GQMG
Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V.

Summercamp 2019
Workshop AG Kennzahlen und externe Qualitätsvergleiche

Nutzung der Ergebnisse der (externen) QS zur kontinuierlichen Verbesserung des internen Qualitäts- und Klinischen Risikomanagements

Kloster Schmerlenbach

14. September 2019

Nutzung der Ergebnisse der (externen) QS zur kontinuierlichen Verbesserung des internen Qualitäts- und Klinischen Risikomanagements

- **Gesetzliche Grundlagen und zukünftige Planung im Rahmen der (externen) QS**
  Susanne Rode, Burkhard Fischer

- **Wie gehen Kliniken mit der (externen) QS um? Verschiedene Perspektiven und Entwicklungsstufen**
  Inge Mayer, Markus Lehmann, Monika Schneider, Susanne Eberl

Nutzung der Ergebnisse der (externen) QS zur kontinuierlichen Verbesserung des internen Qualitäts- und Klinischen Risikomanagements

- **Gesetzliche Grundlagen und zukünftige Planung im Rahmen der (externen) QS**
  Susanne Rode, Burkhard Fischer

- **Wie gehen Kliniken mit der (externen) QS um? Verschiedene Perspektiven und Entwicklungsstufen**
  Inge Mayer, Markus Lehmann, Monika Schneider, Susanne Eberl

Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung:

- Bestimmung von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme
- **MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie**
- Mindestmengenregelungen
- Qualitätsmanagement-Richtlinie
- Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung
- Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragszahnärztliche Versorgung
- **Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse (QSD-RL)**
- **Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene**
- Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma
- **Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser**
- Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus
- Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V
- **Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-**
- Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen
- **Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren**
- Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren
- **Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherun**
- (Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (nicht mehr in Kra
- Richtlinie zur Kinderherzchirurgie
- Richtlinie zur Kinderonkologie
- …

https://www.g-ba.de/richtlinien/zum-unterausschuss/3/

https://www.g-ba.de/beschluesse/zum-aufgabenbereich/18/

https://iqtig.org/qs-verfahren/

Gemeinsamer Bundesausschuss

Eckpunkte zu einem gemeinsamen Verständnis und Handlungsempfehlungen zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung[1]

Einleitung:

Bestmögliche Ergebnisqualität mit Blick auf patientenrelevante Endpunkte wird nur erreicht, wenn alle an der Versorgung Beteiligten die ihnen obliegenden Aufgaben in der fachlich gebotenen Qualität erfüllen und es nicht zu Versorgungslücken und Inkonsistenzen bei der Patientenversorgung zwischen den Sektoren kommt.

Eine der Hauptaufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht darin, die Mindeststandards für die Qualität der Patientenversorgung festzulegen sowie Transparenz über die Versorgungsqualität zu schaffen. Eine sachgerechte und aussagefähige Beurteilung von Ergebnisqualität macht die Erfassung der Langzeitergebnisse der medizinischen Versorgung und somit eine Longitudinalbeobachtung des Versorgungspfads erforderlich. Es war deshalb folgerichtig, dass der an den Gemeinsamen Bundesausschuss vom Gesetzgeber erteilte Qualitätssicherungsauftrag im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes 2007 dahingehend erweitert wurde, QS-Maßnahmen grundsätzlich sektorenübergreifend zu erlassen. Damit soll eine die Sektorengrenzen überschreitende notwendige ambulant-stationäre Verzahnung der Versorgung gefördert und eine nicht mehr allein sektorspezifische Qualitätssicherung ermöglicht werden.

Nicht alle Themen der Qualitätssicherung enthalten jedoch sektorenübergreifende Fragestellungen. Nicht immer werden die Sektorengrenzen im Zuge einer Behandlung überschritten (z. B. in weiten Teilen der vertragszahnärztlichen Versorgung). Bereits ... dies berücksichtigt: „die Richtlinien [des G-BA zur QS] sind ... es sei denn, die Qualität der Leistungserbring... angemessen gesichert werden."

QSKH-RL: ab 2020

Richtlinie

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

(Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern/QSKH-RL)

in der Fassung vom 15. August 2006
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 178 (S. 6 361) vom 20. September 2006
in Kraft getreten am 1. Januar 2007

zuletzt geändert am 22. März 2019
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 31.05.19 B1)
in Kraft getreten am 1. Juni 2019

https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3834/2019-06-20_QSKH-RL_Anpassung-Erfassungsjahr-2020.pdf

„Anlage 1 Einbezogene Leistungen im Erfassungsjahr 2020

Im Erfassungsjahr 2020 sind folgende Leistungsbereiche verpflichtend zu dokumentieren:

Leistungsbereich/Follow-up	Verfahren	
	direkt	indirekt
Ambulant erworbene Pneumonie		x
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)		x
Herzschrittmacherversorgung (Herzschrittmacher-Implantation, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation)		x
Hüftendoprothesenversorgung (Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschließlich endoprothetische Versorgung Femurfraktur, Hüftendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel)		x
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung		x
Implantierbare Defibrillatoren (Implantierbare Defibrillatoren – Implantation, Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel, Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation)		x
Karotis-Revaskularisation		x
Knieendoprothesenversorgung (Knieendoprothesen-Erstimplantation einschließlich unikondylärer Schlittenprothesen, Knieendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel)		x
Mammachirurgie		x
Perinatalmedizin (Perinatalmedizin – Geburtshilfe, Perinatalmedizin - Neonatologie)		x
Pflege: Dekubitusprophylaxe		x
Follow-up Herztransplantation 2017-2019	x	
Follow-up Leberlebendspende 2017-2019	x	
Follow-up Lebertransplantation 2017-2019	x	
Follow-up Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation 2017-2019	x	
Follow-up Nierenlebendspende 2017-2019	x	
Follow-up Nierentransplantation 2017-2019	x	
Follow-up Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation 2017-2019	x	

DeQS: ab 2020

Richtlinie

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung

(DeQS-RL)

in der Fassung vom 19. Juli 2018
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 18.12.2018 B3)
in Kraft getreten am 1. Januar 2019

