Serviceangebote
- Pflegerische Kompetenz
- Patientenküche
- Verwaltung

Gesundheit und Krankenhäuser in Dresden

- Eine Studie für das Uniklinikum Dresden, November 2000 -

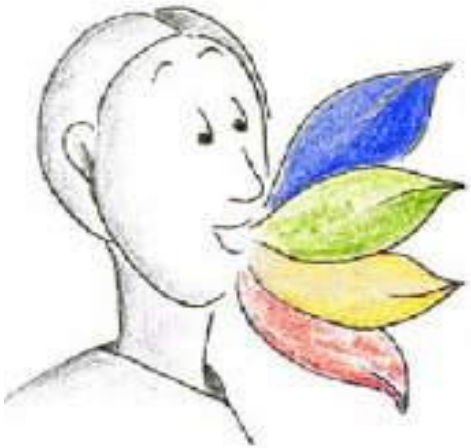
Was ist den Menschen wichtig im Krankenhaus?

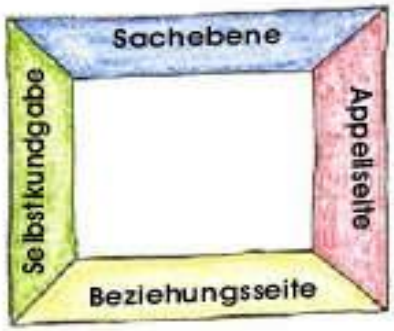
☺ **Das Fachwissen der Ärzte ist mit Abstand das wichtigste Kriterium bei der Beurteilung von Krankenhäusern.**

😐 **An zweiter Stelle folgen Kriterien des „Faktors Mensch“: freundliches Personal, zugängliche Ärzte und die individuelle Behandlung**

Das größte Risiko
im Krankenhaus ist die

Kommunikation!





Das Kommunikationsquadrat; Schulz von Thun

Wahr ist nicht,

was A gesagt hat.

Wahr ist immer,

was B gehört hat,

… für B jedenfalls.

Beschwerdemanagement braucht:

Personalmotivation und -training

↓

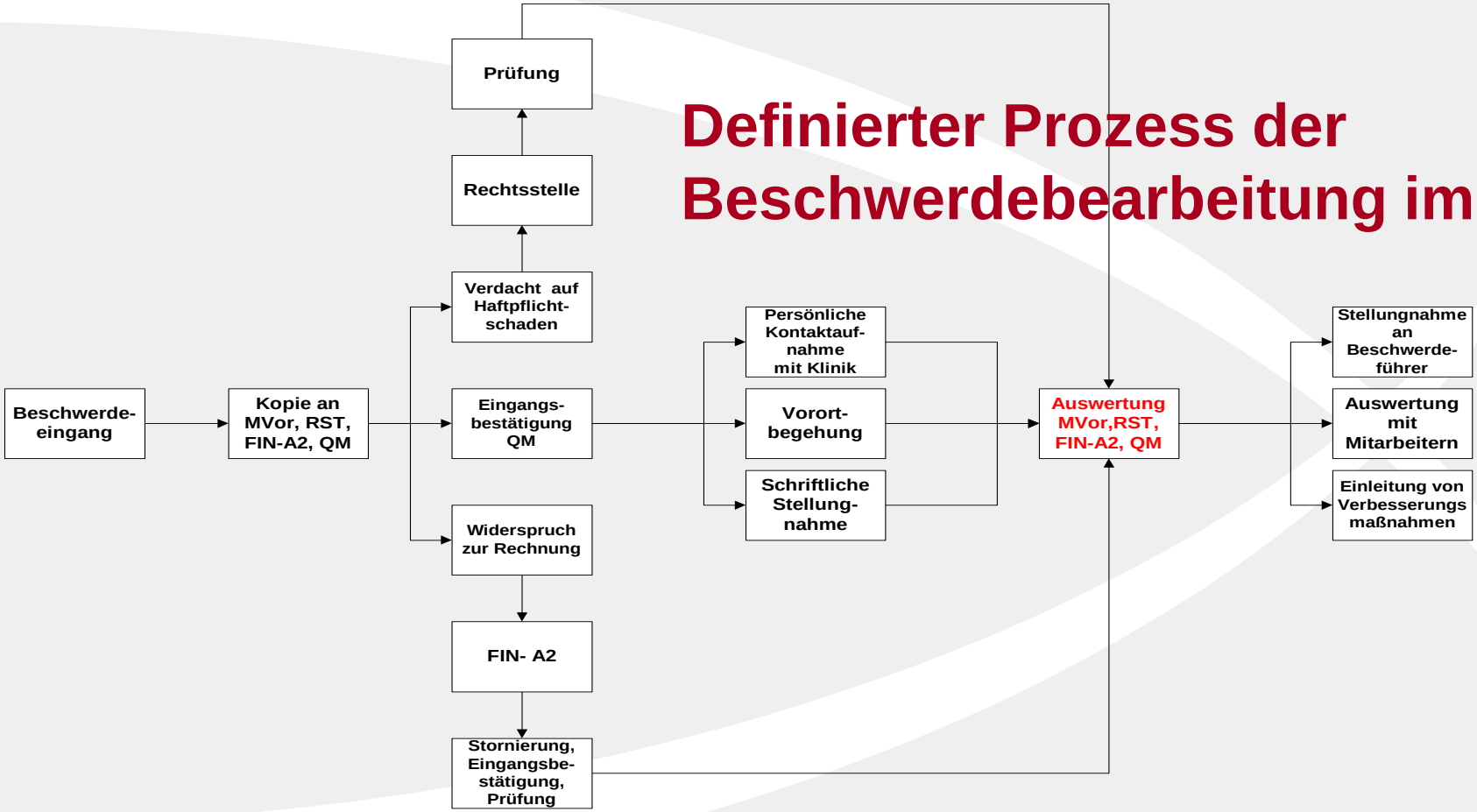
Fachkompetenz

Serviceorientierung

Sozialkompetenz

Emotionalkompetenz

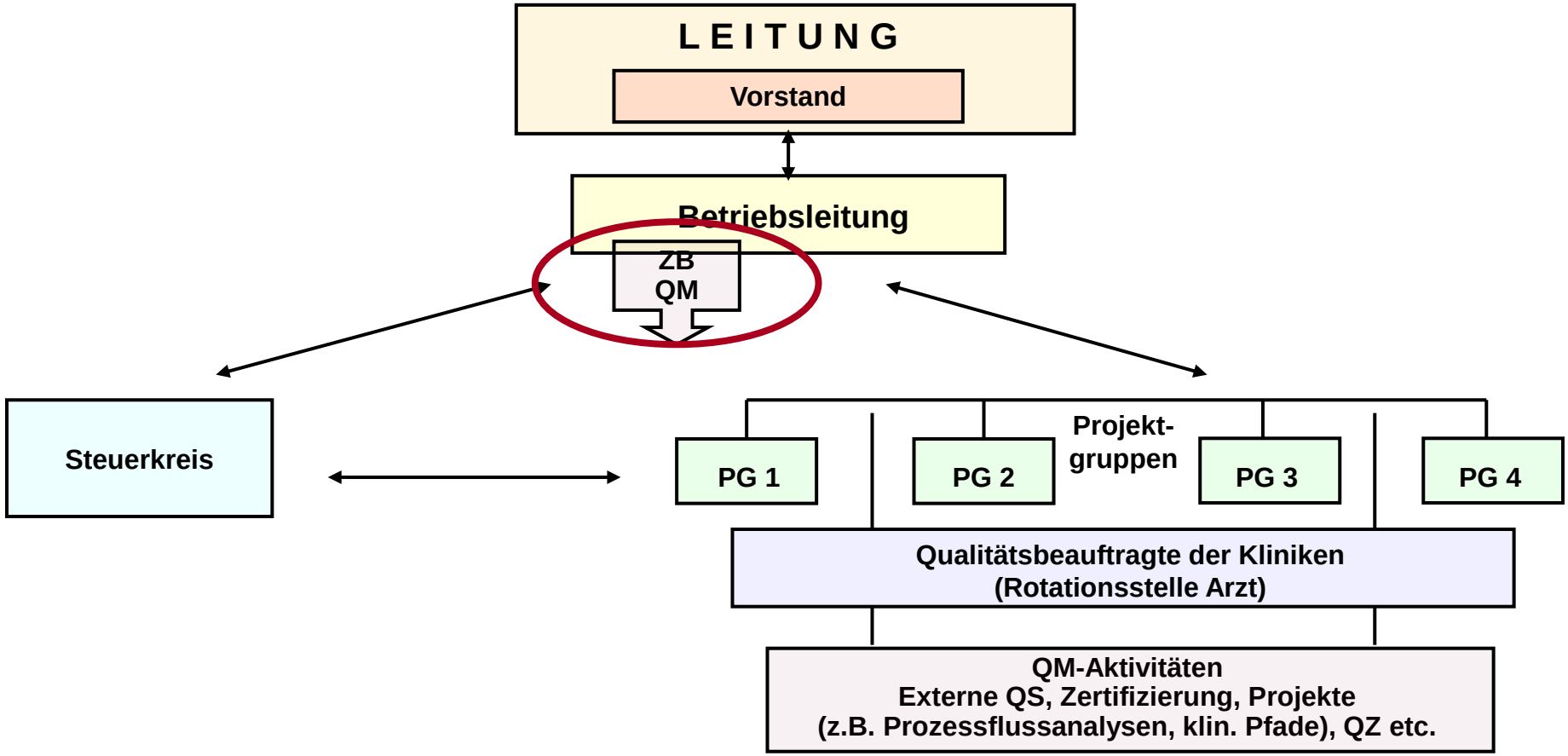
Definierter Prozess der Beschwerdebearbeitung im UKD



Die Kunst ist nicht das Sammeln von Beschwerden, sondern die Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen!

Nutzen!

Qualitätsmanagement-System im Universitätsklinikum Carl Gustav Carus



Beschlüsse der Betriebsleitung - 2. September 2009

Pflegestandards (Pneumonie und Atelektaseprophylaxe)

Alle Pflegestandards werden vor der Freigabe durch die Betriebsleitung von einem ärztlichen Fachvertreter geprüft.

Verfahrensanweisung Sicherheits-Check zur Prävention von Patienten-verwechslungen im OP

Beschluss und Auftrag zur Erweiterung für alle stationären Patienten im UKD

Operatives Zentrum UKD		
Mitgeltende Unterlage	Verfahrensanweisung	Seite 1 von 4

Sicherheits – Check
zur Prävention von Eingriffsverwechslungen

1. Zweck

Diese Verfahrensanweisung regelt die Durchführung eines Sicherheits – Checks beim Einschleusen bzw. unmittelbar vor Beginn der Operation zur letztmaligen, gemeinsamen Kontrolle aller relevanten Patientendaten anhand einer standardisierten Check – Liste zur Prävention von Eingriffsverwechslungen.

