

Grundlagen der Qualitätssicherung für Einsteiger

Tagung „Medizinische Qualitätssicherung in M-V“
am 18.01.2023 in Wismar

Inhalt

- Rechtsgrundlagen/Strukturen
- Dokumentation und Datenexport
- Soll- und Risikostatistik/Dokumentationsrate
- Auswertungen
- Stellungnahmeverfahren/Bewertungen
- Qualitätsbericht

Rechtsgrundlagen

- § 135a Abs. 2 SGB V
 - Verpflichtung der Vertragsärzte und Krankenhäuser zur Qualitätssicherung
- § 136 Abs.1 Nr.1 SGB V
 - Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch **Richtlinien** nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 insbesondere die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 ...
- § 137a SGB V
 - G-BA wird unterstützt durch das fachlich unabhängige, wissenschaftliche Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)
- **Vertrag**
 - über die Umsetzung der Qualitätssicherung in Mecklenburg-Vorpommern

Landesvertrag

Umsetzung der QS in MV

- gemäß G-BA Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V

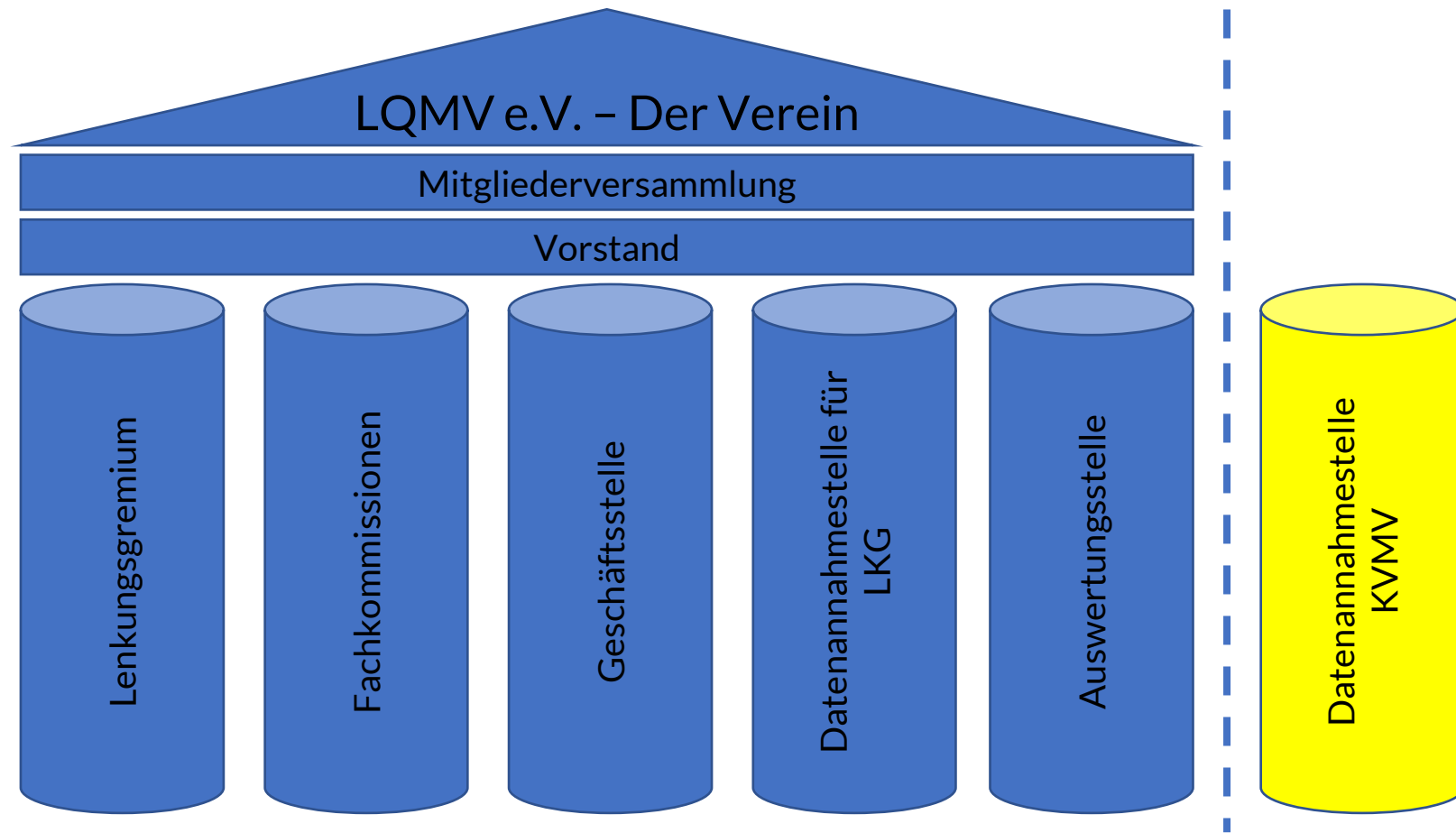
Vertragspartner: LKG, KV, KZV und Krankenkassen

- Wesentlicher Inhalt:
 - Gründung einer Landesarbeitsgemeinschaft
 - Übertragung der Strukturen und Aufgaben an die **Landesarbeitsgemeinschaft für medizinische Qualitätssicherung in M-V e.V. (kurz LQMV)**

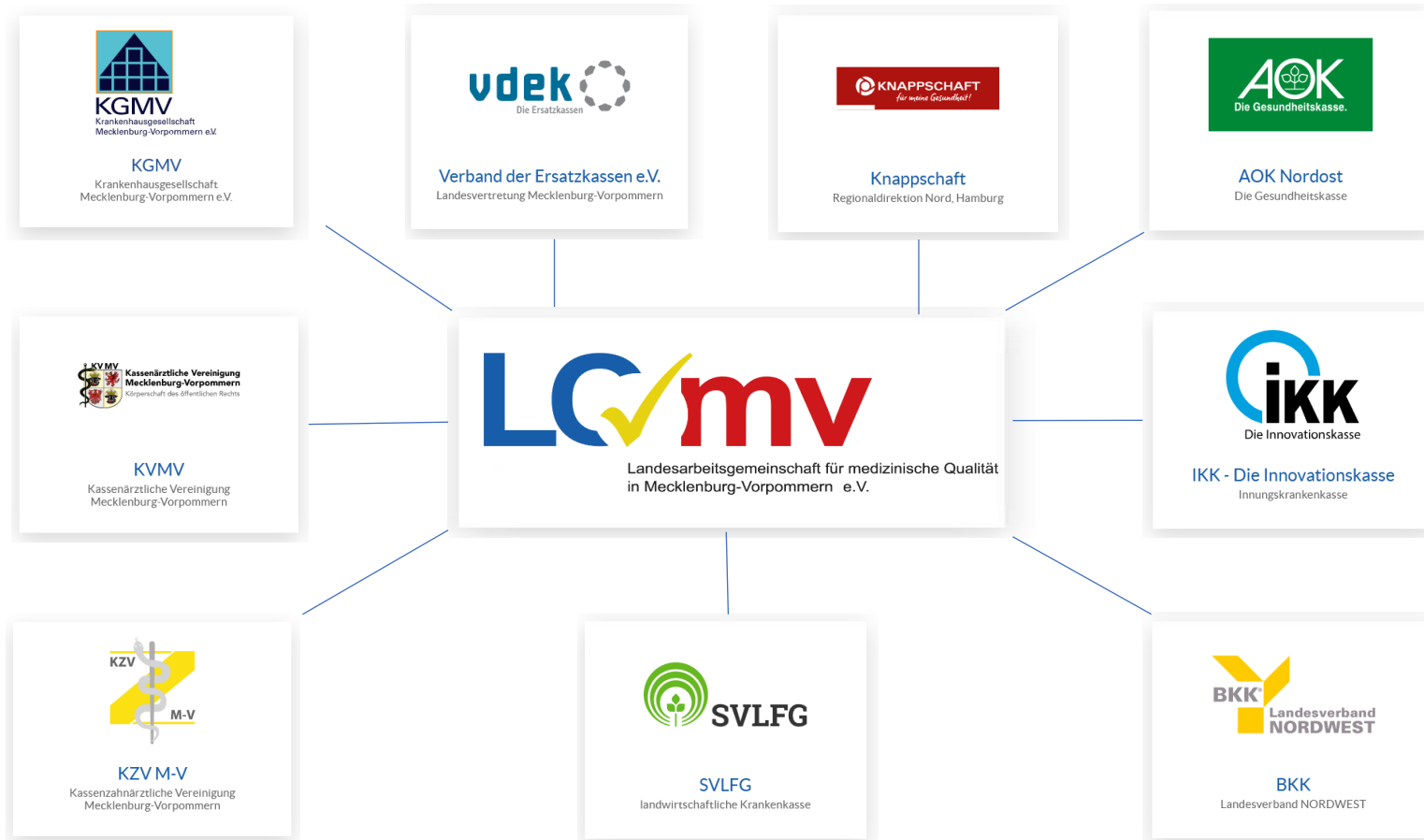
VERTRAG	
zwischen	
Kassenärztlicher Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV)	
Kassenzahnärztlicher Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KZV M-V)	
Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. (KGMV)	
und	
AOK Nordost - Die Gesundheitskasse	
BKK - Landesverband NORDWEST	
IKK - Die Innovationskasse	
KNAPPSCHAFT	
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	
als Landwirtschaftliche Krankenkasse	
und	
den Ersatzkassen	
- Techniker Krankenkasse (TK)	
- BARMER	
- DAK-Gesundheit	
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH	
- Handelskrankenkasse (hkk)	
- HEK - Hanseatische Krankenkasse	
gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:	
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),	
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Meck-	
lenburg-Vorpommern	
(nachfolgend Krankenkassen genannt)	
unter Beteiligung der	
Landesarbeitsgemeinschaft für medizinische Qualität in Mecklenburg-Vorpommern e.V.	
(LQMV)	
über	
die Umsetzung der Qualitätssicherung in Mecklenburg-Vorpommern	
gemäß Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	
nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V	

