

ONLINE-SEMINAR STELLUNGNAHMEVERFAHREN

am 06. März 2024 | 10:00 – 11:30 Uhr

Referentinnen: Tanja Grath und Rebecca Moser



LAG BAYERN

Landesarbeitsgemeinschaft zur datengestützten,
einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung in Bayern

Gliederung

TOP 1	Stellungnahmeverfahren <ul style="list-style-type: none">a. Ziele und rechtliche Grundlagenb. Ablauf Stellungnahmeverfahrenc. Akteured. Ablauf Auswertungsjahr 2024
TOP 2	Stellungnahmen <ul style="list-style-type: none">a. Arten von Qualitätsindikatorenb. Stellungnahmen im QS-Portalc. Stellungnahmen Praxistipps
TOP 3	Bewertung und Ergebnisveröffentlichung

TOP 1 Stellungnahmeverfahren

- a. Ziele und rechtliche Grundlagen**
- b. Ablauf Stellungnahmeverfahren
- c. Akteure
- d. Ablauf Auswertungsjahr 2024

Ziele und rechtliche Grundlagen

Das Stellungnahmeverfahren dient dazu, valide und vergleichbare Erkenntnisse zur Versorgungsqualität einzelner Einrichtungen zu erhalten, diese Versorgungsqualität zu sichern und bei Bedarf zu verbessern.

Fokus dieses Vortrags

Rechtliche Grundlagen (unter anderem)

- Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung Richtlinie ([DeQS-RL](#))
- Landesvertrag über die Qualitätssicherung Schlaganfallversorgung ([Landesverfahren Schlaganfall](#))
- Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ([plan. QI-RL](#))

Ziele und rechtliche Grundlagen

bei qualitativer Auffälligkeit
Maßnahmen zur Verbesserung
der Versorgungsstruktur,
-prozesse oder -ergebnisse
erforderlich?

Analyse und Bewertung
von **rechnerisch**
auffälligen Ergebnissen

Bewertung als
qualitativ auffällig
oder unauffällig?



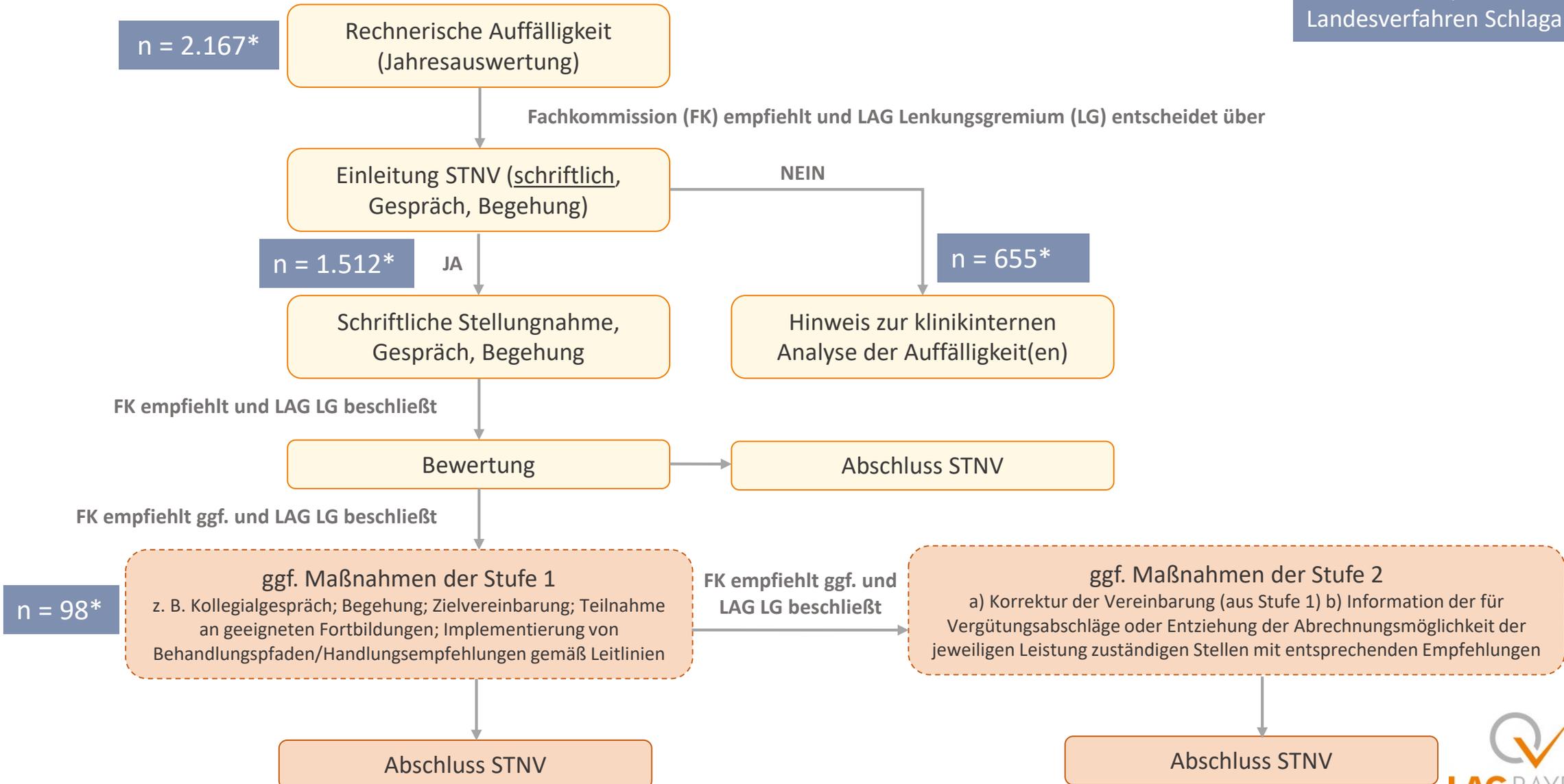
Rechnerische Auffälligkeit \neq
qualitative Auffälligkeit