(siehe mtgU: Empfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.)

2. Geltungsbereich

Operatives Zentrum UKD, dezentrale OP – Bereiche UKD

3. Begriffe / Abkürzungen

FD OP:	Funktionsdienst OP
FD Anä:	Funktionsdienst Anästhesie

4. Verantwortung / Zuständigkeiten

Funktionsdienst OP:	der jeweils als unsteriler Saaldienst verantwortliche MA ist zuständig für die korrekte Durchführung des Sicherheits – Checks unmittelbar vor der Operation und die korrekte Dokumentation in der ORBIS OP - Dokumentation. *(mtg. U.: „ Checkliste“)*

Qualitätsentwicklungsplan 2010

Nach 10 Jahren Qualitätsmanagement im UKD gilt es, das gut implementierte und kontinuierlich weiter entwickelte QM-System hinsichtlich AUFWAND und NUTZEN auf den Prüfstand zu stellen.

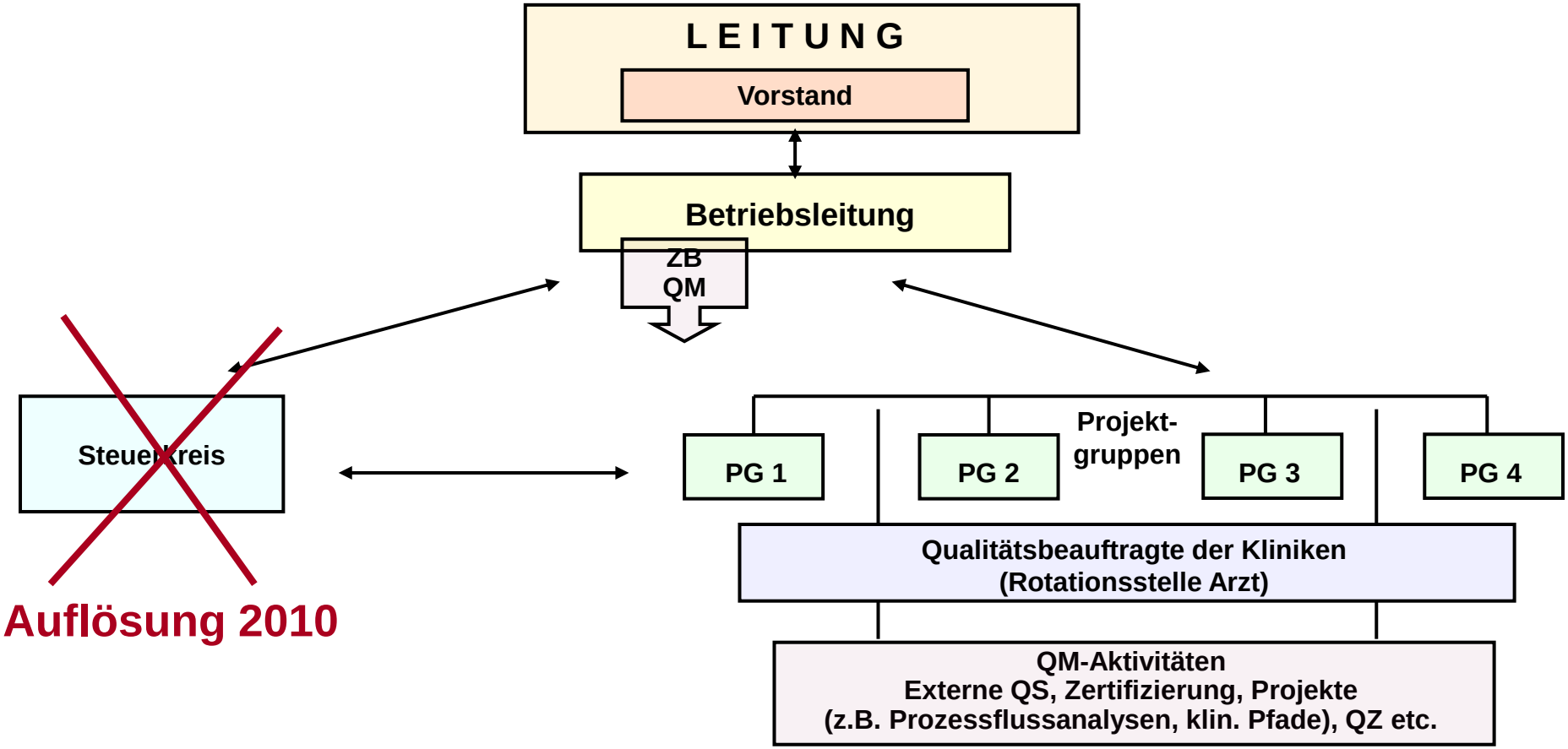
Bewährtes bzw. fest Etabliertes kann ggf. hinsichtlich einer regelmäßigen Überwachung und Dokumentation reduziert oder für einen definierten Zeitraum ruhen gelassen werden.

Nutzbringendes ist zu erhalten bzw. gemeinsam mit den Mitarbeitern weiter zu entwickeln.

Dekubitusdokumentation

Pflegestandards im UKD

Qualitätsmanagement-System im Universitätsklinikum Carl Gustav Carus



Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement

Indikatoren

- **Intern:**
  - -Dekubitus
  - -Sturz …
- **Extern:**
  - -AQUA
  - -IQIP
  - -IQM
  - -KISS
  - -VUD …

QM-Systeme und -Verfahren

- **Zertifizierungen**
  - -DIN EN ISO 9001:2008
  - -KTQ
  - -DKG
- **Standards, SOPs**
- **Peer Review**
- **Interne Audits**
- **Peer Group UKD**

Risiko-management / Patienten-sicherheit

- **Patienten-identifikation**
- **Vermeidung von Seiten-verwechslungen**
- **Sturzprophylaxe**
- **CIRS**
- **Risikoinventur**

Kunden-orientierung

- **Ideen-, Service und Beschwerde-management**
- **Befragungen von Patienten, Mitarbeitern und Kooperations-partnern**

Prozess-management

- **Prozessanalyse und Changemana-gement**
- **AENEIS**

Internes Berichtswesen, Standards, Leitlinien, AENEIS, …

Qualitätsentwicklungsplan 2003

Prinzipiell verfolgt die Leitung des UKD in erster Linie nicht die flächendeckende Zertifizierung aller Kliniken, Institute und Bereiche, sondern vielmehr die systematische Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Dienst und zum Wohl der Patienten und Mitarbeiter. Das eingeführte und in mehreren Bereichen etablierte Qualitätsmanagementsystem am UKD gilt es, in diesem Sinne weiter zu entwickeln und zu festigen.

Qualitätsentwicklungsplan 2003
Maßnahmen 2003

- Zertifizierung des Institutes für Pathologie nach DIN EN ISO 9001:2000
- Selbstbewertung nach KTQ in der Klinik und Poliklinik für Orthopädie mit dem Ziel der „Fremdbewertung“
- Erfassung und Bewertung von ausgewählten Qualitäts-indikatoren im UKD (Teilnahme am Internation Quality Indicator Projekt - IQIP)
- verpflichtende Dokumentation der Pflegemodule im Rahmen der externen Qualitätssicherungsmaßnahmen bei FP/SE.

Ökonomischer Druck nimmt zu:

Ressourcen abnehmend/bestenfalls konstant bei zunehmenden Leistungsanforderungen

Ausweg:

Prozessoptimierung mit dem Ziel der Kontinuität bzw. Verbesserung der ***Qualität***

DIN EN ISO 9001:2000-Zertifizierung ist dazu ein geeig-netes Werkzeug (auch vom BV Deutscher Pathologen empfohlen)!

LGA InterCert
Zertifizierungsgesellschaft mbH
Umweltgutachterorganisation

Zertifikat

Die LGA InterCert Zertifizierungsgesellschaft mbH, nach der europäischen Norm EN 45012 akkreditierte und anerkannte Zertifizierungsstelle für Qualitätsmanagementsysteme, bescheinigt hiermit, dass das

Institut für Pathologie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

Direktor: Prof. Dr. med. G. Baretton
Fetscherstraße 74
D - 01307 Dresden

ein

Qualitätsmanagementsystem

nach

DIN EN ISO 9001:2000

Qualitätsmanagementsysteme - Anforderungen

in den Bereichen:
Histologie/Zytologie, Obduktion, Immunhistologie, Molekularpathologie, Elektronenmikroskopie, Zytometrie, Sekretariat, Personal/Verwaltung/Finanzen/EDV, Forschung, Lehre

eingeführt hat und anwendet.

Durch ein Zertifizierungsaudit der LGA InterCert Zertifizierungsgesellschaft mbH wurde der Nachweis erbracht, dass das QM-System des Unternehmens die Anforderung des oben genannten Standards (Ausgabe: Dezember 2000) erfüllt.

Gültigkeit des Zertifikates bis 11. Dezember 2006 Registriernummer: 1831080

Nürnberg, den 12. Dezember 2003

Dr. Herfried Kohl
Hauptgeschäftsführer

TGA-ZM-04-91-00

Andrea Sterl
Prokuristin

Erfolgreiche Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2000 im Dezember 2003

Der Pathologe

Band 25, Heft 1, Februar 2004, S. 89 -94

Die Kunst ist nicht das Erarbeiten eines (QM)-Handbuches für das Bücherregal!

Die Kunst ist es, dieses im Alltag zu

nutzen und aktiv zu leben!

Maßnahmen 2004 (1)

Als Zertifizierungsbereiche wurden für das Jahr 2004 beschlossen:

1) **UniversitätsKrebsCentrum nach DIN EN ISO 9001:2000**
2) **Brustzentrum (unter dem Dach UCC) nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.**

Zentrums-Modelle

- ***Etiketten-Modell:***
  Man läßt innen alles wie es war, und schreibt außen an die Tür „…zentrum“
- ***Abteilungs-Modell:***
  Man schafft eine neue Struktureinheit „…zentrum“ mit unabhängigem Budget und Leitungsstrukturen.
- ***Verfassungs-Modell:***
  Man erarbeitet ein Regelwerk der Zusammenarbeit und läßt die Struktureinheiten wie sie sind.

Zentrenbildung im UKD - Mehrwertdefinition

- Klare Leitungsstruktur
- Festgeschriebene Verantwortlichkeiten
- Schriftliches Statut
- Vertraglich festgelegte Leistungsbeziehungen
- Budgetzuordnung/ Budgetverantwortung
- Evaluation und Auflösung bei fehlendem Mehrwert

Zentrums-Modelle

- ***Etiketten-Modell:***
  Man läßt innen alles wie es war, und schreibt außen an die Tür „…zentrum“
- ***Abteilungs-Modell:***
  Man schafft eine neue Struktureinheit „…zentrum“ mit unabhängigem Budget und Leitungsstrukturen. UCC
- ***Verfassungs-Modell:***
  Man erarbeitet ein Regelwerk der Zusammenarbeit und läßt die Struktureinheiten wie sie sind. UCC/Brustzentrum

Projektplanung und – durchführung im UCC

August 2003 Anzeige beim Vorstand zur Zertifizierung des UCC nach der DIN EN ISO 9001:2000.