Inhaltsverzeichnis	
Präambel.....	3
§ 1 Ziele des Vertrages.....	3
§ 2 Geltungsbereich des Vertrages.....	3
§ 3 Landesarbeitsgemeinschaft.....	4
§ 4 Lenkungsremium.....	4
§ 5 Geschäftsstelle.....	5
§ 6 Fachkommissionen.....	5
§ 7 Datenlieferung und Datenannahmestellen.....	6
§ 8 Datenauswertung.....	6
§ 9 Durchführung von qualitätsverbessernden Maßnahmen und Berichterstattung.....	7
§ 10 Informationsaufgaben für die LAG.....	7
§ 11 Finanzierung der LAG und der LQMV.....	7
§ 12 Datenschutz und Schweigepflicht.....	7
§ 13 Salvatorische Klausel.....	7
§ 14 Inkrafttreten und Kündigung.....	8
Anlagen.....	9

Seite 2 von 10



Mitglieder



Personen





Startseite // Richtlinien // Qualitätssicherung

Richtlinien Qualitätssicherung

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

Auswahl nach Aufgabenbereich

Qualitätssicherung

30 Ergebnisse

Richtlinien

Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene

Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma

Qualitätssicherungsvereinbarung Positronenemissionstomographie beim NSCLC

Qualitätssicherungsvereinbarung Protonentherapie beim Rektumkarzinom

Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser

Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus

Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V

Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (nicht mehr in Kraft)

Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen

Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren

Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung

Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses
über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von
Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2
SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13
SGB V

(Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-
RL)

Sicherung der Struktur-,
Prozess- und Ergebnisqualität
der Versorgung von Früh- und
Reifgeborenen

insbesondere für

- Perinatalzentrum Level 1,
- Perinatalzentrum Level 2,
- Perinataler Schwerpunkt

Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses
Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

plan. QI-RL

Qualitätsindikatoren
als Grundlage für
Entscheidungen der für die
Krankenhausplanung
zuständigen Landesbehörden

aktuell für

- operative Gynäkologie
- Geburtshilfe
- Mammachirurgie

DeQS-RL

Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden
Qualitätssicherung

Verfahrensbeteiligte

Bundesebene

- G-BA Gemeinsamer Bundesausschuss
- Auswertungsstelle (IQTIG - Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, Berlin)
- Vertrauensstelle (Nortal AG, Potsdam)
- Versendestelle Patientenbefragung (data experts gmbh, Neubrandenburg)

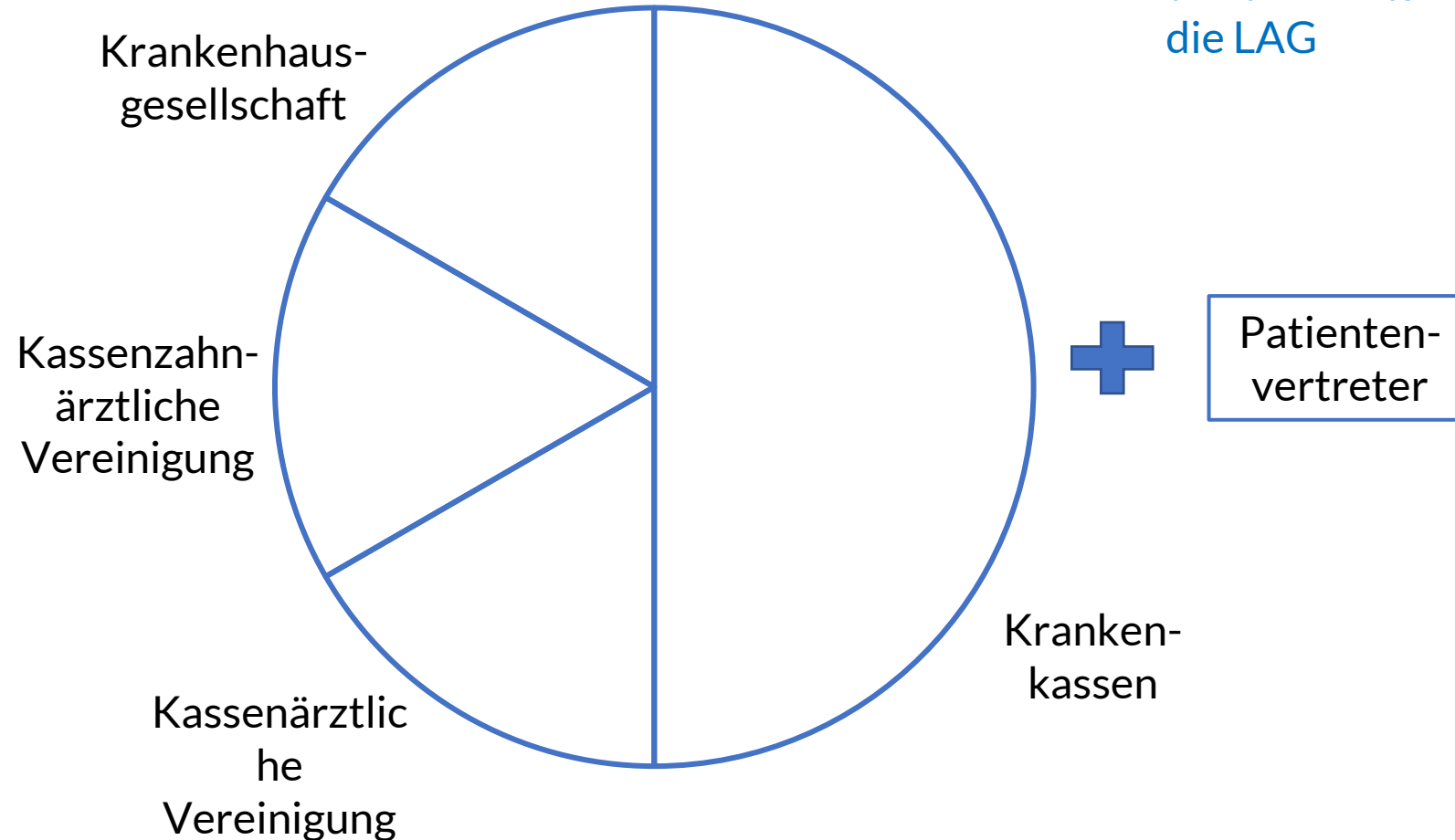
Landesebene

- LAG - Landesarbeitsgemeinschaft (LKG, KV, KZV, Krankenkassen und Patientenvertreter)

Ebene Leistungserbringer

- Krankenhäuser, Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Psychotherapeuten