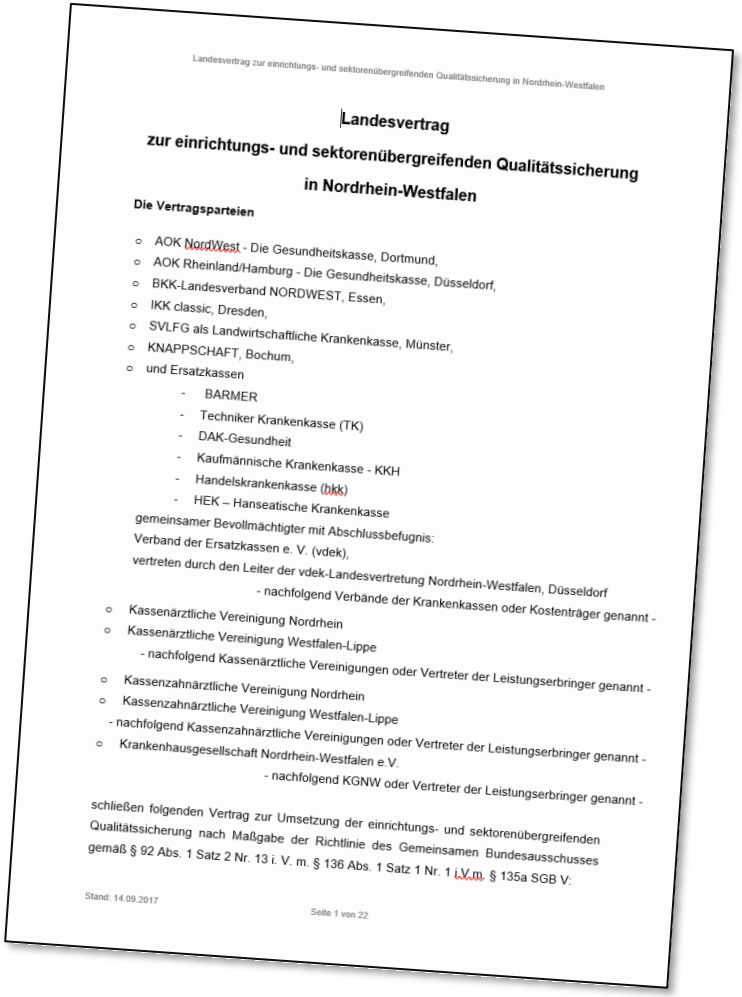
zuletzt geändert am 16. Mai 2019
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 04.07.2019 B3)
in Kraft getreten am 5. Juli 2019

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1865/DeQS-RL_2019-05-16_iK-2019-07-05_AT-04-07-2019-B3.pdf

- Teil 1: Rahmenbestimmungen
- Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen
  - Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
  - Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen
  - Verfahren 3: Cholezystektomie (CHE)
  - **Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)**
  - **Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX)**
  - **Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)**

Sektorenübergreifende datengestützte Qualitätssicherung (Qesü/DeQS)

- Gesetzlicher Auftrag § 137a (2007)
- Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung – Qesü-RL (vom 20.05.2010, nicht mehr in Kraft)
- Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – DeQS-RL (in Kraft getreten am 05.07.2019)



Landesvertrag zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung in Nordrhein-Westfalen

Landesvertrag

zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

in Nordrhein-Westfalen

Die Vertragsparteien

- AOK NordWest - Die Gesundheitskasse, Dortmund,
- AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse, Düsseldorf,
- BKK-Landesverband NORDWEST, Essen,
- IKK classic, Dresden,
- SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Münster,
- KNAPPSCHAFT, Bochum,
- und Ersatzkassen
  - BARMER
  - Techniker Krankenkasse (TK)
  - DAK-Gesundheit
  - Kaufmännische Krankenkasse - KKH
  - Handelskrankenkasse (hkk)
  - HEK – Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

- nachfolgend Verbände der Krankenkassen oder Kostenträger genannt -

- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

- nachfolgend Kassenärztliche Vereinigungen oder Vertreter der Leistungserbringer genannt -

- Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

- nachfolgend Kassenzahnärztliche Vereinigungen oder Vertreter der Leistungserbringer genannt -

- Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.

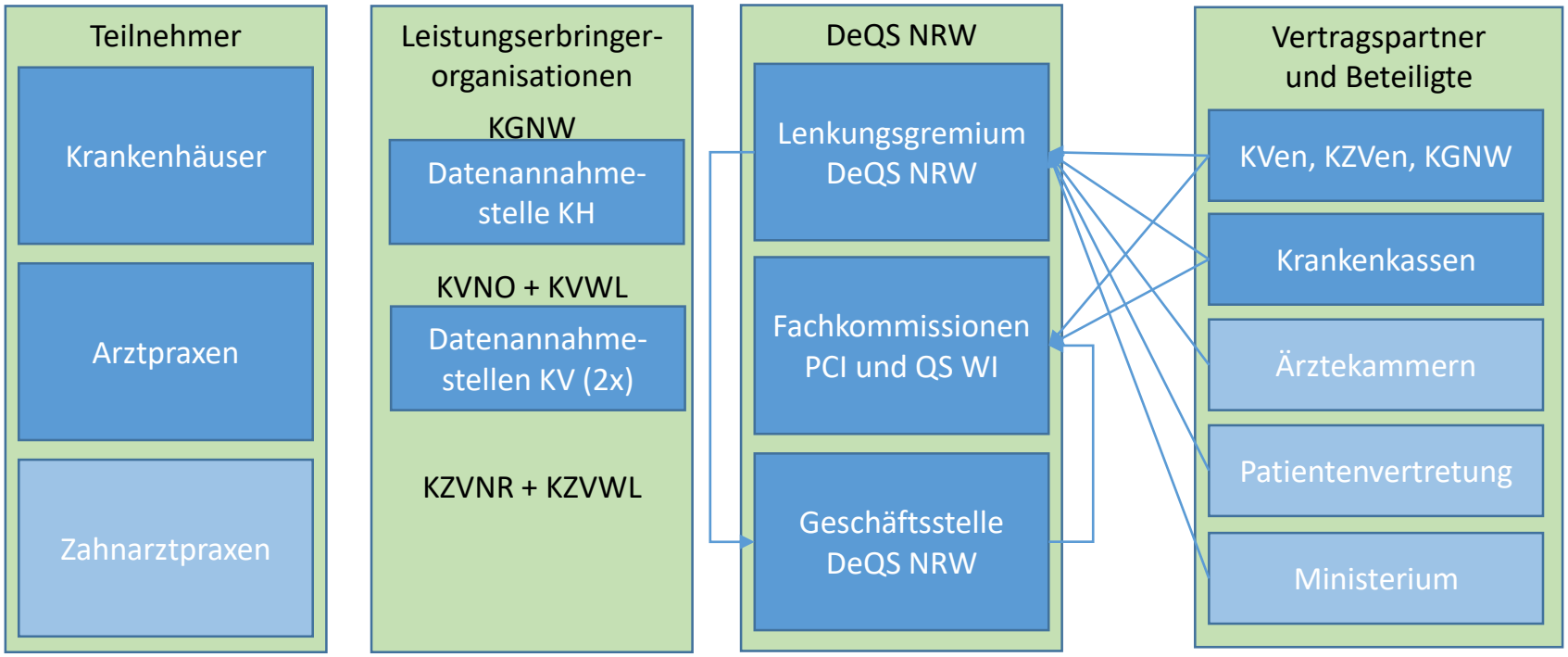
- nachfolgend KGNW oder Vertreter der Leistungserbringer genannt -