Januar 2004 Gründung einer Steuer-AG mit regelmäßigen, wöchentlichen Sitzungen. Teilnehmer: Direktor UCC, Ärztliche Mitarbeiterin, Verantwortliche Datenmanagement, QM UKD.

Entschluss zur Übernahme der Grundstruktur des Managementhandbuches des Institutes für Pathologie.

Festlegung von Verantwortlichkeiten für die Führungs-, Kern, Unterstützungsprozesse einschließlich mitgeltender Unterlagen.

Kontaktaufnahme mit der Zertifizierungsstelle LGA InterCert zum Ablauf, Kosten und Zeitplan (Zertifizierung geplant im Dezember 2004)

Erfolgreiche Zertifizierung am 13.12.2004 als erstes Krebszentrum in Deutschland

LGA InterCert
Zertifizierungsgesellschaft mbH
Umweltgutachterorganisation

Zertifikat

Die LGA InterCert Zertifizierungsgesellschaft mbH, nach der europäischen Norm EN 45012 akkreditierte und anerkannte Zertifizierungsstelle für Qualitätsmanagementsysteme, bescheinigt hiermit, dass das

Universitäts KrebsCentrum Dresden
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus A.ö.R. an der Technischen Universität Dresden
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

KREBSCENTRUM DRESDEN
(UNIVERSITY CANCER CENTER - UCC)

Direktor: Prof. Dr. med. M. Baumann
Fetscherstraße 74
D – 01307 Dresden

ein

Qualitätsmanagementsystem

nach

DIN EN ISO 9001:2000

Qualitätsmanagementsysteme - Anforderungen

in den Bereichen:
Comprehensive Cancer Center, interdisziplinäre Algorithmen für Diagnostik, Therapie und Nachsorge in der Onkologie, interdisziplinäre Tumorboards, Datenmanagement in der Onkologie, interdisziplinäre Beratung, Untersuchung, Therapieplanung bzw. –koordination und Nachsorge bei Krebserkrankungen, Arzthelferdienst, Sekretariat, Personal/Verwaltung/EDV
Forschung, Lehre

eingeführt hat und anwendet.

Durch ein Zertifizierungsaudit der LGA InterCert Zertifizierungsgesellschaft mbH wurde der Nachweis erbracht, dass das QM-System des Unternehmens die Anforderung des oben genannten Standards (Ausgabe: Dezember 2000) erfüllt.

Gültigkeit des Zertifikates bis 15. Dezember 2007 — Registriernummer: 1842621

Nürnberg, den 16. Dezember 2004

Dr. Herfried Kohl
Hauptgeschäftsführer

TGA-ZM-04-91-00

Andrea Sterl
Prokuristin

Universitäts KrebsCentrum Dresden

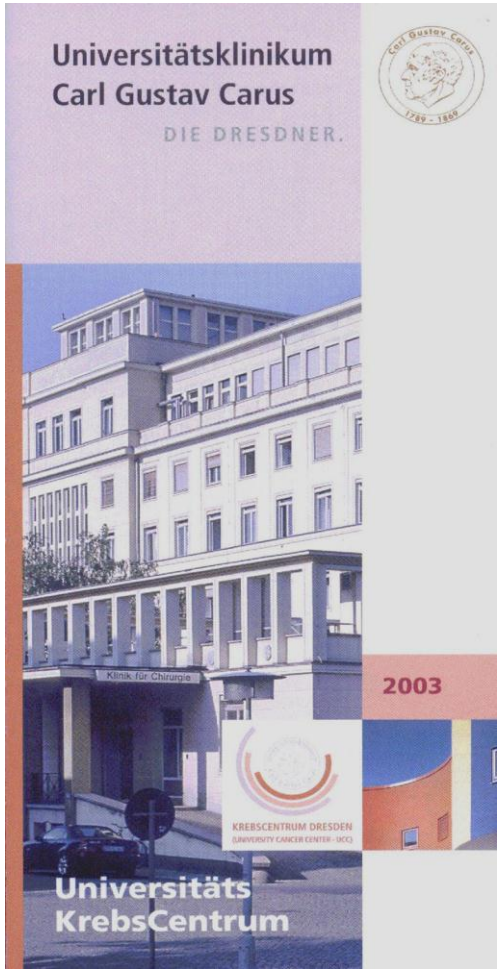
- Gründung Januar 2003 -

Medizin I, Viszeral-, Thorax-, Gefäßchirurgie, Strahlentherapie plus Partner

Ziele des UCC

- Optimale interdisziplinäre Diagnostik, Behandlung und Nachsorge
- Ein fester Ansprechpartner für Koordination der komplexen Abläufe (Schnittstellen!)
- Interdisziplinäre Tumorboards vor Therapiebeginn
- Krankenversorgung, Forschung, Lehre
- Kooperationen (Praxen, KH, TuZ)

UCC: Fachübergreifende Ambulanz



- 600 m² zentral gelegene Ambulanz
- Je 1 FA Innere, Chirurgie, Strahlen-therapie plus Rotationsassistenten
- Psychoonkologe
- Gemeinsamer Arzthelferpool
- Gemeinsames IT-Personal
- Invest/ Sachmittelbudget
- Täglich Sprechstunden (GI, Sarkome, seltene Tumoren)
- Spezialsprechstunden (z.B. Ortho, Haut)

UCC - Struktur

Lenkungsausschuss
Tragende Einrichtungen
Fakultät, Universitätsklinikum
Direktor UCC
Gäste

- Ordnung
- Grundsätzliche Strategie
- Beruft Direktor

Direktor UCC
Professor (klin. onkol. Fach)
(Sekretariat, Verwaltungsleiter)

- Vertritt UCC
- Koordiniert Ambulanz
- Zeichnet für Personal & Budget
- Amtszeit 3 Jahre (initial 6)

Arzthelfer | Ärzte | Psycho-onkologie | IT/ Daten-bank/ QM

UCC-Kernambulanz

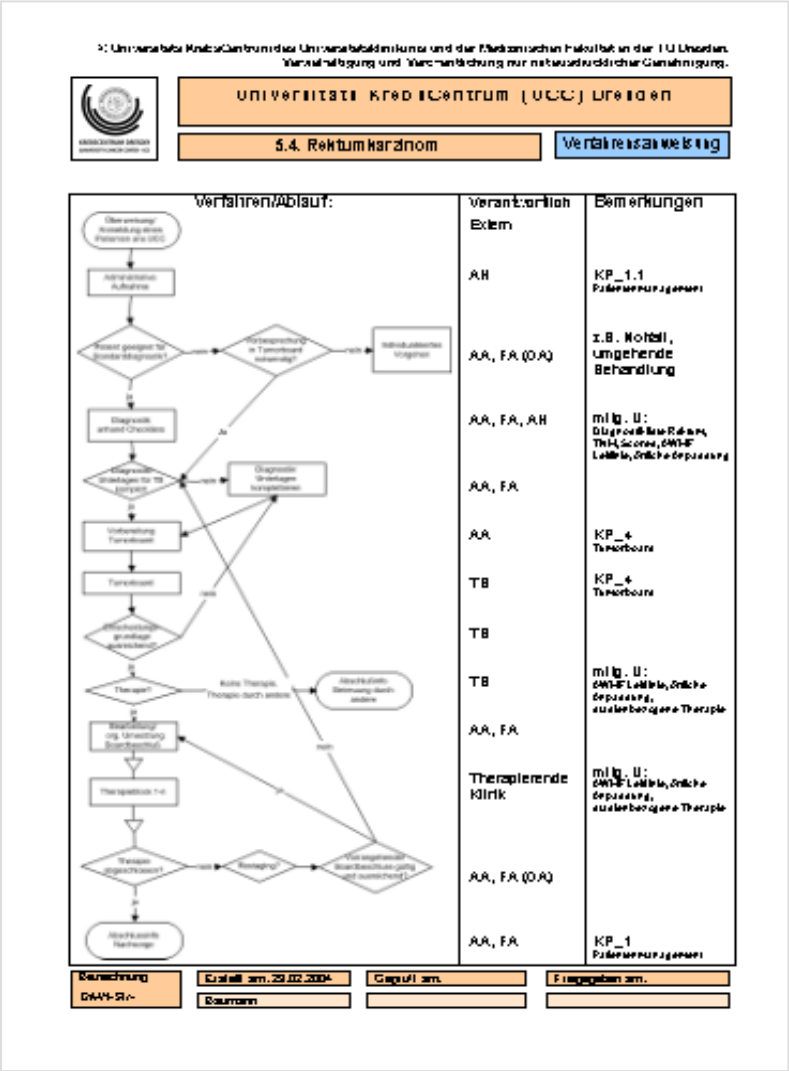
Leiter Experten-gruppen (z.B. BZ)