Lenkungs-gremium



- verantwortlich für die ordnungsgemäße Umsetzung gegenüber dem G-BA
- trifft die Entscheidungen für die LAG

DeQS-Verfahren

bundesbezogen
Betreuung durch
IQTIG

- 1 – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)
- 2 – Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)
- 3 – Cholezystektomie (QS CHE)
- 4 – Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (Dialyse) einschließlich
Pankreastransplantationen (QS NET)
- 5 – Transplantationsmedizin (QS TX)
- 6 – Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)
- 7 – Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)
- 8 – Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)
- 9 – Mammachirurgie (QS MC)
- 10 – Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)
- 11 – Dekubitusprophylaxe (QS DEK)
- 12 – Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)
- 13 – Perinatalmedizin (QS PM)
- 14 – Hüftgelenkversorgung (QS HGV)
- 15 – Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

Fachkommissionen auf Landesebene

DeQS-RL

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. Kardiologie (PCI) | 7. Gefäßchirurgie (KAROTIS) |
| 2. Kardiologie (HSMDEF) | 8. Orthopädie (HGV, KEP) |
| 3. Perinatalmedizin (PM) | 9. Kardiologie (PCI) |
| 4. Gynäkologie (GYN-OP)/
Mammachirurgie (MC) | 10. Hygiene (WI) |
| 5. Pneumologie (CAP) | 11. Chirurgie (CHE) |
| 6. Pflege (DEK) | 12. Dialyse (DIAL) |

Besetzung mit Vertreter*Innen der Krankenkassen (i.d.R. MD), Krankenhäuser, Arztpraxen und mit Patientenvertreter*Innen

Dokumentation

- bundeseinheitliche Spezifikation vom IQTIG
www.iqtig.org/datenerfassung/spezifikationen

- Anwenderinformationen, z.B.
 - Dokumentationsbögen
 - Ausfüllhinweise
 - Technische Dokumentationen
 - QS-Filter und Sollstatistik
 - etc.

MUSTER - Nicht zur Dokumentation verwenden

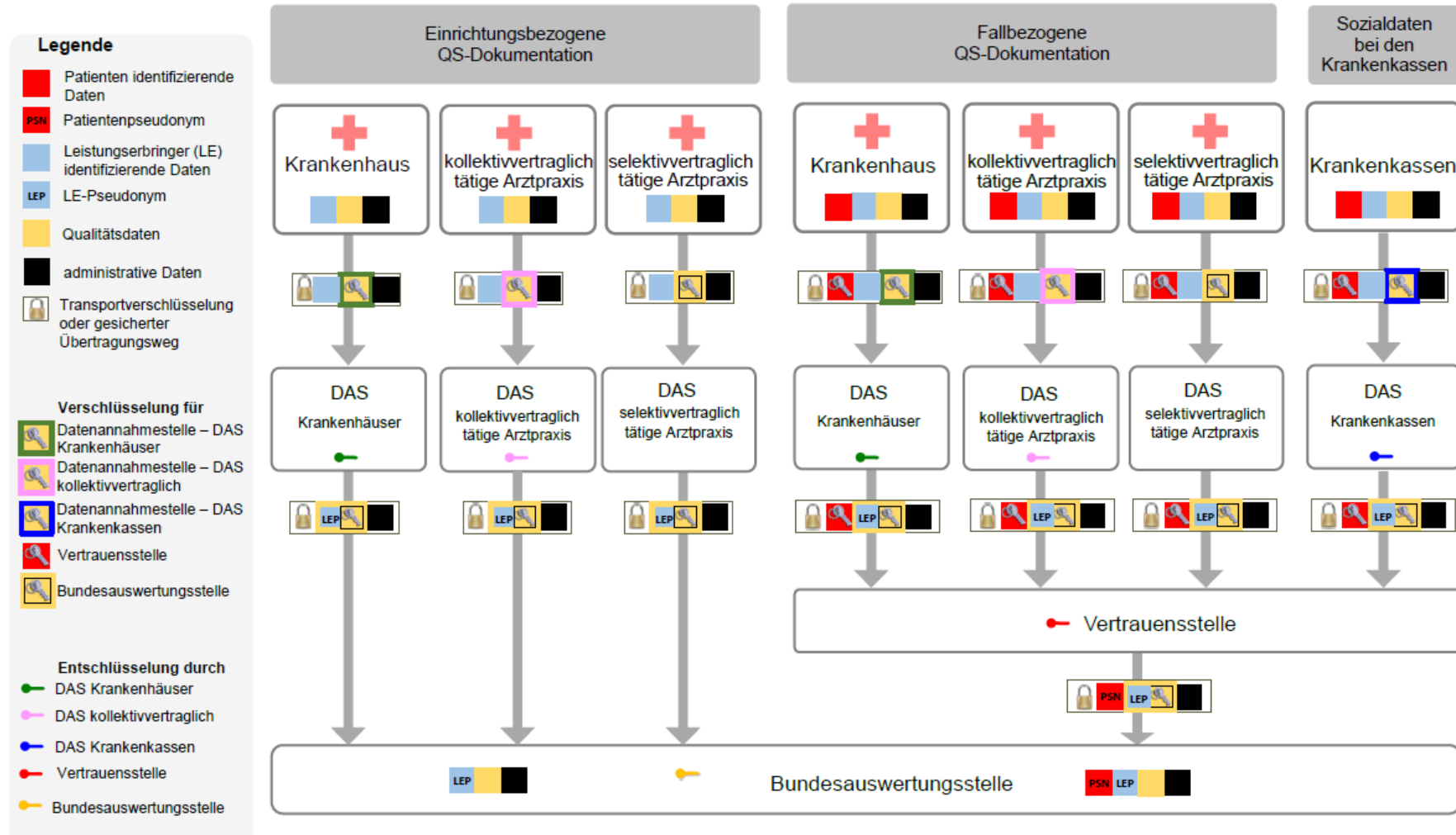
IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Datensatz Ambulant erworbene Pneumonie
PNEU (Spezifikation 2022 V05)

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1-9 Basisdokumentation	
1	Institutionskennzeichen □□□□□□□□
2	entlassender Standort □□□□□□□□
3	aufnehmender Standort □□□□□□□□
4	Betriebsstätten-Nummer □□□□□□□□
11	Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung 0 = nein 1 = ja
12	chronische Bettlägerigkeit Patient kann unabhängig von der akuten Erkrankung bereits vor der Krankenhausaufnahme nicht mehr - auch nicht mit Hilfe - aufstehen 0 = nein 1 = ja
17*	Blutdruck diastolisch Erste Messung bei Aufnahme □□□ mmHg
18	Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie 0 = weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie 1 = innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme 2 = 4 bis unter 8 Stunden 3 = 8 Stunden und später
wenn Feld 18 IN (1;2;3)	
19*	erste Sauerstoffsättigung