schließen folgenden Vertrag zur Umsetzung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nach Maßgabe der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. § 135a SGB V:

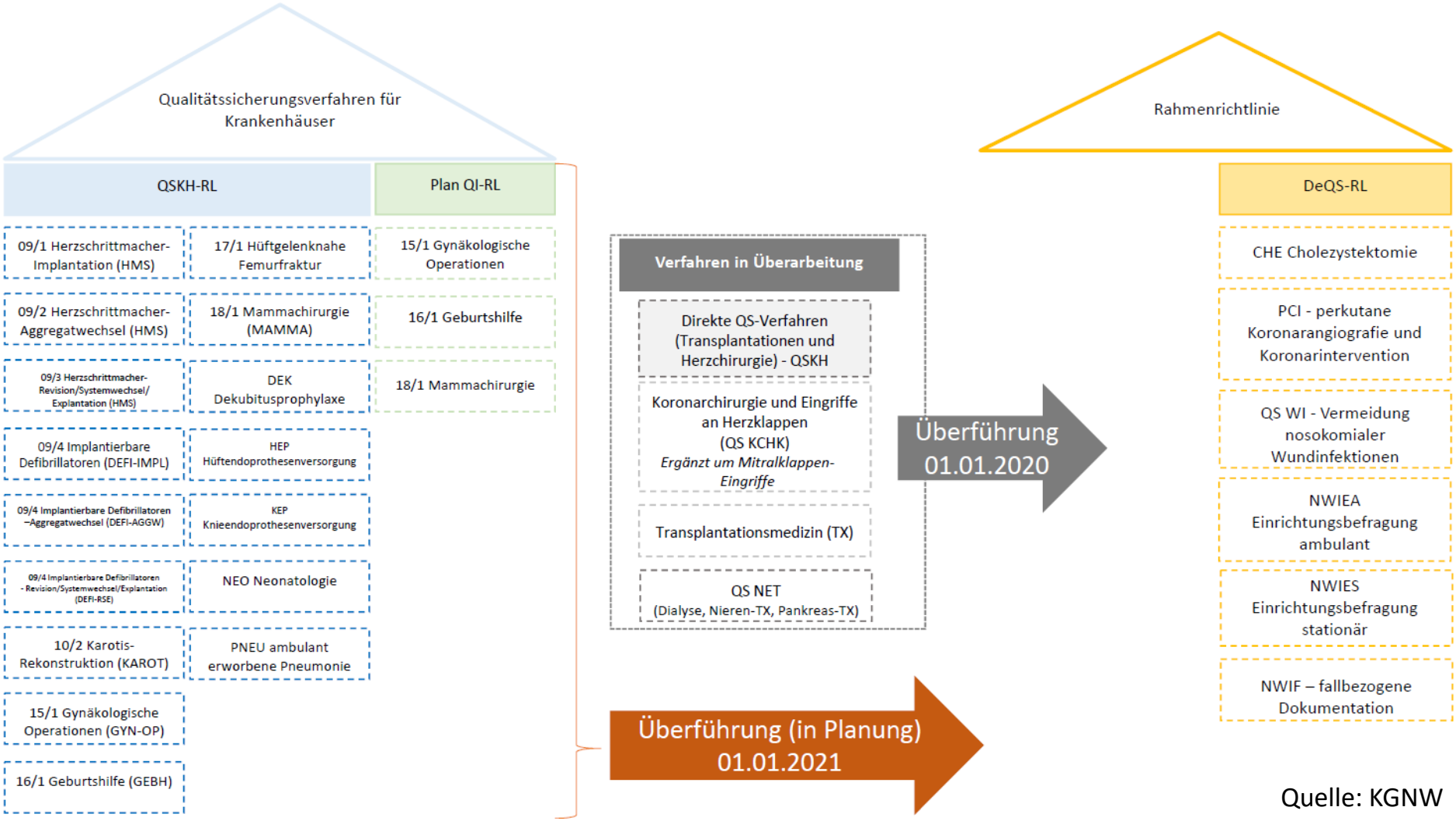
Stand: 14.09.2017

Seite 1 von 22

Überblick Landesebene Qesü/DeQS



GQMG
Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V.