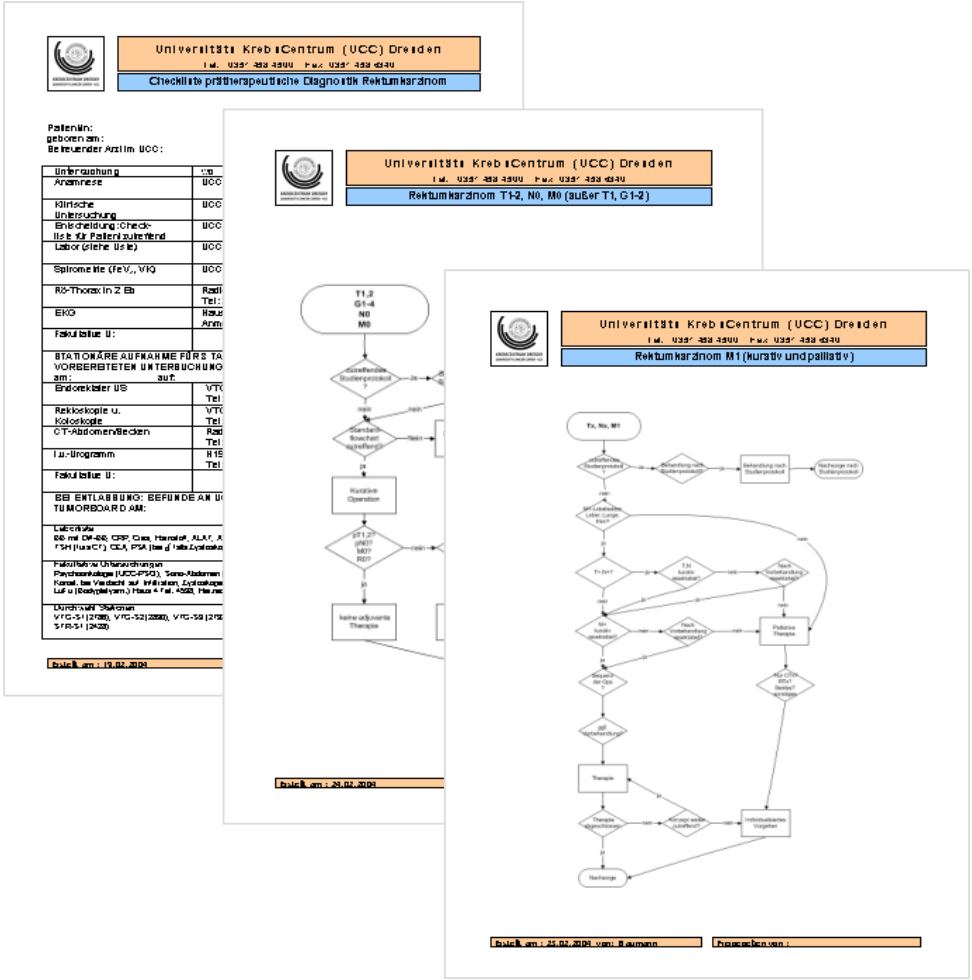
Leiter Spezial-sprech-stunden

Tumorboards

- Kleines Experten “Team“, offene Atmosphäre, alle wesentlichen Fachrichtungen
- Derzeit: GI, Sarkome, Seltene (3 x 1h/ Wo). Externe Anfragen möglich
- Vor Therapie, ggf. zwischen Therapieschritten
- Formalisierte Vorstellung (IT-Maske/ Beamer)
- Echtzeit IT-Dokumentation

Leitlinien- und studienbasierte klinische Pfade





Vereinbarung zur Sicherung der Qualität zwischen

Universitäts KrebsCentrum Dresden (UCC)
und
Institut und Poliklinik für Radiologische Diagnostik des UKD (RAD)

1. Fachspezifische Anforderungen

1.1. RAD führt die Leistungen für das UCC entsprechend dem aktuellen Stand der Medizinischen Wissenschaften und dem aktuellen Stand der Technik durch.

1.2. RAD erbringt seine Leistungen für das UCC analog der in den Kernprozessen des Managementhandbuches des UCC im Kapitel Krankheitsbilder festgelegten relevanten Verfahrensanweisungen einschließlich der jeweils aktuellen mitgeltenden Unterlagen. Hierfür stellt das UCC dem Direktor RAD Zugriff auf die entsprechenden Kernprozesse des Managementhandbuches des UCC einschließlich mitgeltender Unterlagen zur Verfügung. Der Direktor RAD wird bei der Erstellung bzw. Veränderung relevanter Algorithmen und Leitlinien beteiligt.

1.3. Der Direktor RAD ist für die Schulung seiner Mitarbeiter für die mit dem UCC vereinbarten Aufgaben verantwortlich. Auf Wunsch können Mitarbeiter des UCC in der RAD die in den Kernprozessen festgelegten relevanten Algorithmen einschließlich Leitlinien vortragen.

1.4. RAD beteiligt sich an den für seinen Bereich geltenden internen und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Dies betrifft auch die Teilnahme an Qualitätszirkeln. Die Ergebnisse aus den internen und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen von RAD sind Bestandteil der jährlich stattfindenden vertikalen Audits (siehe 3.2).

Abschluss von QS-Vereinbarungen mit 12 Partnereinrichtungen des UKD

UCC: Lehre und Forschung

- Onkologie ein Profilschwerpunkt der Medizinischen Fakultät
- Reformstudiengang DIPOL: 8-wöchiger interdisziplinärer problemorientierter Onkologiekurs im 5. Studienjahr
- Besserer Zugang zu klinischen Studien
- Gemeinsamer Datenpool
- (interdisziplinäre Forschungsprojekte: klinische Studien, Translationsforschung)
- (gemeinsame Drittmittelanträge)

KREBSCENTRUM DRESDEN
(UNIVERSITY CANCER CENTER · UCC)

Was hat sich in 6 Jahren getan?

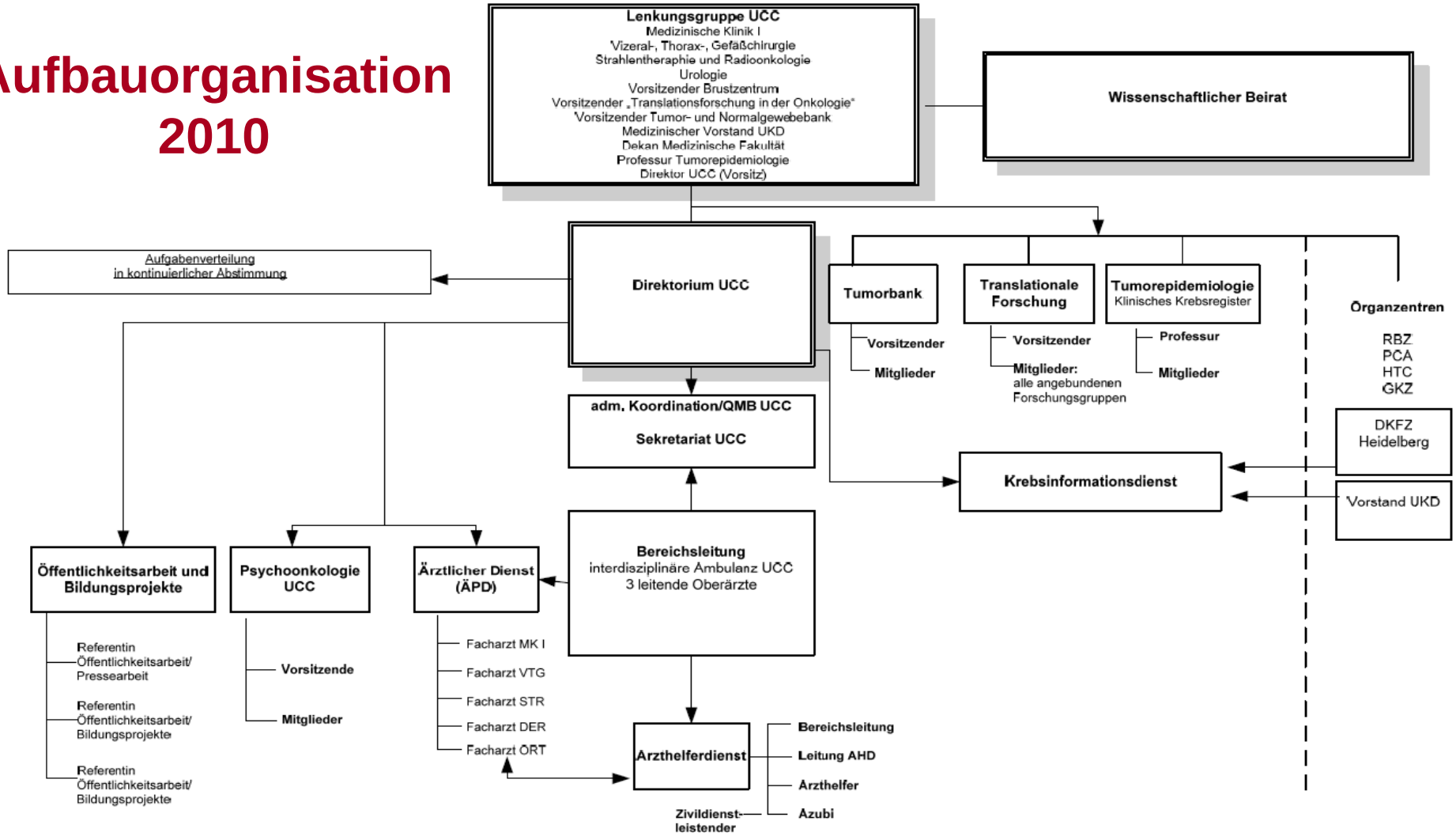
UCC: Partner 2010

Klinik u. Poliklinik f. Anästhesie	Klinik u. Poliklinik f. Dermatologie	Klinik u. Poliklinik f. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe
Klinik u. Poliklinik f. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Institut f. Klinische Chemie u. Laboratoriumsmedizin	Klinik und Poliklinik f. Kinderchirurgie
Institut f. Klinische Genetik	Klinik u. Poliklinik f. Kinder- u. Jugendmedizin	Medizinische Klinik u. Poliklinik I
Medizinische Klinik u. Poliklinik III	Klinik u. Poliklinik f. Mund-, Kiefer- u. Gesichtschirurgie	Klinik u. Poliklinik f. Neurochirurgie
Klinik u. Poliklinik f. Nuklearmedizin	Klinik u. Poliklinik f. Orthopädie	Institut f. Pathologie
Geschäftsbereich Pflege, Service, Dokumentation	Klinik u. Poliklinik f. Psychotherapie u. Psychosomatik	Institut u. Poliklinik f. Radiologische Diagnostik
Klinik u. Poliklinik f. Strahlentherapie u. Radioonkologie	Tumorzentrum Dresden e. V.	Regionales Klinisches Krebsregister Dresden am UKD
Universitäts PalliativCentrum	Klinik u. Poliklinik f. Urologie	Universitäts SchmerzCentrum
Klinik u. Poliklinik f. Viszeral-, Thorax- u. Gefäßchirurgie		