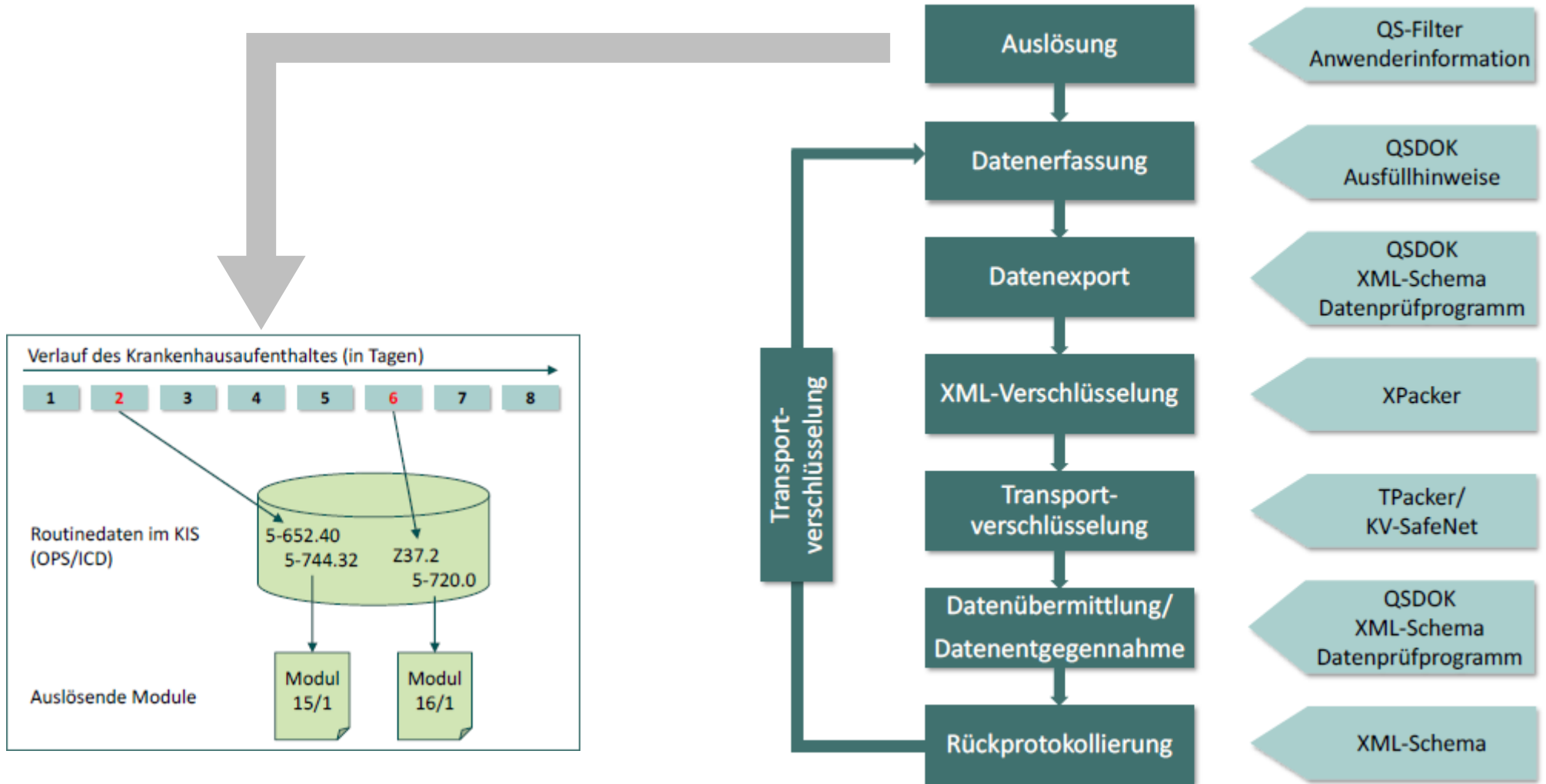
- wird mindestens 1mal pro Jahr aktualisiert
- Aktualität muss durch Softwareanbieter sichergestellt werden

Datenflussmodell gemäß Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)



Quelle: G-BA, Stand 05.06.2019

Prozess der fallbezogenen QS-Dokumentation



Datenexport der Krankenhäuser

- fortlaufend unter Beachtung der Fristen
- Datenversand per E-Mail an: das@lqmv.de
- Registrierung erforderlich
 - je Krankenhaus (Institutskennzeichen)
 - je QS-Software
 - über Formular „Registrierung für Datenübermittlung“
<https://lqmv.de/datenservice/download/>
- Vergabe einer Registriernummer; z.B. MV0092
 - ohne Registrierung wird Export abgewiesen

LCmv
Landesarbeitsgemeinschaft für medizinische Qualität
in Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Rückmeldung
per E-Mail: info@lqmv.de
oder Fax: 0385 5923 9902

**Formular zur Registrierung
der Krankenhäuser für die Datenübermittlung im Rahmen der Qualitätssicherung**

Voraussetzung für die Datenübermittlung der Krankenhäuser im Rahmen der Qualitätssicherung ist die Registrierung der eingesetzten Dokumentationssoftware bei der Datenabnahme in LCmv e.V. Die Registrierung umfasst die sichere Übertragung von Daten per E-Mail und stellt sicher, dass Vorgangsnummern in Verbindung mit der Registriernummer eindeutig sind. Die Krankenhäuser erhalten von der Datenabnahme eine Registrierungsnummer und einen Verschlüsselungskode, der bei der Erzeugung der Archive verwendet werden muss. Beim Wechsel des Dokumentationsystems eines Krankenhauses ist zu beachten, dass eine neue Registrierungsnummer zu beantragen ist.

Krankenhaus	
Name	
Zusatz	
Institutskennzeichen (IK)	Standort-Nr. (Stellig)
Register-Nr. (bisher)	
Straße	
PLZ	Ort
Telefon	Fax
E-Mail	
Ansprechpartner	
Anrede	Titel
Nachname	Vorname
Abteilung	
Zusatz	
Funktion	
Straße	
PLZ	Ort
Telefon	Fax
E-Mail	
E-Mail für Rückprotokollierung	
Anmeldung zum Newsletter	
EDV	
Software	
Softwarehersteller	
Anwendungsbereich	

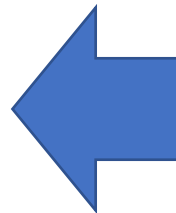
Bestätigt:

(Datum, Stempel, Unterschrift der Krankenhausleitung)

Sollstatistik und Konformitätserklärung

- einmal jährlich
- je Krankenhausstandortnummer
 - elektronisch und
 - in Papierform (Konformitätserklärung)

Budgetverhandlung



Meldung zur methodischen Sollstatistik in der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §§ 136ff. SGB V

Aufstellung der Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) gemäß § 15 Abs. 2 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL).

Zur Vorlage bei den Budgetverhandlungen.

Krankenhaus:	
Erfassungsjahr:	2022
Erstellungsdatum:	
Institutskennzeichen:	
Entlassender Standort:	
QS-Filter-Software / Version:	
Verantwortlicher:	
Freigabedatum:	
Gesamtzahl geprüfter Krankenhausfälle (Erfassungsjahr):	
Gesamtzahl geprüfter Krankenhausfälle (Vorjahr):	
Auf Bundesebene nicht dokumentationspflichtige Fälle:	
Anzahl Fälle Risikostatistik (Patienten ab 20 Jahren):	
Auf Bundesebene verpflichtend zu dokumentierende Datensätze (B):	
Auf Landesebene verpflichtend zu dokumentierende Datensätze (L):	

Meldung zur methodischen Sollstatistik in der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §§ 136ff. SGB V

Aufstellung der Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) gemäß § 15 Abs. 2 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL).

Zur Mitteilung an die zuständige Datenannahmestelle nach § 9 der DeQS-RL.

Krankenhaus:	
Erfassungsjahr:	2022
Erstellungsdatum:	
Institutskennzeichen:	
Entlassender Standort:	
QS-Filter-Software / Version:	
Verantwortlicher:	
Freigabedatum:	
Gesamtzahl geprüfter Krankenhausfälle (Erfassungsjahr):	
Gesamtzahl geprüfter Krankenhausfälle (Vorjahr):	
Auf Bundesebene nicht dokumentationspflichtige Fälle:	
Anzahl Fälle Risikostatistik (Patienten ab 20 Jahren):	
Auf Bundesebene verpflichtend zu dokumentierende Datensätze (B):	
Auf Landesebene verpflichtend zu dokumentierende Datensätze (L):	



Versand per E-Mail
an:
das@lqmv.de

SOLL Exportformat

Verschlüsselung:

SOLL_2022_<IKNRKH>_<STANDORTID>_MV_DEQS.zip.gpg

4

ZIP-Archiv:

SOLL_2022_<IKNRKH>_<STANDORTID>_DEQS.zip

3

1

SOLLBASIS_DEQS_2022.TXT

2

SOLLMODUL_DEQS_2022.TXT



Dateiversand per E-Mail an: das@lqmv.de

Risikostatistik

- einmal jährlich
- je Krankenhausstandortnummer
- elektronisch
- fallbezogen, d.h. für jeden Fall wird eine Zeile in der Risikostatistik erstellt

Beispiele:

Das folgende Beispiel zeigt die Exportdatei RISIKOBASIS_2021.txt.

```
IKNRKH;standortID;RSJAHR;KH_NAME;DOKABSCHLDAT;VERSION;RS_SW_PROD
UKT;RS_SW_VERSION;RS_SW_HERSTELLER;KH_VERANTWORTLICHER;FÄELLE_GE
PRUEFT<CR><LF>
123456789;771234;2021;Krankenhaus XY;01.02.2022;2021 V01;RS
TEST;01;Firma xy;Hans Meier;7912<CR><LF>
```