Quelle: KGNW

planQI: Weiterentwicklung

Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses
Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

(plan. QI-RL)

in der Fassung vom 15. Dezember 2016
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 23.03.2017 B2)
in Kraft getreten am 24. März 2017

zuletzt geändert am 20. Dezember 2018
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 22.05.19 B2)
in Kraft getreten am 23. Mai 2019

Beschluss

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit einer Weiterentwicklung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V

Vom 18. April 2019

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18. April 2019 beschlossen, das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) im Rahmen seiner Aufgaben nach § 137a Absatz 3 SGB V wie folgt zu beauftragen:

https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3756/2019-04-18_IQTIG-Beauftragung_Weiterentwicklung_plan-QI.pdf

planQI: Weit

Richtlinie

des Gemeinsamen Bunde
Richtlinie zu plan
Qualitätsi

in
ve
in K

zulet
veröf
in Kra

(BAnz AT 22.05
Mai 2019

I. Auftragsgegenstand

1. Das IQTIG wird zum Zwecke der Umsetzung für das Erfassungsjahr 2020 beauftragt [*Auftragstyp entsprechend Produktkategorie A3*],

   a) die weiteren Qualitätsindikatoren aus den Leistungsbereichen Gynäkologie Mamma-chirurgie und Geburtshilfe des Verfahrens der externen stationären Qualitäts- anhand der Kriterien B bis E des IQTIG-Abschlussberichts „Planu- tätsindikatoren – Abschlussbericht zur Auswahl und Ums- auf ihre Eignung als planungsrelevante Qualität- Indikatoren zur Ergänzung der Liste - den drei Leistungsbereichen dikatoren möglich- meidung- -qualität, -gsziels) der je-

   Leistungen bzw. Leistungsbündel, die den am - planungsrelevanten Qualitätsindikatoren der Liste gemäß - SGB V als auch den nach Buchstabe a) identifizierten weiteren pla- -srelevanten Qualitätsindikatoren zugrunde liegen, zu identifizieren und in ihrem Fachabteilungsbezug zu beschreiben;

   c) ausschließlich fachwissenschaftliche hergeleitete Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Indikatorensets nach Buchstabe a) zu empfehlen. Die Maßstäbe und Kriterien müssen den Ländern in der Zusammenschau der Indikatoren für die entsprechenden fachabteilungsbezogenen Leistungen bzw. Leistungsbündel eine fundierte fachliche Grundlage dafür zur Verfügung stellen, eine unzureichende Qualität im erheblichen Maße der von den Indikatoren erfassten Leistungen anhand des jeweiligen Indikatorensets (ohne Indexbildung) beurteilen zu können, und sind so auszugestalten, dass der für die Länder erforderliche fachliche Bewertungsspielraum erhalten bleibt

Beteiligung der GQMG am Stellungnahmeverfahren „Weiterentwicklung zur Eignungsprüfung weiterer Indikatoren, Herstellung eines Fachabteilungsbezugs und zur Entwicklung von Maßstäben und Kriterien zur Bewertung“

https://www.g-ba.de/downloads/39-2
Beauftragung_Weiterentwicklung_pla

QSKH-RL: Fristen

§ 6 Datenfluss beim indirekten Verfahren

(1) [1]Die erhobenen Datensätze des jeweils vorhergehenden Quartals sind bis zum 15. Mai, 15. August, 15. November und 28. Februar von allen Krankenhäusern standortbezogen in elektronischer Form gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen XML-Datenexportformat der von der Landesebene beauftragten Stelle zur Verfügung zu stellen. [2]Korrigierende Datenlieferungen, einschließlich Stornierungen, Neu- und erstmalige Lieferungen von Datensätzen, sowie Änderungen von Datensätzen sind für Daten aller Quartale möglich bis zum 28. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. [3]Die von der Landesebene

§ 7 Datenfluss beim direkten Verfahren

(1) [1]Die erhobenen Datensätze des jeweils vorhergehenden Quartals sind bis zum 15. Mai, 15. August, 15. November und 28. Februar von allen Krankenhäusern standortbezogen in elektronischer Form gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen XML-Datenexportformat dem IQTIG zur Verfügung zu stellen. [2]Korrigierende Datenlieferungen, einschließlich Stornierungen, Neu- und erstmalige Lieferungen von Datensätzen, sowie Änderungen von Datensätzen sind für Daten aller Quartale möglich bis zum 28. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres.

planQI: Fristen

- In den Qualitätssicherungsverfahren mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (Gynäkologische Operationen 15/1, Geburtshilfe 16/1 und Mammachirurgie 18/1) erhöht sich für Einrichtungen, die von der Möglichkeit der späteren Datenlieferung oder -aktualisierung Gebrauch machen, die Wahrscheinlichkeit einer Datenvalidierung durch die auf Landesebene beauftragten Stellen oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).
- **Beispiel**: Als nachgeliefert gelten Fälle, die bis zum Ende des zweiten Quartals (31.06.) entlassen und nicht bis zur Frist (15.08.) geliefert werden.

QSKH-RL: unverschuldete Unterdokumentation

§ 24 Qualitätssicherungsabschläge und Ausgleiche

Neonatologie krankenhausbezogen gesondert berechnet. [4]Bei einer Dokumentationsrate eines Leistungsbereiches von unter 100 Prozent wird ein Abschlag für jeden nicht dokumentierten Datensatz in Höhe von 150,00 Euro festgelegt; es sei denn, das Krankenhaus weist nach, dass die Unterschreitung unverschuldet ist. [5]Lag ab dem Erfassungsjahr 2015 die Dokumentationsrate des jeweiligen Leistungsbereiches bereits im Vorjahr unter 95 Prozent, erhöht sich der Abschlag für jeden nicht dokumentierten Datensatz auf 300,00 Euro. [6]Lag ab dem Erfassungsjahr 2019 die Dokumentationsrate des jeweiligen Leistungsbereiches bereits im Vorjahr unter 100 Prozent, erhöht sich der Abschlag für jeden nicht dokumentierten Datensatz auf 300,00 Euro. [7]Bei einer Dokumentationsrate der Leistungsbereiche der

(2) [1]Sofern sich das Krankenhaus bei Unterdokumentation auf Unverschulden beruft, ist dies vom Krankenhaus zu begründen. [2]Das Krankenhaus holt hierzu eine Einschätzung der auf Landesebene beauftragten Stelle (bei indirekten Verfahren) bzw. des IQTIG (bei direkten Verfahren) ein. [3]Hierzu übermittelt es seine Begründung bis zum 31. Mai des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres den auf Landesebene beauftragten Stellen bzw. dem IQTIG. [4]Die auf Landesebene beauftragte Stelle (bei indirekten Verfahren) bzw. das IQTIG (bei direkten Verfahren) geben eine Einschätzung hinsichtlich der vorgebrachten Gründe ab und teilen diese schriftlich innerhalb von sechs Wochen dem Krankenhaus zur Weiterleitung an die Vertragsparteien der örtlichen Pflegesatzverhandlungen mit. [5]Die auf Landesebene beauftragten Stellen übermitteln dem IQTIG bis zum 31. Oktober des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres eine Auflistung der Begründungen der Krankenhäuser und ihrer Einschätzung in anonymisierter Form. [6]Das IQTIG veröffentlicht bis zum 31. Dezember des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres eine retrospektive anonymisierte Fallsammlung der Begründungen und Einschätzungen zu den direkten und indirekten Verfahren. [7]Abweichend von Satz 3 hat das Krankenhaus für das Erfassungsjahr 2018 seine Begründung bis zum 30. Juni 2019 den auf Landesebene beauftragten Stellen bzw. dem IQTIG zu übermitteln.