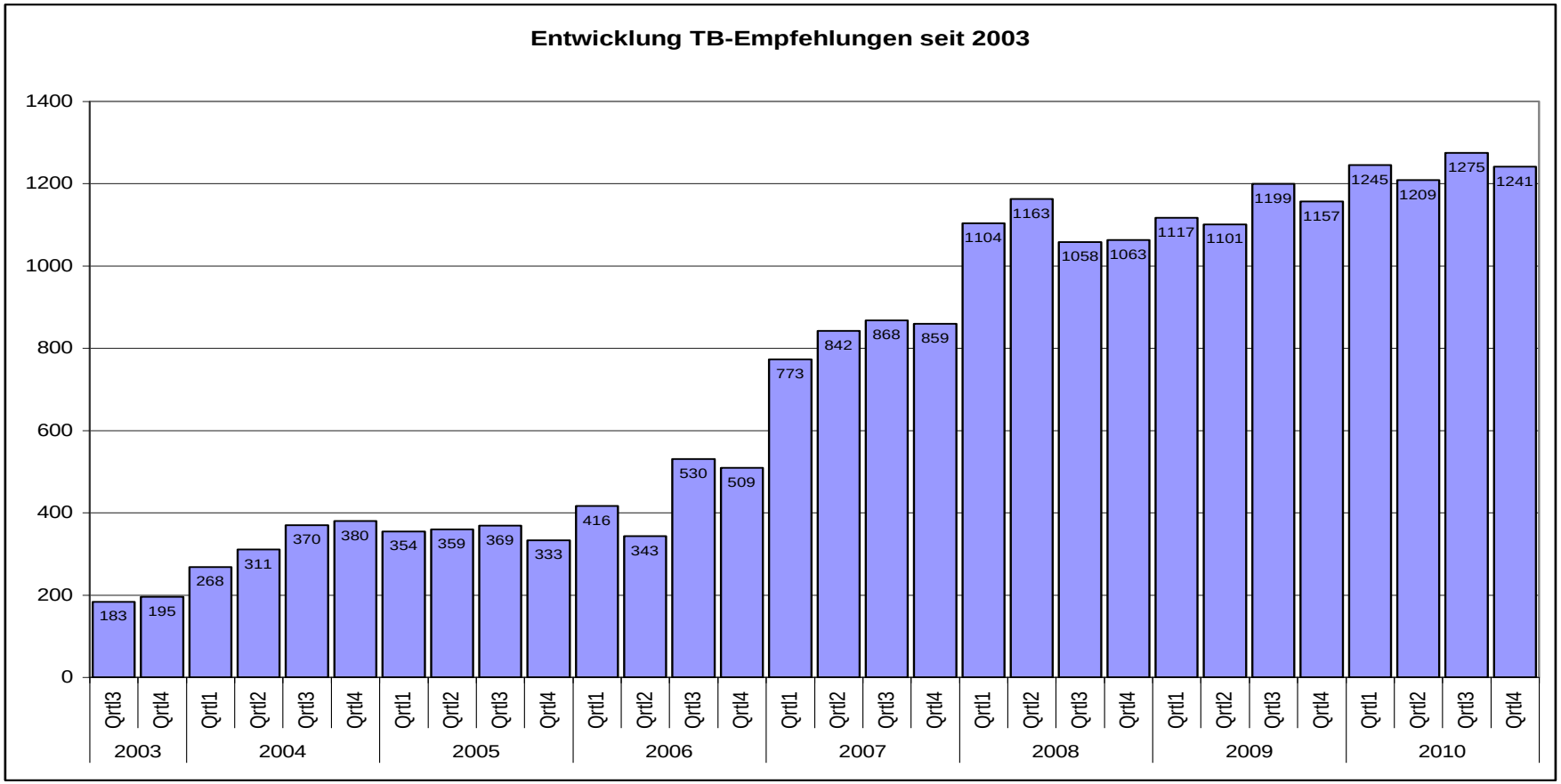
UCC Qualitätsziele 2010

- Umsetzung der Anforderungen an CCC im Deutschen Krebshilfe (DKH) Programm
- Einreichung Fortsetzungsantrag DKH Programm
- Ausbau der geförderten vier „Core Facilities“
- Erfolgreiche Bewerbung als Partner im „Deutschen Konsortium für translationale Krebsforschung“
- Etablierung einer ersten Außenstelle des Krebsinformationsdienstes des DKFZ

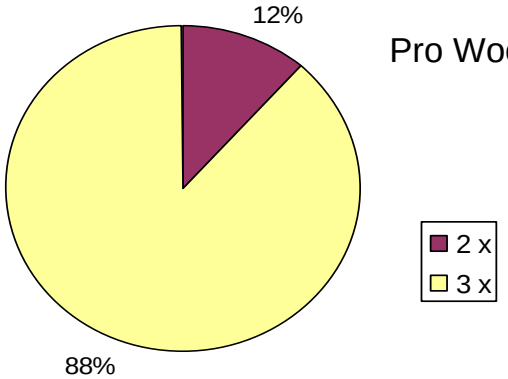
Aufbauorganisation 2010

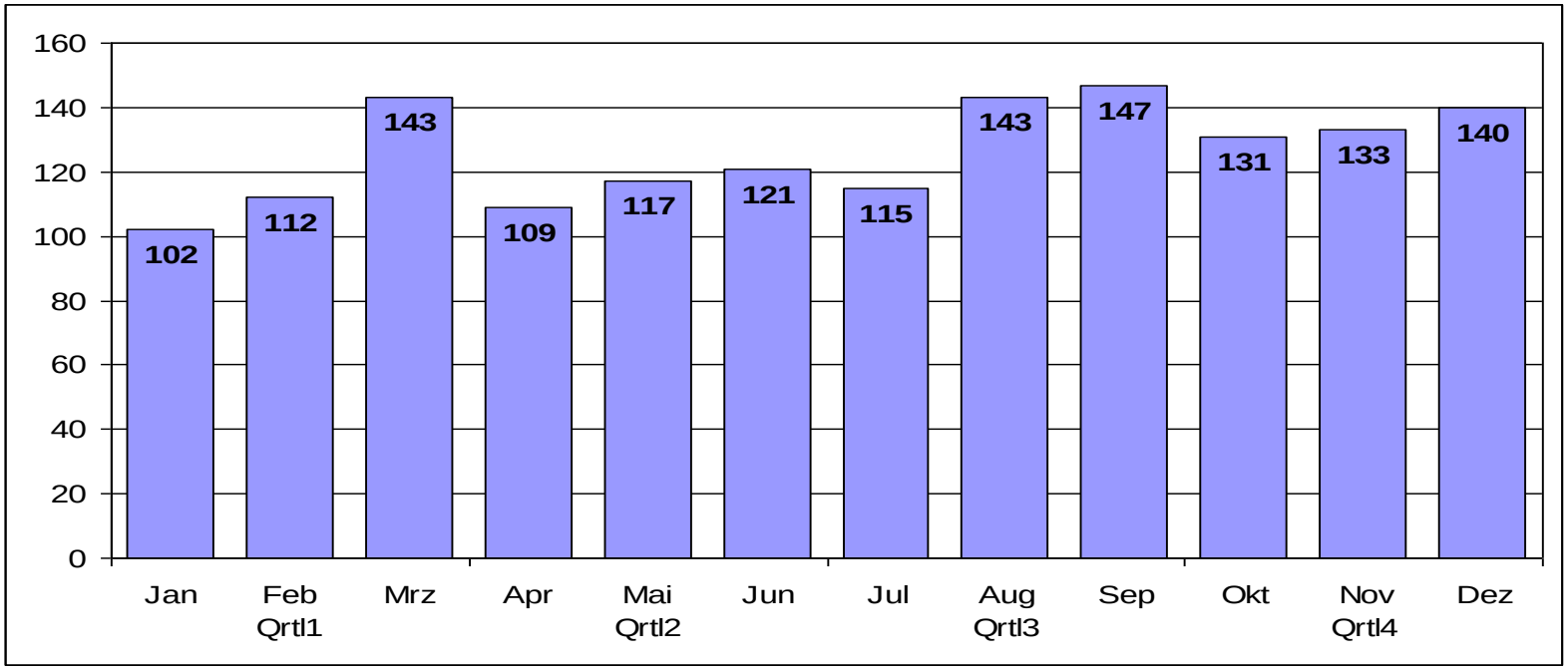


UCC Tumorboarde seit 2003



GSA Tumorboarde 2010





GSA Tumorboarde

Anwesenheit der Fachdisziplinen

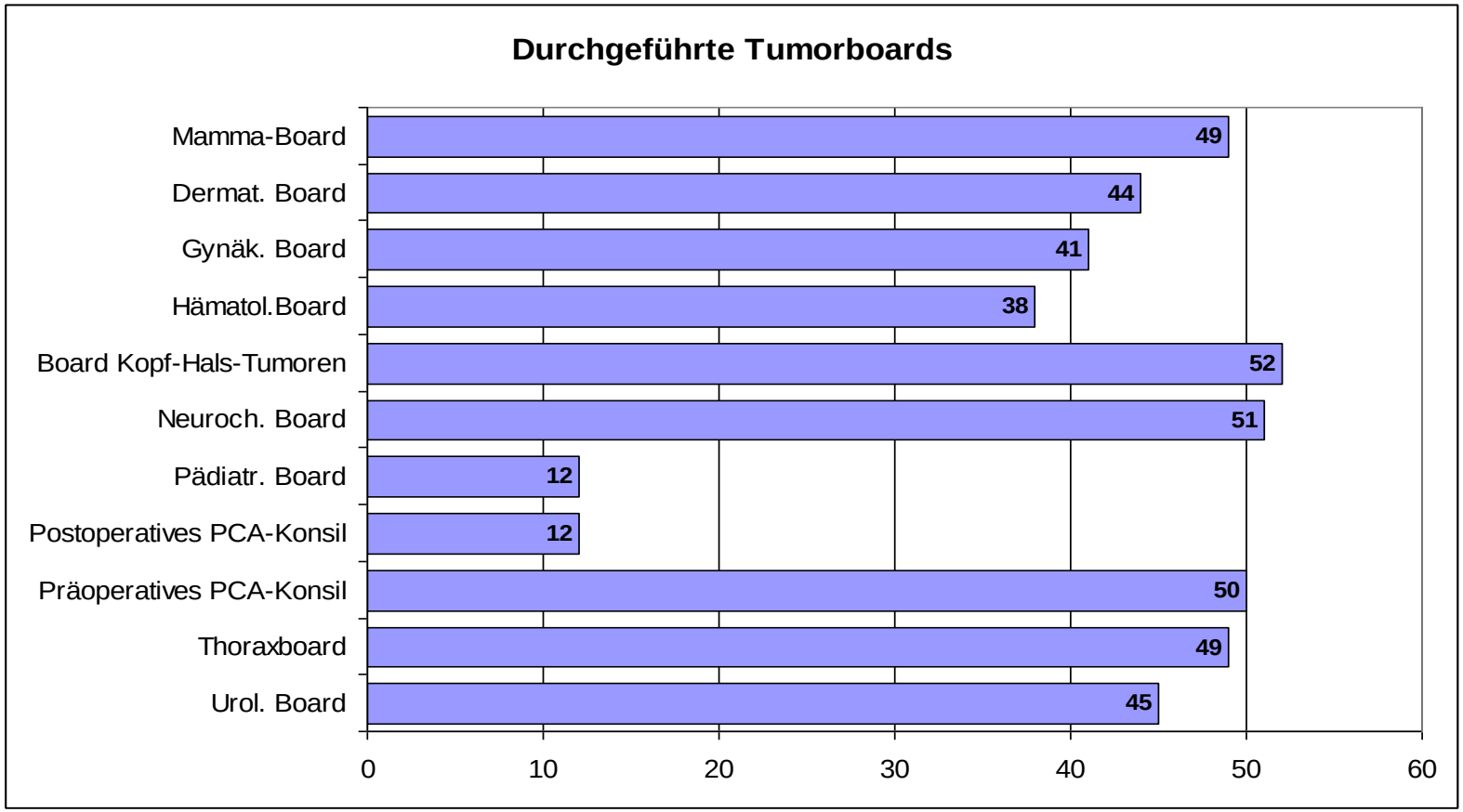
Anwesenheit der Fachdisziplinen an den GSA-Tumorboards (I)