Dieses Beispiel zeigt einen Auszug der Exportdatei RISIKOSTATISTIK_2021.txt. Ab dem Erfassungsjahr 2019 existiert jeweils eine Zeile pro Fall.

```
standortID;AUFNFACHABT;LFDNR;MONATAUFN;DEK2;DEK3;DEK4;DEKnb;PATALTER;DIABETES
;DAUBEAT;MOBILITAET;INFEKTION;DEMENZ;INKONTINENZ;UNTERGEWICHT;ADIPOSITAS;SONST
ERKRANKUNG<CR><LF>
```

```
771234;1500;1;01.2021;1;0;0;0;76;1;0;1;1;1;1;0;1<CR><LF>
771234;1500;2;02.2021;1;0;0;0;65;0;0;0;0;0;1;1;0;0<CR><LF>
771234;1500;3;03.2021;0;1;0;0;50;0;0;0;1;1;1;1;1;1<CR><LF>
771234;1500;4;04.2021;0;0;1;0;61;1;0;1;1;1;1;1;1;1;1<CR><LF>
```

Exportformat

Verschlüsselung:

RS_2022_<IKNRKH>_<standortID>_MV.zip.gpg

4

ZIP-Archiv:

RS_2022_<IKNRKH>_<standortID>.zip

3

1

RISIKOBASIS_2022.TXT

2

RISIKOSTATISTIK_2022.TXT



Dateiversand per E-Mail an: das@lqmv.de

Datenlieferfristen

Abgabe	Fristen gemäß Richtlinie
Sollstatistik und Konformitätserklärung	15. März
Risikostatistik	15. März
Fallbezogene Dokumentation: QS-Verfahren gemäß DeQS-RL/ plan. QI-RL	15. Mai (QI), 15. August (QII), 15. November (QIII) und 28. Februar (QI - QIV) Korrekturfrist bis 15. März
Einrichtungsbezogene Dokumentation: <ul style="list-style-type: none">• Modul NWIEA_LKG• Modul NWIES_LKG	01. Januar bis 28. Februar

Dokumentationsrate (Soll/Ist-Abgleich)

- bis zum 30. April zur Vorlage bei der Budgetverhandlung
- Folgen fehlender Dokumentation der Datensätze:

Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2022 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.



Landesarbeitsgemeinschaft für medizinische Qualität
in Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Dokumentierte Leistungen Bescheinigung für das Erfassungsjahr 2020

(gemäß § 15 Abs. 2 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden
Qualitätssicherung (DeQS-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses)

Stand 30.3.2021

Modul	QS-Verfahren	Aufnahme jahr	Soll-Fälle (gesamt)	Ist-Fälle (gesamt) ¹	Dokumentations- rate ² (in %)
HCH	Herzchirurgie (Koronar- und Aortenklappenchirurgie)	2020	0	0	0,0
HTXM	Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme / Kunstherzen	2020	0	0	0,0
LLS	Leberlebenspende	2020	0	0	0,0
LTX	Lebertransplantation	2020	0	0	0,0
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	2020	0	0	0,0
NLS	Nierenlebenspende	2020	0	0	0,0
PNTX	Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation	2020	0	0	0,0
PCI_LKG	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI)	2019	4	4	100,0
		2020	968	968	
NWIF	Nosokomiale, postoperative Wundinfektion (NWIF)	2019	9	9	100,0
		2020	515	515	
CHE_LKG	Cholezystektomie	2019	1	1	100,0
		2020	321	321	
DIAL_LKG	Dialyse	2020	0	0	0,0

Modul	Zählleistungsbereich	Aufnahme jahr	Soll- Fälle (gesamt)	Ist-Fälle (gesamt) ¹	Dokumentations- rate ² (in %)
HCH_AORT_KATH_ENDO	Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation	2020	0	0	0,0
HCH_AORT_KATH_TRAPI	Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation	2020	0	0	0,0
HTXM_TX	Herztransplantation	2020	0	0	0,0
HTXM_MKU	Herzunterstützungssysteme / Kunstherzen	2020	0	0	0,0

Gemäß § 15 Abs. 2 der oben genannten Richtlinie ist die Einrichtung fristgerecht ihren Berichtspflichten (Sollstatistik) sowie ihrer Pflicht zur Abgabe einer Konformitätserklärung nachgekommen.

¹ Nur plausibel dokumentierte Fälle mit Entlassungsdatum (stationär) zwischen 01.01. und 31.12.2020, bei denen das Aufnahmedatum im Kalenderjahr 2019 oder 2020 lag. Bei PCI_LKG sind ambulante Fälle mit Behandlungsdatum im Jahr 2018 eingeschlossen. Die Minimaldatensätze sind in die jeweiligen Module eingerechnet.

² Bei einer Überdokumentation ist die Dokumentationsrate > 100% (Ist-Zahl > Soll-Zahl). Die Dokumentationsrate bezieht sich auf alle dokumentierten Fälle des Leistungsbereiches.



Landesarbeitsgemeinschaft für medizinische Qualität
in Mecklenburg-Vorpommern e.V.

18.01.2023

Thomas Frahm

Auswertungen

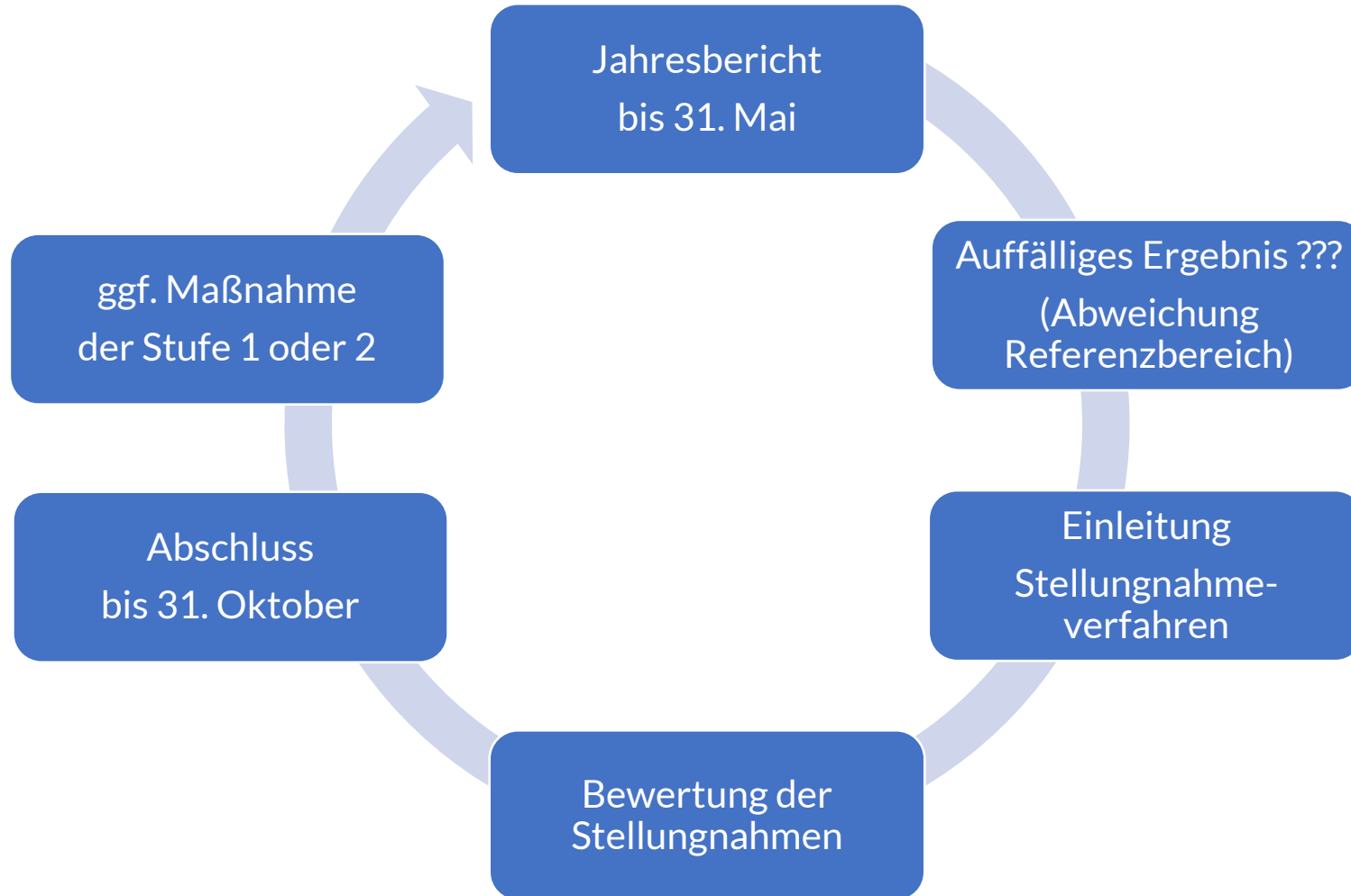
- jährlich
 - zusätzlich Quartalsberichte
- je Standort und QS-Verfahren
- erstellt vom IQTIG
- Inhalte
 - Datengrundlagen
 - Ergebnisse Indikatoren/ Kennzahlen/
Auffälligkeitskriterien
 - Basisauswertung



