



Deutsches Netz  
Gesundheitsfördernder  
Krankenhäuser gem. e.V.  
Ein Netz der WHO



Deutsches Netz  
Rauchfreier  
Krankenhäuser &  
Gesundheitseinrichtungen

## Call for Abstracts – Kurzdarstellung eines Beitrages für die 13. Konferenz für Gesundheitsförderung im Krankenhaus und das Forum Rauchfreier Krankenhäuser

**Abgabeschluss:**

**31. Juli 2008**

An [info@dngfk.de](mailto:info@dngfk.de)

Fax: 030-81 79 858 29

### Angaben zum Referenten:

**Name:** (Titel, Vorname, Nachname)

Prof. Dr. med. Johannes Albes, MBA

Institution: Herzchirurgie, Evangelisch-Freikirchliches Krankenhaus und Herzzentrum  
Brandenburg

Position: Chefarzt

Adresse: Ladeburger Strasse 17, 16321 Bernau

Telefon: 03338 694510

Mail: [j.albes@immanuel.de](mailto:j.albes@immanuel.de)

**Titel des Beitrages:**

### **SURGEON PERFORMANCE INDEX: INSTRUMENT FÜR DIE ERFASSUNG DER INDIVIDUELLEN CHIRURGISCHEN QUALITÄT IM RAHMEN DES TOTAL QUALITY MANAGEMENTS**

**Johannes Albes, Thomas Claus, Martin Hartrumpf, Michael Erb, Elimar Brandt**

**Kurzdarstellung:**

**Hintergrund:** Die individuelle chirurgische Leistung ist eine Schlüsselkomponente des Total Quality Managements (TQM) in der Herzchirurgie. Frühsterblichkeit wie auch postoperative Komplikationen können stratifiziert werden, um einen „Surgeon Performance Index“ (SPI) zu generieren.

**Methoden:** In drei aufeinanderfolgenden Jahren wurden die Daten von Fach- und Oberärzten inklusive des Abteilungsleiters verglichen. Die Risikoadjustierung der Frühsterblichkeit und der postoperativen Komplikationen wurde mit Hilfe des logistischen EuroSCORE (logES) durchgeführt. Frühsterblichkeit (FL), frühe Rethorakotomie zur Blutstillung (ReTh), Sternumreverdringung wegen Instabilität (ReDr) und Mediastinitis (Med) wurden erfasst. ReTh, ReDr, and Med wurden anhand empirischer Daten gewichtet: (ReTh\*2;ReDr\*1;Med\*3). SPI wurde wie folgt berechnet:  $SPI = (FL/\log ES + (ReTh/\log ES^2) + (ReDr/\log ES^1) + (Med/\log ES^3)/6)/2$ . Ein idealer SPI wurde mit  $\leq 1$  angenommen. Der SPI des jeweiligen Jahres wurde jedem beteiligten Chirurgen ausgehändigt und im Rahmen eines strukturierten Dialogs innerhalb der gesamten Gruppe und einzeln diskutiert im Sinne eines Benchmarkings.

**Ergebnisse:** Der Gesamt logES der jeweiligen Perioden betrug 6.6%, 9.1%, und 11.2%; FL 5.7%, 6.6%, 5.6%; ReTh 5.8%, 7.3%, 10.9%; ReDr 2.4%, 1.9%, 1.4%; and Med 0.9%, 1.8%, 1.8%. Die Daten der Patienten wurden den 11 Herzchirurgen zugeordnet und individuell ausgewertet. In der Gesamtbetrachtung zeigte sich eine deutlich Abnahme der SPI-Streuung und des Mittelwerts über die drei betrachteten Perioden (0.71, 0.56, and 0.49).

**Schlußfolgerungen:** Die Komorbidität stieg im Betrachtungszeitraum signifikant an während

die Frühletalität stabil blieb. Anhand des SPI konnte eine Verbesserung der individuellen Leistung des Chirurgen und somit eine Verbesserung der Gesamtleistung der Abteilung erhoben werden. SPI ist ein effektives Instrument zur Erfassung der individuellen chirurgischen Qualität und dient überdies als Instrument für das Personalmanagement und die Personalentwicklung. Überdies scheint die Etablierung des SPI und die damit verbundene individuelle Leistungskontrolle in Verbindung mit einem internen Benchmarking nachhaltige positive Effekte auf die Gesamtqualität einer Abteilung zu haben.

**Abbildung: Surgeon Performance Index (SPI)**

- >1 = unterdurchschnittliche Ergebnisse; < 1 = überdurchschnittliche Ergebnisse.
- Streuung individueller Resultate und jeweiliger Mittelwert der Periode (Doppelkreis).
- Verlauf über drei konsequente Perioden.