Klinik	Tumorboarde	Teilnahme in %
STR	150	100,0
RAD	150	100,0
MK1	149	99,3
VTG	149	99,3
alle o.g. Disziplinen	148	98,7

Anwesenheit der Fachdisziplinen an den GSA-Tumorboards (II)

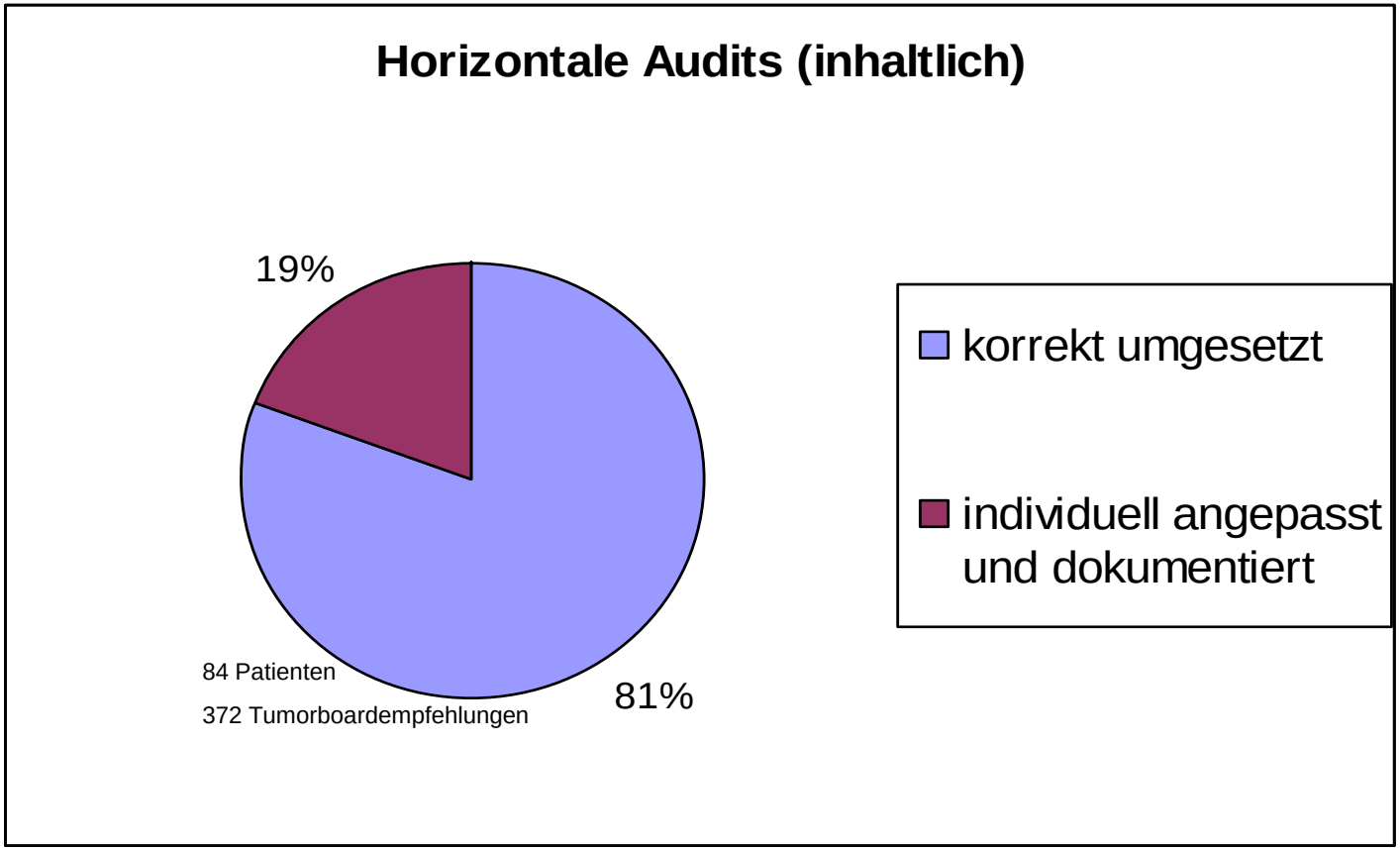
Klinik	Tumorboarde (Teilnahmen/Gesamtzahl)	Teilnahme in %
PAT	137	91,3
NUK	90	60,0
ORT	52	34,7
Onkologische Praxis	17	11,3
NEU	13	8,7
URO	13	8,7
GYN	8	5,3
HNO	8	5,3
NCH	8	5,3
MK3	7	4,7
St. Joseph-Stift	3	2,0
DER	2	1,3
ANÄ	1	0,7
KIK	1	0,7
ANE	1	0,7
Klinische Genetik	1	0,7
HKZ	1	0,7
MKG	1	0,7

Übrige Tumorboarde

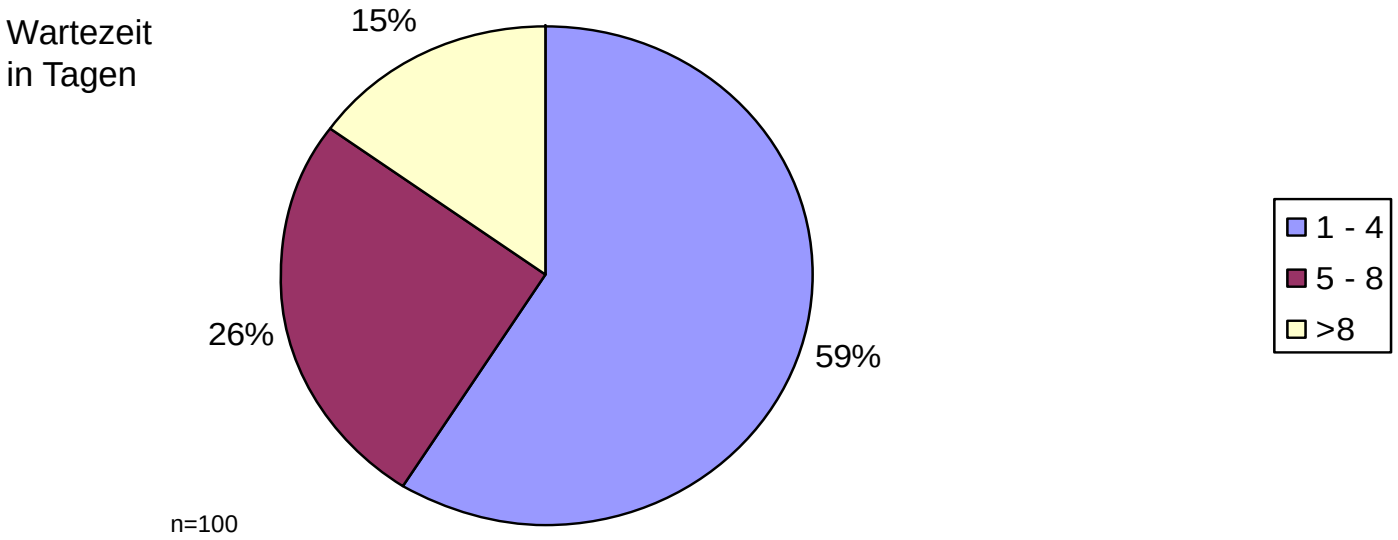


QM: Horizontale Audits

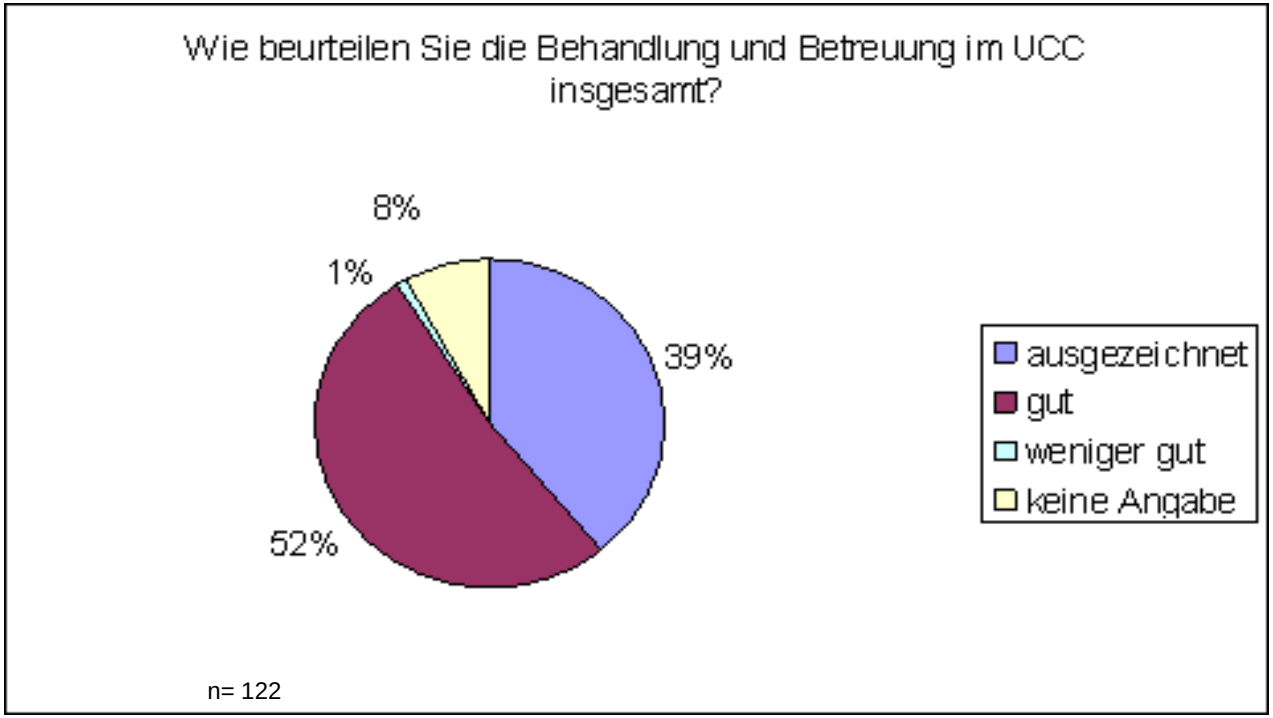
2010: GSA, GYN, Kopf-Hals, URO, NCH, Thorax, DER



Fachübergreifende Ambulanz: Anmeldezeit 2010



Fachübergreifende Ambulanz: Patientenbefragung 2009



Tumor- und Normalgewebsbank (2010)