Fristen für Auswertungen/Berichte

Ausgabe	Fristen gemäß Richtlinie
Quartal 1	15. Juni
Quartal 1-2	15. September
Quartal 1-3	15. Dezember
Quartal 1-4 / Jahresauswertung	31. Mai

Verfahrensablauf



Hinweise zur Stellungnahme

Fragenkatalog beachten!



Landesärztekammer für medizinische Qualität in Mecklenburg-Vorpommern e.V.
 Universitätsmedizin Greifswald
 Standort Universitätsmedizin Greifswald
 Krankenhausleitung
 Fleischmannstraße 8
 17475 Greifswald

LGmv e.V.
 Zum Bahnhof 5
 18055 Schwane
 Tel.: 0385 5023 6097
 Fax: 0385 5023 6092
 E-Mail: info@lgmv.de
 Internet: www.lgmv.de
 VR 30041, AG Schwane
 Vorstand:
 Steffen Althaus
 Uwe Borchmann
 Beisitzende:
 APO-Bianca Schwane
 SIC 02442000010
 IBAN 02442000010000009960
 BIC 0244200001
 Fachkommission
 Orthopädie-Unfallchirurgie
 Ansprechpartner:
 Thomas Frahm Sandra Schulz
 Datum: 14.7.2022

Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung gemäß DeQS-RL
 Ergebnisse der Jahresauswertung 2021 - Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)

Anfrage im Auftrag der Fachkommission Orthopädie-Unfallchirurgie

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Fachkommission Orthopädie-Unfallchirurgie - zuständig für die inhaltliche Betreuung des Qualitätssicherungsverfahrens im Land - hat über die Ergebnisse der ihr in anonymier Form vorliegenden rechnerischen Jahresauswertung 2021 für das QS-Verfahren HGV-HEP beraten und dabei rechnerisch auffällige Ergebnisse identifiziert.

Rechnerische Auffälligkeiten im Modul HGV-HEP

Indikator	Bezeichnung	Grund der Anfrage
54003	Präoperative Verweildauer	Das Ergebnis 24,72 % liegt außerhalb des Referenzbereichs von <= 15.

Seite 1 von 3

Anlage 1 Fragestellung (indikatorbezogen)

Indikator	Bezeichnung	Fragestellung
54003	Präoperative Verweildauer	Bitte beantworten Sie den beiliegenden Fragenbogen!

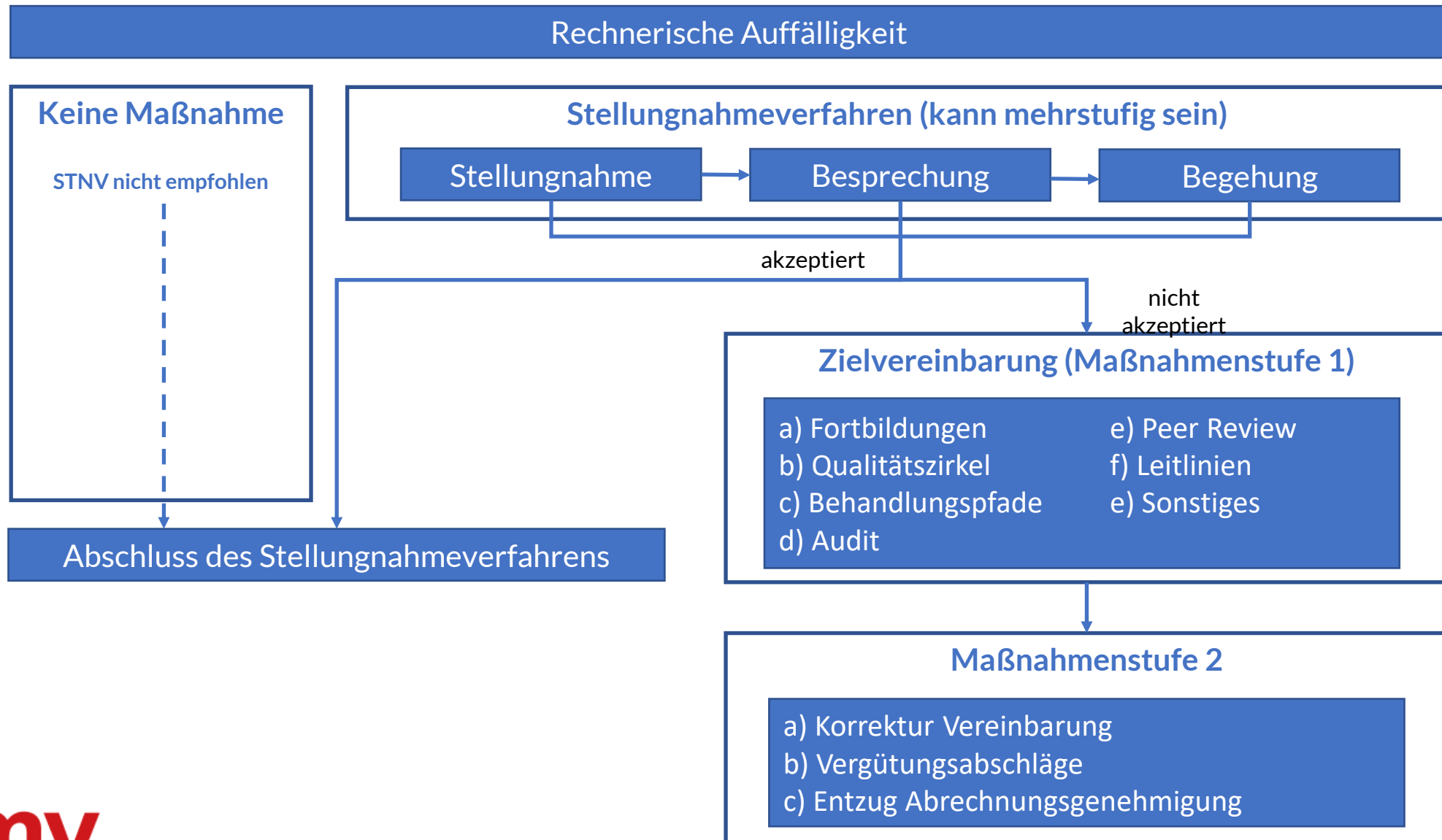
Einzelfallanalyse wegen Überschreitung der präoperativen Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur (HEP – 54003)

Institutionskennzeichen: _____ Aufnahme- und Aufnahmezeit: _____
 Vorgangsnummer/Patient: _____ Zeitpunkt der Diagnosestellung (Datum & Uhrzeit): _____
 Geburtsjahr + Geschlecht des Pat. (z.B. 1951-F / 1024-M) OP-Datum & -Uhrzeit (OP-Beginn): _____