QSKH-RL: Datenvalidierung

§ 9 Datenvalidierung

(1) [1]Die von den Krankenhäusern nach Maßgabe dieser Richtlinie zu dokumentierenden Qualitätssicherungsdaten sind auf ihre Validität zu prüfen (Datenvalidierungsverfahren). [2]Das Datenvalidierungsverfahren findet standortbezogen jährlich statt und umfasst

1. eine Statistische Basisprüfung (Vollzähligkeits-, Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung),
2. einen gezielten Datenabgleich, in dem die Übereinstimmung der Qualitätssicherungsdokumentation mit der Patientenakte wegen konkreter Anhaltspunkte auf Dokumentationsmängel überprüft wird und
3. ein Stichprobenverfahren mit Datenabgleich, in dem die Übereinstimmung der Qualitätssicherungsdokumentation mit der Patientenakte überprüft wird.

(2) [1]Die Statistische Basisprüfung ist bei allen definierten Leistungsbereichen (gemäß den Anlagen 1 und 3) für festgelegte Auffälligkeitskriterien durchzuführen. [2]Die in der Statistischen Basisprüfung anzuwendenden Auffälligkeitskriterien werden jährlich durch den Unterausschuss Qualitätssicherung nach Vorschlag des IQTIG festgelegt. [3]Sie sind bundesweit einheitlich anzuwenden. [4]Ausgewählte Auffälligkeitskriterien der in den Vorjahren in die Datenvalidierung ein
gegebenenfalls weiterentwicke

(3) [1]Der gezielte Datena
bezüglich ihrer Dokumentatio
aufweisen:

1. wenn bei einem
Dokumentationsfehler i
2. bei wiederholten rechne
3. bei festgestellter Nicht-

[2]Die Kriterien und die Prüfm
Dokumentationsfehlern nach
Auffälligkeiten nach Satz 1 Nu
nach Vorschlag des IQTIG festgelegt. [3]Der Datenabgleich kann darüber hinaus bei weiteren Auffälligkeiten bezüglich der Dokumentationsqualität erfolgen. [4]Das IQTIG identifiziert bei dem Datenabgleich nach Satz 1 Nummer 1 bis 3 die zu prüfenden Krankenhausstandorte und legt die abzugleichenden Fälle und zu prüfenden Datenfelder fest und teilt diese bei indirekten Verfahren bis zum 15. April des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres den auf Landesebene beauftragten Stellen mit. [5]Das IQTIG legt bei dem Datenabgleich nach Satz 3 für die direkten Verfahren und die auf Landesebene beauftragten Stellen legen für die indirekten Verfahren die zu prüfenden Krankenhausstandorte und die abzugleichenden Fälle und zu prüfenden

(3) [1]Der gezielte Datenabgleich wird bei Krankenhausstandorten durchgeführt, die bezüglich ihrer Dokumentationsqualität eine oder mehrere der folgenden Auffälligkeiten aufweisen:

1. wenn bei einem Krankenhausstandort im Vorjahr im Datenabgleich Dokumentationsfehler in besonderer Häufigkeit oder Relevanz festgestellt wurden,
2. bei wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten in der Statistischen Basisprüfung oder
3. bei festgestellter Nicht-Dokumentation eines Sentinel Events im Vorjahr.

QSKH: Beispiele - Auffälligkeitskriterien

- QS-Verfahren Dekubitusprophylaxe (DEK):
  - AK-ID 850361: Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“
  - Ausfüllhinweise bis 2017:
    - L89.9- Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet:
      Dekubitus (Druckgeschwür) ohne Angabe eines Grades.
      Gemäß dem Votum der Bundesfachgruppe wird ein **Dekubitus, Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet als Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 interpretiert**. Es handelt sich dabei demnach um einen Dekubitus bei dem die Wunde von Belag bedeckt ist. Die tatsächliche Tiefe kann daher nicht festgestellt werden.
  - Ausfüllhinweise ab 2018:
    - L89.9- Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet:
      Dekubitus (Druckgeschwür) ohne Angabe eines Grades.
  - zweite Aktualisierung des Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe - Definition von 2 weiteren Dekubituskategorien
    - Kategorie/Stadium „Dekubitus keiner Kategorie zuordenbar, Tiefe unbekannt“ und
    - Kategorie/Stadium „Vermutete tiefe Gewebeschädigung, Tiefe unbekannt“

➢ Frage: Bewertung als auffällig (A40) oder unauffällig (U30)?

QSKH: Beispiele - Auffälligkeitskriterien

- QS-Verfahren Herzschrittmacher-Implantation (09/1):
  - AK-ID 813071: Häufig Angabe der führenden Indikation „sonstiges“

20	führende Indikation zur Schrittmacherimplantation	1 = AV-Block I, II oder III 5 = Schenkelblock 6 = Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmalem/persistierendem Vorhofflimmern) 7 = Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern 8 = Karotis-Sinus-Syndrom (CSS) 9 = Vasovagales Syndrom (VVS) 10 = kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) 99 = sonstiges	
21	Ätiologie	1 = angeboren 2 = neuromuskulär 3 = infarktbedingt 4 = AV-Knoten-Ablation durchgeführ 5 = sonstige Ablationsbehandlung 6 = Zustand nach herzchirurgischem 7 = Zustand nach Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) 9 = sonstige/unbekannt	geändert

Datenfeld Ätiologie (Datenfeld 21 für 2018) wird bei Berechnung des AK nicht mit berücksichtigt. D.h. Fälle mit geplanter AV-Knoten-Ablation tauchen nicht auf.