- 851 neue Fälle in Tumorbank asserviert (09/2009-08/2010)
- mehrere wissenschaftliche Projekte mit asserviertem Gewebe begonnen
- Vernetzung Datenbanksoftware Biobank Pro/Filemaker Pro mit UCC-TDS
- Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008

Öffentlichkeitsarbeit: Cancer Awareness und Prävention (2010)

- 15 UCC eigene Pressemitteilungen (200 Abdrucke regionalen und überregionalen Medien)
- eigene Veranstaltungen
- Durchführung des Mittelschulprojektes an 18 Schulen (in 33 Klassen)
- Optimierung Schulprojekt (inhaltlich u. Umfang)

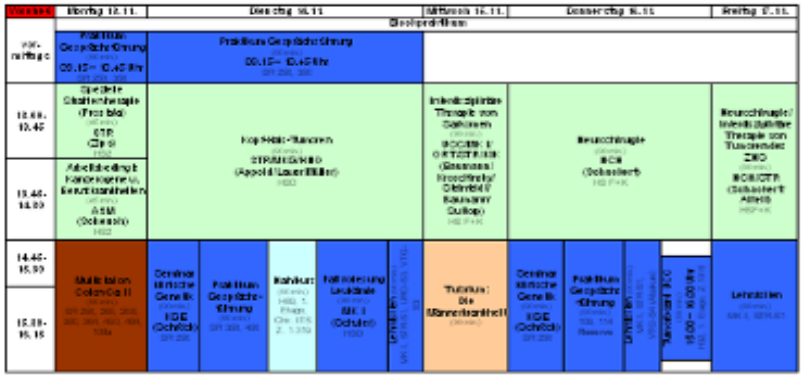
Außenstelle Krebsinformations-dienst des DKFZ

- seit März 2010 bundesweit erste Außenstelle
- KID eigenes QM-System inkl. Handbuch
- 3 ärztliche Mitarbeiter, Schulung in Heidelberg
- 2484 telefonische Anfragen (60% NBL)

Übersicht der Verteilung der Anfragen auf die Neuen Bundesländer 2010

Neue Bundesländer	Anzahl	prozentualer Anteil
Sachsen	665	44,7%
Berlin	325	21,8%
Brandenburg	161	10,8%
Mecklenburg-Vorpommern	121	8,1%
Sachsen-Anhalt	109	7,3%
Thüringen	107	7,2%

Onkologische Lehre: DIPOL® Onkologie



- Gemeinsam getragener interdisziplinärer Kurs
- Mit Harvard International
- Problemorientiertes Lernprinzip
- Einschließlich Zytologiekurs, Mikroskopierpraktikum, Gesprächsführung, Tumorboard…
- 15-wöchig (Vorlesungen, WPV, Tutorien, Fallseminare)
- 4. Studienjahr

Die Kunst ist nicht die Gründung eines Zentrums und dieses zu zertifizieren.

Die Kunst ist es, das Zentrum mit Leben zu füllen zum Nutzen der Patienten und Mitarbeiter!

SZ, DNN am 21.04.2010

DRESDEN

Uniklinikum legt

IQM
INITIATIVE QUALITÄTSMEDIZIN

Initiative Qualitätsmedizin

KLAMETH.STEFFEN@DD-V.DE

Dresden. Patienten könn
fort die Sterberaten bei
nen in ausgewählten Kra
sern im Internet einseher
sche Kliniken, darunter

auf der Internetseite www.uniklinikum-dresden.de/das-klinikum/qm/iqm in eine Datensammlung der Initiative Qualitätsmedizin ein, die einen bundesweiten Vergleich erlaubt. ▶ Seite 13

ganfällen. Das Kranken-
hannes in Kamenz ist bei
dlung von Herzinfarkten
der Durchschnitt, in der
edizin schlechter.

ive-qualitaetsmedizin.de

Kritischer Erfolgsfaktor Nr. 1

Motivation des Managements!

IQM hat eine klar formulierte Zielrichtung:
die Verbesserung der Qualität in einem teilnehmenden Krankenhaus von IQM.

Qualitätsmessung und Qualitätsmanagement mit Routinedaten - Ausgangssituation

Keine wirkliche Transparenz über Qualität im Gesundheitswesen, Maßnahmen und Initiativen bislang regional oder institutionell begrenzt, methodisch problematisch, praxisfern und für Laien wenig verständlich.

Diskrepanz zwischen gesetzgeberisch verbindlichen Verfahren und freiwilligen Aktivitäten

Erfassung über Routinedaten hinaus aufwendig (Aufwand/Nutzen?)

Kritischer Erfolgsfaktor Nr. 2

Handlungskonsens der Gründungsmitglieder von IQM:

Überprüfbarkeit (QM auf Basis von Routinedaten)

Transparenz (Veröffentlichung der Ergebnisse)

Verbesserung/ Aktives QM (Peer Review Verfahren zur Beseitigung von Schwachstellen)

UMSETZUNG im Uniklinikum Dresden

Datenlieferung (§ 21 und BQS)

Datenprüfung/ Aufbereitung/ Versand

Datenanalyse in den Kliniken incl. Bewertung

Veröffentlichung im internen und externen Berichtswesen

Auswahl Fälle Peer Review (Fachausschuss Peer Review)

Interdisziplinäre Analyse des gesamten Behandlungsprozesses (vor Ort)

Thema des Monats

Mit dem Frühling kommt der Heuschnupfen – Einfache Tricks helfen gegen Beschwerden

Nach dem ungewöhnlich langen Winter begann mit den ersten warmen Märztagen die Blüte von Bäumen und Sträuchern. Damit leiden Heuschnupfen-Patienten wieder unter massiven Beschwerden. Die typischsten Symptome der Pollen-Allergie sind Niesanfälle, eine wässrig-laufende Nase und tränende Augen.

In dieser Situation raten die Allergie-Experten des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus den Heuschnupfenpatienten, die verschriebenen Medikamente gegen die Symptome stets bereitzuhalten. Sind die belastenden Pollen in der Luft, sorgen verschiedene Arzneien für eine Linderung der Beschwerden. Zudem gibt es mit der Hyposensibilisierung eine Therapie mit guten Heilungschancen. Auch wer erstmals – wenn auch nur geringe – Anzeichen eines Heuschnupfens verspürt, sollte einen Arzt aufsuchen, um Klarheit über die Ursache der Symptome zu bekommen.

>> zum Artikel

erstellt von Ralf Apley zuletzt verändert: 30.04.2010 11:05

Chancen erhöhen
23. März 2010: Experten für die Behandlung bösartiger Erkrankungen des Blutes und lymphatischer Gewebe treffen sich Ende März in Dresden
>> zum Artikel

Ansprechpartner

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden, Anstalt des öffentlichen Rechts
+49 (0) 351 458 - 0
+49 (0) 351 458 - 4340
info@uniklinikum-dresden.de

IQM INITIATIVE QUALITÄTSMEDIZIN – QUALITÄTS-INDIKATOREN

Gesundheits-lexikon

Veröffent-lichung der IQM-Daten im Internet (UKD)

Leistungsspektrum
Leitbild
Der Vorstand
Aufsichtsrat
Geschäftsbereiche
Kliniken, Polikliniken, Institute
UniversitätsCentren
Jahresberichte
Geschichte
Baugeschehen
Qualitätsmanagement
IQM - Initiative Qualitätsmedizin
Leseanleitung zu den IQM Qualitätsindikatoren 2009
Qualitätsberichte
Partner
So finden Sie uns
Kunst und Kultur
Das Klinikum in bewegten Bildern

IQM - Initiative Qualitätsmedizin

Seit dem Jahr 2008 nimmt das UKD freiwillig mit mehr als 100 weiteren Krankenhäusern an der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) teil. Die Inhalte von IQM berufen sich auf folgende drei Grundsätze:

- Überprüfbarkeit (Qualitätsmessung und –bewertung auf Basis von Routinedaten)
- Transparenz (Veröffentlichung der Ergebnisse)
- Kontinuierliche Verbesserung (Peer Review Verfahren*)

Erstmals veröffentlichen wir unsere eigenen Ergebnisse ab dem Jahr 2008 und vergleichen diese mit dem Durchschnitt der an IQM beteiligten Krankenhäuser. Ausführliche Informationen können unter www.initiative-qualitaetsmedizin.de abgerufen werden.

Bei der Ergebnisinterpretation sind die jeweils zugrundeliegenden Fallzahlen zu beachten. Am Beispiel „Herzerkrankungen" wird deutlich, dass sich bei niedriger Fallzahl ein einzelner Todesfall überproportional in der Mortalitätsrate niederschlägt. Das UKD führt keine Kardiologische Fachabteilung, so dass Herzpatienten im Regelfall unmittelbar an das Herzzentrum Dresden überwiesen werden. Entsprechend gering ist die Fallzahl am UKD und lässt keine Rückschlüsse auf unsere Versorgungsqualität zu.

Sollten Sie Fragen oder Anregungen zu den veröffentlichen Zahlen haben, stehen wir selbstverständlich zur Verfügung (www.uniklinikum-dresden.de/qm) – Ihre Mitarbeiter des Zentralbereiches QM

- IQM - Qualitätsergebnisse (Klicken zum Vergrößern)

- Bedienhinweise zu den IQM-Qualitätsergebnissen
- Unser Qualitätsbericht inkl. BQS-Indikatoren

*Unter „Peers" werden „Ebenbürtige, Gleichrangige" mit dem Auftrag der Überprüfung auf „Augenhöhe" als Instrument der Qualitätssicherung verstanden. Ziel der Gruppe ist es zugleich, die Kompetenzen und Ressourcen zu bündeln und eine breite Plattform zum Erfahrungsaustausch anzubieten.