	Die Zufriedenheit des Patienten
1 Die erste Anamnese ohne Bildgebung des Hüftgelenks lieferte keinen Frakturhinweis.	
2 Die erste bildgebende Diagnostik des Hüftgelenks lieferte keinen Frakturhinweis. <i>Falls in 2. Zeile zur Auswahl:</i>	
2.1 Röntgenbildgebung	
2.2 Computertomographische Bildgebung	
2.3 Magnetresonanztomographische Bildgebung	
2.4 Sonstige	
3 Die bildgebende Diagnostik des Hüftgelenks konnte erst verzögert durchgeführt werden.	
4 Aufgrund eines älteren Frakturgeschehens wurde kein Bedarf zur akuten Versorgung der Femurfraktur gesehen.	
5 Es wurde zunächst ein konservativer Behandlungsansatz gewählt.	
6 Es handelte sich um eine Inhouse-Fraktur. Der Patient bzw. die Patientin wurde der operierenden Abteilung verzögert vorgestellt.	
7 Der Patient bzw. die Patientin wurde daher zunächst in einer anderen Fachabteilung des Hauses behandelt und der operierenden Abteilung verzögert vorgestellt.	
8 Es handelte sich um eine ambulante Fraktur. Präoperativ war eine - nicht die Fraktur betref-fende - Diagnostik und/oder Therapie notwendig, die den Operationsbeginn verzögerte. <i>Falls in 8. Zeile zur Auswahl:</i>	
8.1 <i>Verzögernde Grunderkrankungen</i> Listen Sie bitte ausschließlich die für die Verzögerung relevanten ICD-Kodes auf (gemäß DIMDI 2019).	
8.2 <i>Verzögernde Diagnostik oder Therapie</i> Listen Sie bitte ausschließlich die für die Verzögerung relevanten OPS-Kodes auf (gemäß DIMDI 2019).	
9 Aufgrund der vermuteten Einnahme einer gerinnungshemmenden Medikation wurde von einem zeitnahen Operationsbeginn abgesehen.	
10 Aufgrund der anamnestisch gesicherten Einnahme einer gerinnungshemmenden Medikation wurde von einem zeitnahen Operationsbeginn abgesehen. <i>Falls in 10. Zeile zur Auswahl:</i>	
10.1 Einnahme von Vitamin-K-Antagonisten (z. B. Phenprocoumon oder Warfarin)	



Maßnahmen im Stellungnahmeverfahren gemäß DeQS-RL



Bewertungsschema (gemäß Spezifikation für QSEB)

Bewertung Qualitätsindikatoren (QI)

Bewertung	Kode	Begründung
qualitativ unauffällig	U61	besondere klinische Situation, im Kommentar zu erläutern
	U62	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
	U63	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität, vereinzelt Dokumentationsprobleme
	U99	sonstiges
qualitativ auffällig	A71	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel
	A72	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
	A99	Sonstiges
Sonstiges	S80	unvollständige oder falsche Dokumentation
	S81	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
	S92	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
	S99	Sonstiges

Korrektur
0 es sind keine Korrekturmaßnahmen notwendig
1 es sind noch keine Maßnahmen zur Behebung der Auffälligkeit bekannt
2 es wurde mit Maßnahmen zur Behebung des Problems begonnen
3 Das Problem wurde bereits nachweisbar behoben
9 sonstige Kategorie (im Kommentar erläutert)

Bewertung Auffälligkeitskriterien (AK)

Bewertung	Kode	Begründung
qualitativ unauffällig	U60	Korrekte Dokumentation wird bestätigt
	U99	sonstiges
qualitativ auffällig	A70	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt
	A72	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
	A99	Sonstiges
Sonstiges	S92	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
	S99	Sonstiges

Empfehlung
• Abschluss Stellungnahmeverfahren
• Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien
• Teilnahme am Qualitätszirkel
• Implementierung von Behandlungspfaden
• Durchführung von Audits
• Durchführung von Peer Reviews
• Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien
• „sonstige Maßnahmen“ (im Kommentarfeld erläutert)

QS-Maßnahmen

Stufe 1

Abschluss einer Vereinbarung
über z.B.

- Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien,
- Teilnahme am Qualitätszirkel,
- Implementierung von Behandlungspfaden,
- Durchführung von Audits,
- Durchführung von Peer Reviews,
- Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien

Stufe 2

- Korrektur der Vereinbarung
- Empfehlung von Vergütungs-abschlägen oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit der jeweiligen Leistung

zuständige Stellen:

- Für Vertragsärzte → KV
- Für Krankenhaus → Entgeltverhandlung

bei

- schwerwiegenden einzelnen Missständen
- Nichtabschluss bzw. Nichterfüllung der Vereinbarung!

Qb-R

Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser

Qualitätsbericht

- Erstellung einmal jährlich
- verpflichtend für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser
- Information, Orientierungs- und Entscheidungshilfe für
 - Patienten
 - Ärzte
 - Krankenkassen
- Bericht ist jährlich verpflichtend durch die Krankenkassen zu veröffentlichen

Qualitätsberichte in Kliniksuchmaschinen

www.aok.de/krankenhaussuche im Gesundheitsnavigator der AOK

www.bkk-klinikfinder.de der Betriebskrankenkassen

www.vdek-kliniklotse.de des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek)

www.barmer-kliniksuche.de der BARMER

klinikfuehrer.tk.de/ der Techniker Krankenkasse

www.dak-klinikfinder.de der DAK-Gesundheit

weisse-liste.krankenhaus.kkh.de/ der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH

klinikfinder.hek.de HEK - Hanseatischen Krankenkasse

www.hkk-krankenhauslotse.de der hkk

www.weisse-liste.de der Bertelsmann Stiftung in Kooperation mit Patientenorganisationen

www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Landeskrankenhausgesellschaften

Inhalt Qualitätsbericht

Teil A

Struktur- und
Leistungsdaten
je Standort

Teil B

Struktur- und
Leistungsdaten
je Organisations-
einheiten/
Fachabteilungen

Teil C

Teil C1
Ergebnisdaten
DeQS-RL

Teil C2 bis C8
weitere
Qualitätsdaten

Inhalte, Umfang und Datenformat

<https://www.g-ba.de/richtlinien/39/>



 **Gemeinsamer Bundesausschuss**

Über den G-BA Themen > Ri

Startseite // Richtlinien // Qualitätssicherung // Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser

Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser

Regelungen gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser – Qb-R

Die Regelungen legen das Verfahren für die Erstellung, Übermittlung und Veröffentlichung sowie den Inhalt, Umfang und das Datenformat des jährlich zu veröffentlichen strukturierten Qualitätsberichts fest. Die Regelungen verpflichten jedes nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus, einen Qualitätsbericht zu erstellen und zu übermitteln.

 **Dokument zum Download**
(pdf 10,83 MB)

Anlagen

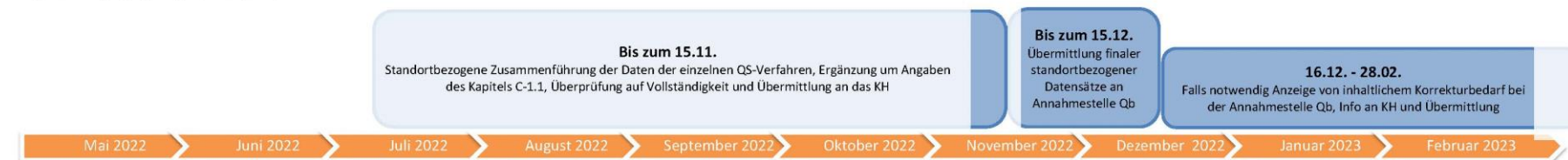
- Serviceangebote für Berichtersteller
 - >> Servicedateien für die Berichtersteller
 - >> Portal zur Plausibilisierungsprüfung der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser
 - >> Annahmestelle Qb

Zeitstrahl: Anmeldung, Übermittlung und Veröffentlichung des Qualitätsberichts 2021 gemäß Qb-R

Qb = Qualitätsbericht der Krankenhäuser gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V; QS-Stellen = die mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach den jeweiligen Richtlinien des G-BA beauftragten Stellen;
DeQS-DAS = die jeweilige Datenannahmestelle nach Teil 1 § 9 Abs. 1 DeQS-RL

Krankenhaus (nach § 108 SGB V zugelassen)**QS-Stellen****DeQS-Datenannahmestellen***

*Es gelten Übergangsregelungen gemäß § 16 Qb-R.

**Annahmestelle Qb****Veröffentlichende Stellen (G-BA und Krankenkassen)**

Hinweis zu diesem Servicedokument: Sollten Angaben im Widerspruch zu den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) stehen, so gelten die Qb-R.