Ist bei einem Pat. eine AV-Knoten-Ablation geplant (oder bereits durchgeführt), so ist die führende Indikation zu dieser [illegible] der AV-Bl[illegible]nter AV-Kn[illegible] Datenfeld zur führenden [illegible]n die zu erwartende Rhythmusstörung (die ja dann die Indikation darstellt).

Ausfüllhinweise oder Rechenregel unvollständig?

Frage: Bewertung als auffällig (A40) oder unauffällig (U30)?

Wahr oder Falsch?

- Dokumentationsregeln für die QS sind vom IQTIG verbindlich festgelegt: siehe Ausfüllhinweise
- Die QS-Dokumentationsbögen sind gemäß den Ausfüllhinweisen zu befüllen.

ABER nicht vergessen:

- Die Behandlung der Patienten richtet sich nach den Leitlinien.
- Ausfüllhinweise können lückenhaft sein.

GQMG
Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V.

Beschluss

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Veröffentlichung einer Kommentierung zu den Berichten zum Strukturierten Dialog 2016 zum Erfassungsjahr 2015 und zur Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs mit

Vom 18. Januar 2018

Der Gemeinsam… …18. Januar 2018 die Veröff… …ten zum Strukturierten Dialog …g des Instituts für Qualitätssicherung und …G) mit der Weiterentwicklung des Strukturierten …om 18. Januar 2018 auf den Internetseiten des G-BA

…hluss wird auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 18. Januar 2018

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Beteiligung der GQMG am Stellungnahmeverfahren vorgesehen

Beschluss

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beauftragung des IQTIG mit der Erstellung einer Spezifikation für die Leistungsbereiche der QSKH-RL zur Umsetzung im Rahmen der DeQS-RL

Vom 18. Juli 2019

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18. Juli 2019 beschlossen, das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) im Rahmen seiner Aufgaben nach § 137a Absatz 3 SGB V, wie folgt zu beauftragen:

I. Auftragsgegenstand

Das IQTIG wird beauftragt, zum Zwecke einer bundeseinheitlichen Datenerhebung Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen für die Umsetzung der Leistungsbereiche der QSKH-RL als QS-Verfahren im Rahmen der DeQS-RL zu empfehlen. Neben der EDV-technischen Spezifizierung der zu erfassenden Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren.

Das IQTIG hat die Spezifikation auf Grundlage der folgenden Leistungsbereiche der QSKH-RL

- Ambulant erworbene Pneumonie
- Karotis-Revaskularisation
- Herzschrittmacherversorgung (Herzschrittmacher-Implantation, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation)
- Implantierbare Defibrillatoren (Implantierbare Defibrillatoren – Implantation, Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel, Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation)
- Hüftendoprothesenversorgung (Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschließlich endoprothetische Versorgung Femurfraktur, Hüftendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel)
- Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
- Knieendoprothesenversorgung (Knieendoprothesen-Erstimplantation einschließlich

Standort-Register – ab 2020

zeit verwendet werden.

2.3 Standortangaben

Aufgrund der Einführung eines bundesweiten Verzeichnisses der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen (zentrales Standortregister) ergeben sich notwendige Änderungen an der Spezifikation. Wie diese Änderungen ausgestaltet werden, hängt von den Anforderungen des G-BA an die Auswertung, an die Sollstatistikerstellung und an die Pseudonymisierung von leistungserbringeridentifizierenden Daten ab. Um diese Anforderungen abzuklären, hat das IQTIG in der Sitzung des Fachausschusses QS-IT und Spezifikation am 8. November 2018 verschiedene Fragestellungen aufgeworfen.

Da in der Sitzung des Fachausschusses QS-IT und Spezifikation nicht alle Fragen abschließend beantwortet werden konnten, wurde die Beratung erst in der AG DeQS-RL am 12. Februar 2019 abgeschlossen. Weil es sich um eine modulübergreifende Empfehlung handelt, die gleichermaßen die Anforderungen an Verfahren nach DeQS-RL und Verfahren nach QSKH-RL abdecken soll, werden im Folgenden Aspekte aller Verfahren beschrieben.

Aufnahme des neunstelligen Standortkennzeichens

Mit Einführung des neuen zentralen Standortregisters werden neue neunstellige Standortkennzeichen eingeführt. Die bisherigen zweistelligen Datenfelder können daher nicht weiter bestehen bleiben. Ab dem Erfassungsjahr 2020 werden die bereits vorhandenen Datenfelder zu Standorten daher auf die neuen neunstelligen Kennzeichen umgestellt. Die Ausfüllhinweise und ergänzenden Bezeichnungen der Standortfelder werden entsprechend angepasst.

Prospektive Rechenregeln ab 2020 - 1

Zu Absatz 2

Die Rechenregeln werden prospektiv veröffentlicht, d. h. bevor die Datenerfassung beginnt. Dies soll dazu beitragen, das Verfahren fair und transparent zu gestalten. Spätere Abweichungen der endgültigen Rechenregeln von den prospektiv festgelegten Regeln und Referenzbereichen werden vom IQTIG begründet.

Die endgültigen Rechenregeln veröffentlicht das IQTIG am 15. April des Jahres der Auswertung. Falls Änderungen an den Rechenregeln noch nach diesem Datum notwendig sind (insbesondere die Korrektur von Fehlern im Einzelfall, die u. U. erst im Verlauf der Erstellung der Bundesauswertung deutlich werden), werden diese durch das IQTIG nachträglich veröffentlicht.

Prospektive Rechenregeln ab 2020 - 2

- Beispiel: DEK Risikoadjustierung
  - QIDB 2018 (bis 2017 Altersgruppen-Adjustierung, ab 2018 stetige Alter (linear, quadratisch, kubisch)! → plötzlich auffälliges Ergebnis!
  - Wegen Risikostatistik (Erfassung jährlich) kann es aktuell keine prospektiven Rechenregeln geben, also gemäß RL auch keine ¼-jährlichen Auswertungen.