News

Beeinflusst Stress-Hormon Cortisol Depressionen und Panikattacken?
28. April 2010: Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik erforscht Hormonhaushalt von Menschen mit Angstanfällen und Depressionen / Weitere
>> zum Artikel

Klinikum legt Qualitätsdaten offen und stellt sich bundesweitem Vergleich
20. April 2010: Mitglieder der Initiative Qualitätsmedizin stellen Zahlen online / Bei OPs des Verdauungstraktes erreicht Klinikum Spitzenwerte / Expertenaustausch
>> zum Artikel

Krebs bei Kindern: Gemeinsam Heilungs-Chancen erhöhen
23. März 2010: Experten für die Behandlung bösartiger Erkrankungen des Blutes und lymphatischer Gewebe treffen sich Ende März in Dresden
>> zum Artikel

Ansprechpartner

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden, Anstalt des

Leistungsspektrum
Leitbild
Der Vorstand
Aufsichtsrat
Geschäftsbereiche
Kliniken, Polikliniken, Institute
UniversitätsCentren
Jahresberichte
Geschichte
Baugeschehen
Qualitätsmanagement
IQM - Initiative Qualitätsmedizin
Leseanleitung zu den IQM Qualitätsindikatoren 2009
Qualitätsberichte
Partner
So finden Sie uns
Kunst und Kultur
Das Klinikum in bewegten Bildern

IQM - Initiative Qualitätsmedizin

Seit dem Jahr 2008 nimmt das UKD freiwillig mit mehr als 100 weiteren Krankenhäusern an der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) teil. Die Inhalte von IQM berufen sich auf folgende drei Grundsätze:

- Überprüfbarkeit (Qualitätsmessung und –bewertung auf Basis von Routinedaten)
- Transparenz (Veröffentlichung der Ergebnisse)
- Kontinuierliche Verbesserung (Peer Review Verfahren*)

Erstmals veröffentlichen wir unsere eigenen Ergebnisse ab dem Jahr 2008 und vergleichen diese mit dem Durchschnitt der an IQM beteiligten Krankenhäuser. Ausführliche Informationen können unter www.initiative-qualitaetsmedizin.de abgerufen werden.

Bei der Ergebnisinterpretation sind die jeweils zugrundeliegenden Fallzahlen zu beachten. Am Beispiel „Herzerkrankungen" wird deutlich, dass sich bei niedriger Fallzahl ein einzelner Todesfall überproportional in der Mortalitätsrate niederschlägt. Das UKD führt keine Kardiologische Fachabteilung, so dass Herzpatienten im Regelfall unmittelbar an das Herzzentrum Dresden überwiesen werden. Entsprechend gering ist die Fallzahl am UKD und lässt keine Rückschlüsse auf unsere Versorgungsqualität zu.

Sollten Sie Fragen oder Anregungen zu den veröffentlichen Zahlen haben, stehen wir selbstverständlich zur Verfügung (www.uniklinikum-dresden.de/qm) – Ihre Mitarbeiter des Zentralbereiches QM

- IQM - Qualitätsergebnisse (Klicken zum Vergrößern)

- Bedienhinweise zu den IQM-Qualitätsergebnissen
- Unser Qualitätsbericht inkl. BQS-Indikatoren

*Unter „Peers" werden „Ebenbürtige, Gleichrangige" mit dem Auftrag der Überprüfung auf „Augenhöhe" als Instrument der Qualitätssicherung verstanden. Ziel der Gruppe ist es zugleich, die Kompetenzen und Ressourcen zu bündeln und eine breite Plattform zum Erfahrungsaustausch anzubieten

News

Beeinflusst Stress-Hormon Cortisol Depressionen und Panikattacken?
28. April 2010: Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik erforscht Hormonhaushalt von Menschen mit Angstanfällen und Depressionen / Weitere
>> zum Artikel

Klinikum legt Qualitätsdaten offen und stellt sich bundesweitem Vergleich
20. April 2010: Mitglieder der Initiative Qualitätsmedizin stellen Zahlen online / Bei OPs des Verdauungstraktes erreicht Klinikum Spitzenwerte / Expertenaustausch
>> zum Artikel

Krebs bei Kindern: Gemeinsam Heilungs-Chancen erhöhen
23. März 2010: Experten für die Behandlung bösartiger Erkrankungen des Blutes und lymphatischer Gewebe treffen sich Ende März in Dresden
>> zum Artikel

Ansprechpartner

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden, Anstalt des

IQM

Qualitätsergebnisse Jahr 2009 Universitätsklinikum Dresden

download (PDF)
Drucken

Leseanleitung zu den IQM Qualitätsindikatoren

IQM Qualitätsindikatoren

HERZERKRANKUNGEN

	IQM-Zielwert (Quelle)	IQM-Durchschnittswert (Fallzahl)	Klinik-Istwert (Fallzahl) 2009 +	Klinik-Erwartungswert
Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinfarkt Alle Patienten > 19 Jahre	< Erwartungswert 1	9,5% 1828 von 19190	21,3% 10 von 47	12,4%
Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinsuffizienz Alle Patienten > 19 Jahre	< Erwartungswert 1	8,4% 2926 von 34967	15,6% 22 von 141	9,9%
Todesfälle bei Linksherzkatheter OHNE Infarkt Alle Patienten > 19 Jahre	< 0,5% 2	1,2% 644 von 55985	11,1% 1 von 9	
> Details einblenden				

SCHLAGANFALL

Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formern des Schlaganfalls, Alter > 19 Jahre	< Erwartungswert 1	9,2% 2259 von 24664	9,0% 66 von 730	9,0%
Todesfälle bei Hirninfakt ICD I63, Alter > 19 Jahre	< Erwartungswert 1	6,9% 1434 von 20677	7,7% 44 von 570	6,9%
> Details einblenden				

Ein Nutzen entsteht nicht bei der Datensammlung,

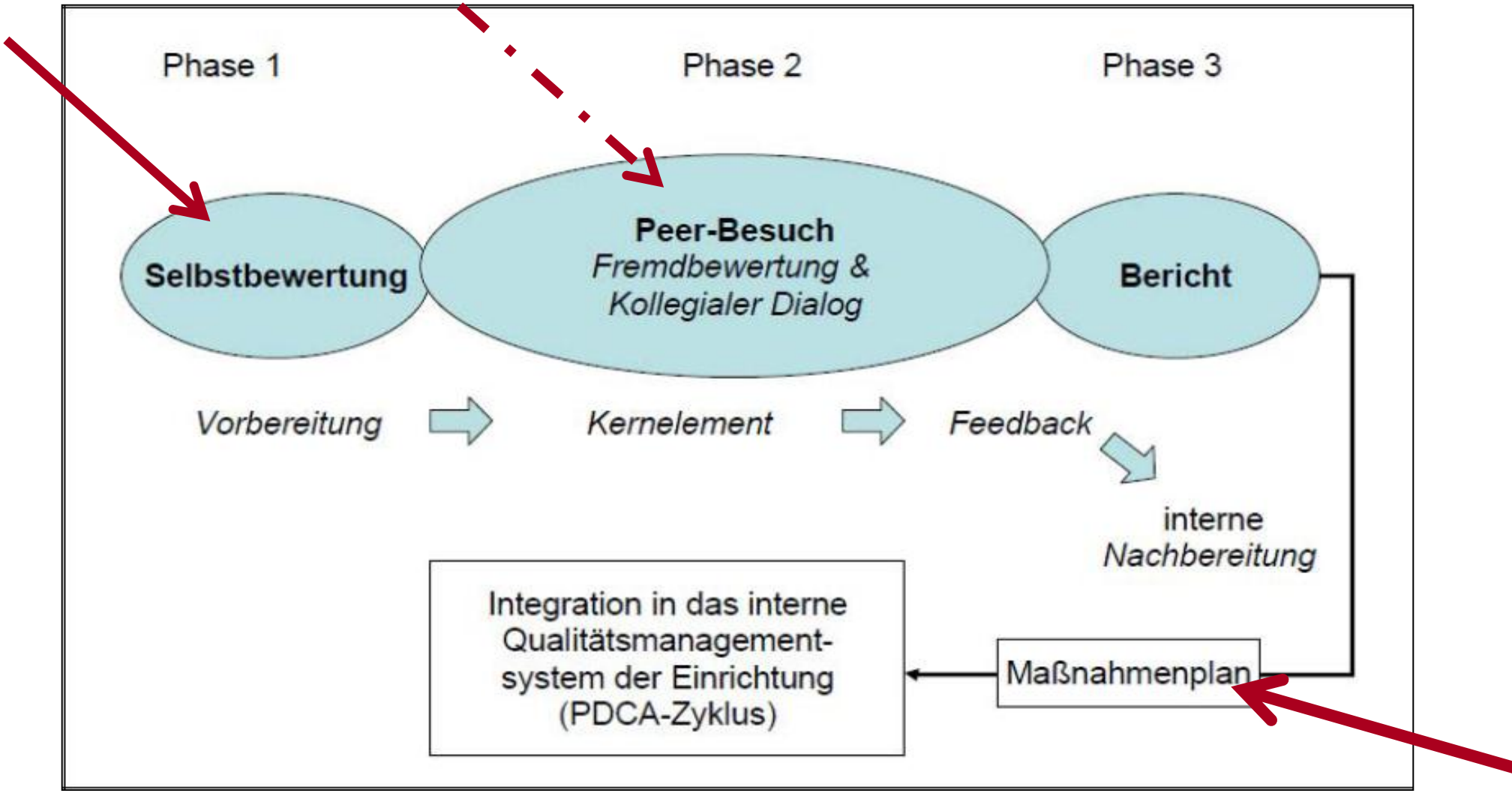
sondern bei der internen Bewertung der statistischen Auffälligkeiten auf mögliche (medizinische) Verbesserung-möglichkeiten!

Diskussion der Fälle → CA

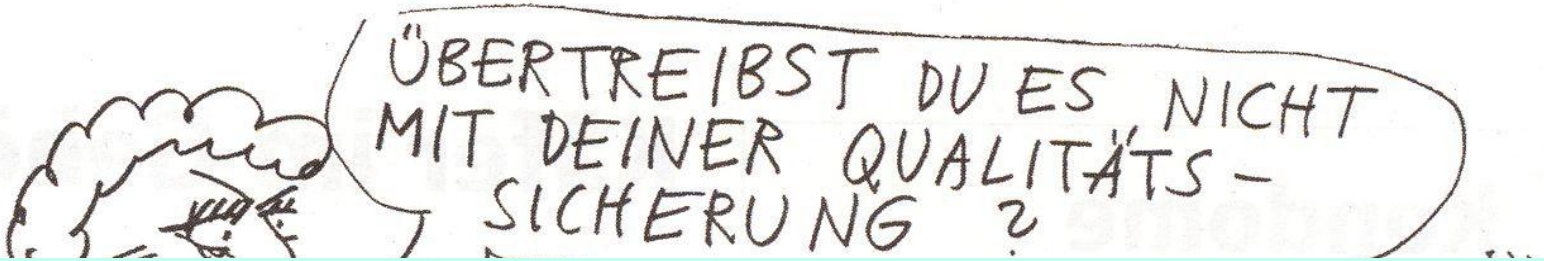
- Vertraulich und kollegial
- Offene Diskussionskultur
- Kritische Fehlersuche
- Hilfe zur Selbsthilfe
- Verbesserung interner Organisationsstrukturen
- interne Qualitätskontrollen

Abschlussbesprechung → CA + GF/VWL

Initiative Qualitätsmedizin



(Abbildung aus „Curriculum Ärztliches Peer Review, Bundesärztekammer, 2011)



Qualitäts- und Risikomanagement müssen sowohl für den Patienten, den Mitarbeiter als auch für das Unternehmen Nutzen bringen!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!