Bis zum 31.01.
Veröffentlichung Qb

Unverzügliche Aktualisierung der Veröffentlichung bei Berichtigungen

Teil C1 Ergebnisdaten DeQS-RL

- Inhalt:
 - Dokumentationsrate (Soll/Ist-Abgleich)
 - Bewertungen der veröffentlichungspflichtigen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen
- Datenlieferung Teil C1 an [Annahmestelle Qb](#) durch LQMV
- Freigabe durch Krankenhäuser im Zeitraum 16.- 30.11.
 - Fehlerprüfung
 - Kommentierung
 - Rückmeldung an LQMV

Freigabe Dokumentationsraten (Teil C-1.1 Qualitätsbericht)



Anleitung: Recherchen --> Dokurate

Freigabe der Dokumentationsraten für den Qualitätsbericht

Stand November 2021

Gemäß den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser sind die Dokumentationsraten (Teil C-1.1) durch die mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen an die Annahmestelle Qb zu übermitteln. Auf Landesebene erfolgt die Übermittlung durch die Landesarbeitsgemeinschaft für medizinische Qualität in Mecklenburg-Vorpommern (LQMV) e.V. Zuvor haben die Krankenhäuser die Möglichkeit, die Dokumentationsraten je Leistungsbereich zu prüfen und zu kommentieren.

Für die Prüfung und Kommentierung gehen Sie wie folgt vor:

1. Wenn Sie die Dokumentationsrate eines Leistungsbereiches kommentieren wollen, klicken Sie auf den Button „Bearbeiten“ (Bleistift) des jeweiligen Leistungsbereiches
2. Im Feld „Kommentar der ME“ können Sie einen Kommentar zur Dokumentationsrate eingeben, der im Qualitätsbericht Ihrer Einrichtung erscheint.
3. Anschließend klicken Sie oben links auf „speichern“ und auf „zurück“
4. Um die Dokumentationsraten freizugeben, gibt es zwei Möglichkeiten:

Entweder Sie setzen den Status jedes einzelnen Moduls auf „beendet“ oder Sie klicken auf das grüne Häkchen in der Kopfzeile der Tabelle, sodass alle Leistungsbereiche markiert werden und klicken dann auf den orangefarbenen Button „beendet“. Damit ist die Freigabe zur Übermittlung der Daten erteilt. Die Dokumentationsrate ist dann nicht mehr für Sie bearbeitbar.

Bitte beachten Sie, dass für jeden Leistungsbereich eine Freigabe der Dokumentationsrate erteilt werden muss, damit die Daten an die Annahmestelle übermittelt werden können.

Freigabe Indikatoren (Teil C-1.2 Qualitätsbericht)

LQmv
Landesarbeitsgemeinschaft für medizinische Qualität
in Mecklenburg-Vorpommern e.V.

DOKUMENTE ▾ RECHERCHEN ▾ **HILFE ▾**

Aktueller Standort:
Bewertungen

ANLEITUNG
ICON-LEGENDE

Anleitung: Recherchen -> Bewertungen

Freigabe der Indikatoren für den Qualitätsbericht (Teil C 1.2)

Stand November 2021

Gemäß den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser sind die Daten für den Teil C-1.2 durch die mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen an die Annahmestelle Qb zu übermitteln. Auf Landesebene erfolgt die Übermittlung durch die Landesarbeitsgemeinschaft für medizinische Qualität in Mecklenburg-Vorpommern (LQMV) e.V. Zuvor haben die Krankenhäuser die Möglichkeit, die Daten für den Teil C-1.2 zu prüfen und zu kommentieren.

Für die Prüfung und Kommentierung gehen Sie wie folgt vor:

1. Wählen Sie im Filter das Jahr und den Status "Freigabe zur Kommentierung" (Indikatoren mit dem Status "Nichts" können nicht kommentiert oder freigegeben werden, da diese nicht im Qualitätsbericht veröffentlicht werden)
2. Sortieren Sie sich die rechnerisch auffälligen Indikatoren, in dem Sie in der Überschriftenzeile mehrmals auf "Auffälligkeit" klicken. Sobald dort eine 3 steht, handelt es sich um einen rechnerisch auffälligen Indikator.
3. Wenn Sie einen Indikator kommentieren wollen, klicken Sie auf den Button "Bearbeiten" (Bleistift rechts) des jeweiligen Indikators
4. In dem Bereich "Allgemein" können Sie im Feld "Kommentar zur Bewertung VOM Krankenhaus" einen Kommentar zur Bewertung eingeben, der im Qualitätsbericht Ihrer Einrichtung erscheint. Anschließend klicken Sie "Speichern". (Im Bereich "Bewertungsdaten" finden Sie die Einstufung der Fachkommission und ggf. einen internen Kommentar, der nicht im Qualitätsbericht erscheint.)
5. Um die Indikatoren freizugeben, gibt es zwei Möglichkeiten:

Entweder Sie setzen den Status jedes einzelnen Indikators auf „beendet“ oder Sie klicken auf das grüne Häkchen in der Überschriftenzeile der Tabelle, sodass alle Indikatoren markiert werden und klicken dann auf den orangefarbenen Button „beendet“. Damit ist die Freigabe zur Übermittlung der Daten für den Teil C 1.2 erteilt. Nach der Freigabe ist eine weitere Bearbeitung nicht mehr möglich.

Bitte beachten Sie, dass für jeden Indikator mit dem Status "Freigabe zur Kommentierung" eine Freigabe erteilt werden muss, damit die Daten an die Annahmestelle übermittelt werden können.

26.07.2022

In eigener Sache

Qualitätsmanagement-Portal

- www.qb-mv.de
 - zum Dokumentenaustausch
 - Auswertungen/Berichte
 - Stellungnahmeverfahren
 - Dokumentationsraten
 - Bewertungen
 - Qualitätsbericht Teil C-1
 - Registrierung erforderlich
 - über Formular „Registrierung Ansprechpartner QS im Krankenhaus“
- (<https://lqmv.de/datenservice/download/>)

PT.QS Anmeldung

Eine Entwicklung der
Porthun & Thiede
Softwareentwicklungs- & Schulungs GmbH
www.pt-systemhaus.de | info@pt-systemhaus.de | 0385 59 58 690

Login

Passwort

Anmelden

[Impressum](#) | [Datenschutz](#)

Homepage

LGmv
Landesarbeitsgemeinschaft für medizinische Qualität
in Mecklenburg-Vorpommern e.V.

AKTUELLES ▾ BERICHTE ▾ DATENSERVICE ▾ INFORMATIONEN ▾ QS-BEREICHE ÜBER UNS ▾ LOGIN

Landesarbeitsgemeinschaft für medizinische Qualität in Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Aktuelles

5. JANUAR 2022

plan. QI-RL: Anpassungen zu Erfassungsjahren 2021 und 2022

Der G-BA hat in seiner Sitzung am 16. Dezember 2021 Änderungen der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualität...

MEHR INFOS

28. DEZEMBER 2021

Sektorübergreifende Qualitätssicherung - Fristen, Sanktionen ...

Wir informieren Sie hiermit über Fristen, Sanktionen und Änderungen in der Qualitätssicherung gemäß § 136 Ab...

MEHR INFOS

20. DEZEMBER 2021

Veröffentlichung von Spezifikationen

Wir informieren Sie hiermit über die Veröffentlichung der folgenden Spezifikationen auf der Webseite des IQT...

MEHR INFOS

Newsletter

Bleiben Sie mit uns immer auf dem Laufenden:

Name

E-Mail

Ich habe die [Datenschutzbestimmungen](#) gelesen, verstanden und akzeptiert

ABONNIEREN

Bitte anmelden!

Service

Erinnerung an Datenlieferung

- unterjährig zum Ende des Erfassungsjahres
- Krankenhäuser ohne Daten
- Datenlieferung mit hoher Abweichung zum Vorjahr

Zwischenauswertung

- Berechnung von Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien
- zur Überprüfung der Dokumentationsqualität



Haben Sie noch Fragen?

Landesarbeitsgemeinschaft für
medizinische
Qualität in Mecklenburg-Vorpommern
(LQMV e.V.)

Zum Bahnhof 5
19055 Schwerin
Fon: 0385/5923 6097
Fax: 0385/5923 9902

info@lqmv.de

www.lqmv.de