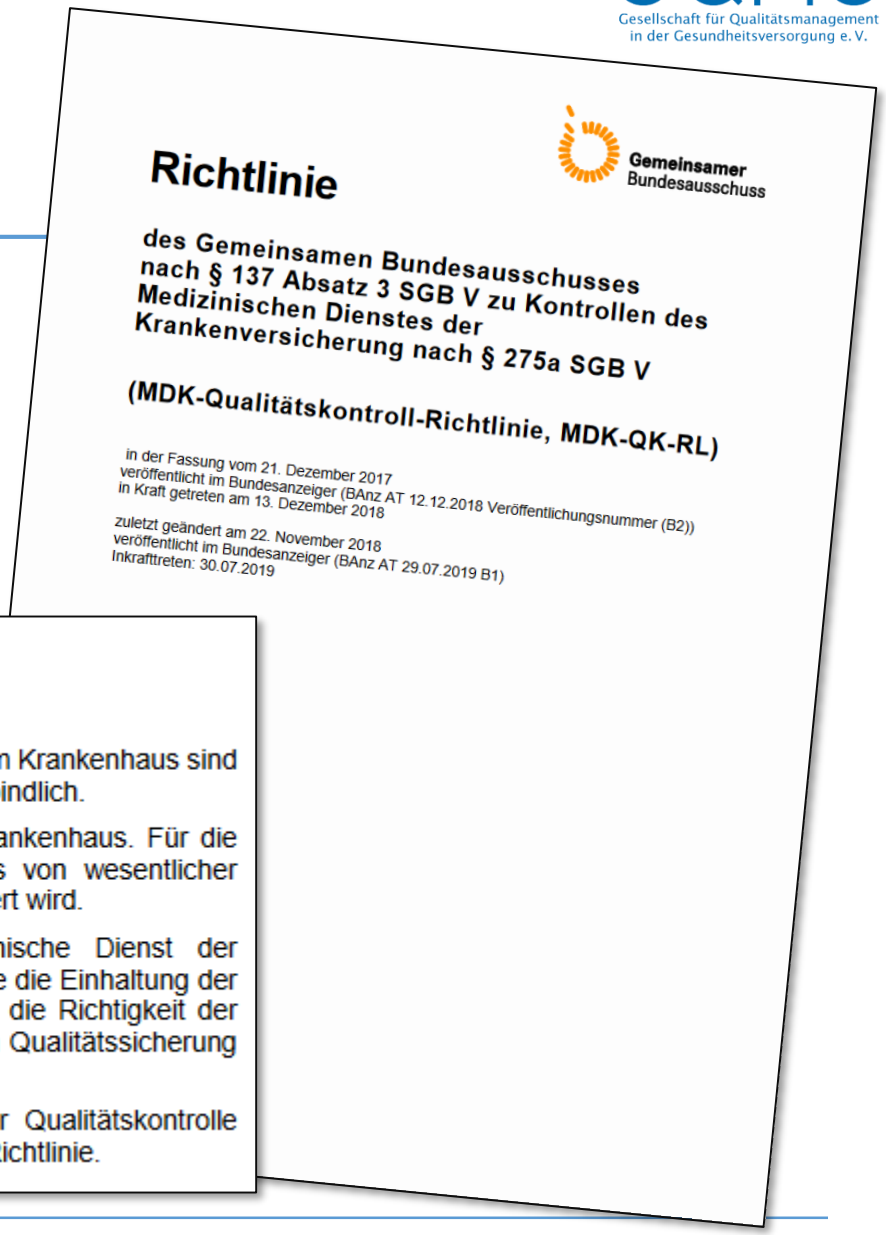
  - **Abhilfe?**
    - POA und POD-Felder über Dimdi
    - Risikostatistik ¼-jährlich

Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie

- Richtlinie zur Förderung der Qualität und zu Folgen der Nichteinhaltung sowie zur Durchsetzung von Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Absatz 1 SGB V (Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie; **QFD-RL**):
  - Konsequenzen bei Qualitätsmängeln; Verstöße gegen verbindliche Qualitätsanforderungen werden Konsequenzen haben
  - Maßnahmenkatalog zur Durchsetzung von Qualitätsanforderungen im Krankenhaus, bei Vertrags-, bei Zahnärztinnen und –ärzten
  - keine Vergütung erfolgen darf, wenn Mindestanforderungen nicht erfüllt werden

  - https://www.gkv-90prozent.de/ausgabe/13/kurzmeldungen/13_qs-durchsetzungs-richtlinie/13_qs-durchsetzungs-richtlinie.html

MDK-Qualitäts-kontroll-Richtlinie



Richtlinie

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275a SGB V

(MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie, MDK-QK-RL)

in der Fassung vom 21. Dezember 2017
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 12.12.2018 Veröffentlichungsnummer (B2))
in Kraft getreten am 13. Dezember 2018

zuletzt geändert am 22. November 2018
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 29.07.2019 B1)
Inkrafttreten: 30.07.2019

Teil A – Allgemeiner Teil

§ 1 Zweck der Richtlinie

(1) Die Richtlinien und Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung im Krankenhaus sind für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Krankenhäuser) verbindlich.

(2) Ergeben sich daraus Nachweispflichten, obliegen diese dem Krankenhaus. Für die Durchsetzung von Vorgaben des G-BA zur Qualitätssicherung ist es von wesentlicher Bedeutung, dass deren Einhaltung in den Krankenhäusern auch kontrolliert wird.

(3) Durch die Regelung in § 275a SGB V erhält der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Aufgabe, nach Maßgabe dieser Richtlinie die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach §§ 135b und 136 bis 136c SGB V sowie die Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung zu kontrollieren.

(4) Die Verwendung einschließlich der Übermittlung der aus einer Qualitätskontrolle gewonnenen Informationen erfolgt ausschließlich nach Maßgabe dieser Richtlinie.

§ 3 Kontrollgegenstände

Die Kontrollgegenstände dieser Richtlinie sind in § 275a Absatz 2 Satz 3 Nummern 1 und 2 SGB V enumerativ aufgezählt. Dies sind im Einzelnen

a) Die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 135b SGB V (Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen) soweit die Leistungen im Krankenhaus erbracht werden,
b) die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 SGB V (Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung),
c) die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136a SGB V (Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen),
d) die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136b SGB V (Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung im Krankenhaus),
e) die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136c SGB V (Beschlüsse des G-BA zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung) sowie
f) die Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung.

§ 4 Anhaltspunkte für die Beauftragung von Qualitätskontrollen

(1) Voraussetzung für die Beauftragung einer vom MDK durchzuführenden Qualitätskontrolle ist das Vorliegen konkreter und belastbarer Anhaltspunkte für die Nichteinhaltung der in den Richtlinien und Beschlüssen nach § 3 Buchstabe a bis e genannten Qualitätsanforderungen oder über Verstöße gegen Dokumentationspflichten nach § 3 Buchstabe f. Konkret und belastbar im Sinne des Satzes 1 ist ein Anhaltspunkt dann, wenn der mögliche Qualitäts- oder Dokumentationsmangel einem Kontrollgegenstand nach § 3 zugeordnet und mit entsprechenden Hinweisen schlüssig begründet werden kann. Die Qualitätskontrollen beauftragenden Stellen nach § 5 werden aufgrund eines oder mehrerer Anhaltspunkte tätig. Diese sind im Kontrollauftrag nach § 7 vollumfänglich und abschließend zu benennen.

(2) Anhaltspunkte für die Beauftragung von Qualitätskontrollen nach § 3 Buchstabe a bis e können sich insbesondere ergeben aus:

a) Implausibilitäten der Angaben in Qualitätsberichten,
b) Erkenntnissen bei Abrechnungsprüfungen bei Einzelfällen,
c) Erkenntnissen im Rahmen der Unterstützung von Versicherten nach § 66 SGB V und
d) Erkenntnissen entweder durch mehrfache Meldungen von Versicherten oder sonstigen Dritten zum selben Sachverhalt oder Kontrollgegenstand oder durch eine besonders fundierte Meldung eines Versicherten oder sonstigen Dritten zu einem Sachverhalt oder Kontrollgegenstand.

Die Anhaltspunkte werden im Besonderen Teil richtlinien- bzw. beschlussspezifisch konkretisiert.

MDK-Qualitäts-kontroll-Richtlinie

Teil B - Besonderer Teil

I. Erster Abschnitt

Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Dieser Abschnitt des Besonderen Teils regelt gemäß § 2 Absatz 2 Satz 2 Teil A weitere Kontrollen der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser für folgende Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA):

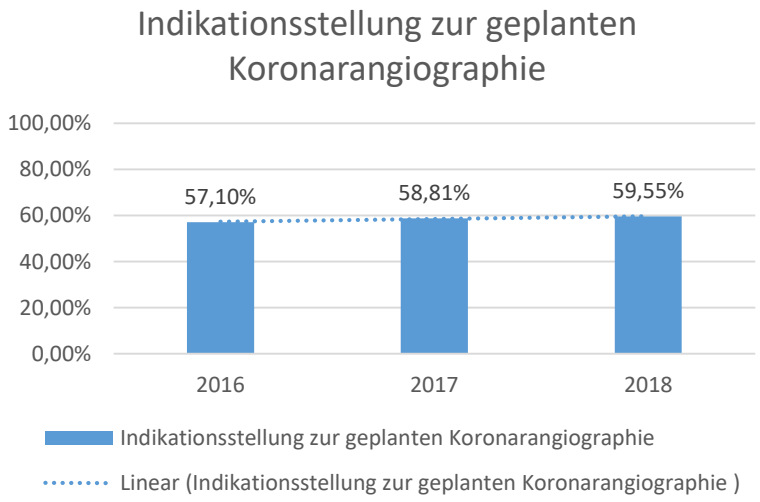
a) Richtlinie gemäß § 136 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinien über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern/QSKH)

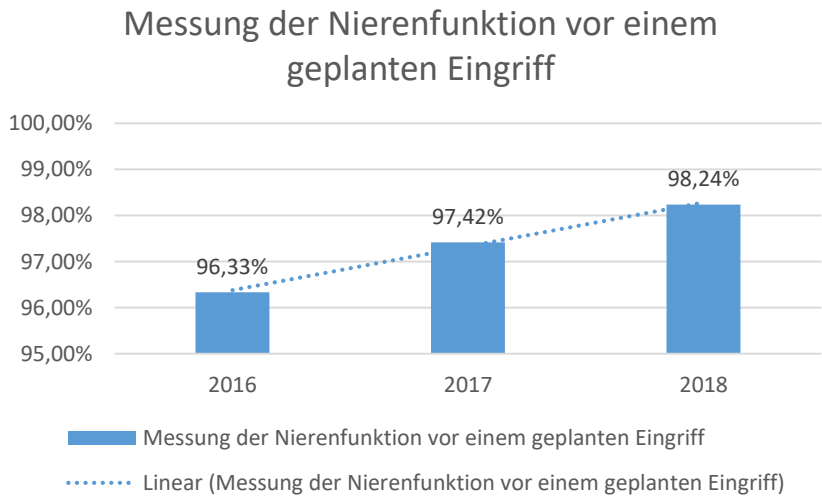
b) Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 136c Absatz 1 und 2 SGB V (Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren – plan. QI-RL)

c) Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)

Es bewegt sich was:
Ergebnisse von zwei Beispielindikatoren PCI

	2016	2017	2018
Indikationsstellung zur geplanten Koronarangiographie	*57,10%*	*58,81%*	*59,55%*
Messung der Nierenfunktion vor einem geplanten Eingriff	*96,33%*	*96,33%*	*98,24%*





Nutzung der Ergebnisse der (externen) QS zur kontinuierlichen Verbesserung des internen Qualitäts- und Klinischen Risikomanagements

- **Wie gehen Kliniken mit der (externen) QS um? Verschiedene Perspektiven und Entwicklungsstufen**
  - Inge Mayer: Kontinuerliche Verbesserung im Prozess Externe QS im KMB
  - Markus Lehmann: Psychiatrie – ein Exot?
  - Monika Schneider: vivantes Qualitätsmonitor – Ein Einblick
  - Susanne Eberl: Von Monitoring und Steuerung medizinischer Qualität