TOP 1 Stellungnahmeverfahren

- a. Ziele und rechtliche Grundlagen
- b. Ablauf Stellungnahmeverfahren**
- c. Akteure
- d. Ablauf Auswertungsjahr 2024

Ablauf STNV (gemäß DeQS-RL, Teil 1, § 17)

* Zahlen aus dem Auswertungsjahr 2023 in Bayern für Verfahren nach DeQS-RL, exklusive Landesverfahren Schlaganfall



TOP 1 Stellungnahmeverfahren

- a. Ziele und rechtliche Grundlagen
- b. Ablauf Stellungnahmeverfahren
- c. Akteure**
- d. Ablauf Auswertungsjahr 2024

Beteiligte Akteure

Besetzung:

- sechs Mitglieder der **Krankenkassen** einschließlich der Ersatzkassen
- zwei Mitglieder der Bayerischen Krankenhausgesellschaft (**BKG**)
- zwei Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (**KVB**)
- zwei Mitglieder der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (**KZVB**)
- Mitberatungsrecht Patientenvertretung

**LAG Lenkungs-
gremium**

**LAG
Geschäftsstelle**

**Leistungserbringer
= Krankenhäuser u.
Vertragsärzt:innen**

Fachkommissionen

Besetzung am Bsp. Fachkommission HGV:

- Drei Vertreter:innen der **Krankenhäuser** mit der Bezeichnung FA für Orthopädie/Unfallchirurgie
- Zwei Vertreter:innen der **Krankenkassen** mit der Bezeichnung FA für Orthopädie/Unfallchirurgie
- Mitberatungsrecht **Patientenvertretung** (bis zu zwei, derzeit mit einer Person besetzt)
- Mitberatungsrecht für Vertreter:innen des Deutschen Pflegerates (derzeit nicht besetzt)

TOP 1 Stellungnahmeverfahren

- a. Ziele und rechtliche Grundlagen
- b. Ablauf Stellungnahmeverfahren
- c. Akteure
- d. Ablauf Auswertungsjahr 2024**

Exkurs: Neue Begriffsdefinition AJ

- Ausgangssituation
mit einer Erweiterung der Datenquellen (QS-Daten aus den Dokumentationsbögen, Sozialdaten, Follow-up-Daten) entsteht zunehmend die Situation, dass sich die Datengrundlage einer Auswertung auf mehrere Jahre bezieht
- Seit Dezember 2023 neue Begriffsdefinition in den meisten IQITIG-Produkten und für unsere Kommunikation (z. B. Zwischen- und Jahresberichte, Dateinamen, endgültige Rechenregeln, STNV) → **Auswertungsjahr (AJ)**
- Definitionen
 - Auswertungsjahr (AJ) = Jahr der Veröffentlichung der Jahresgesamtauswertung und somit auch das Jahr, in dem das STNV erfolgt
 - Erfassungsjahr (EJ) = Jahr, aus dem die QS-Daten für eine Auswertung stammen

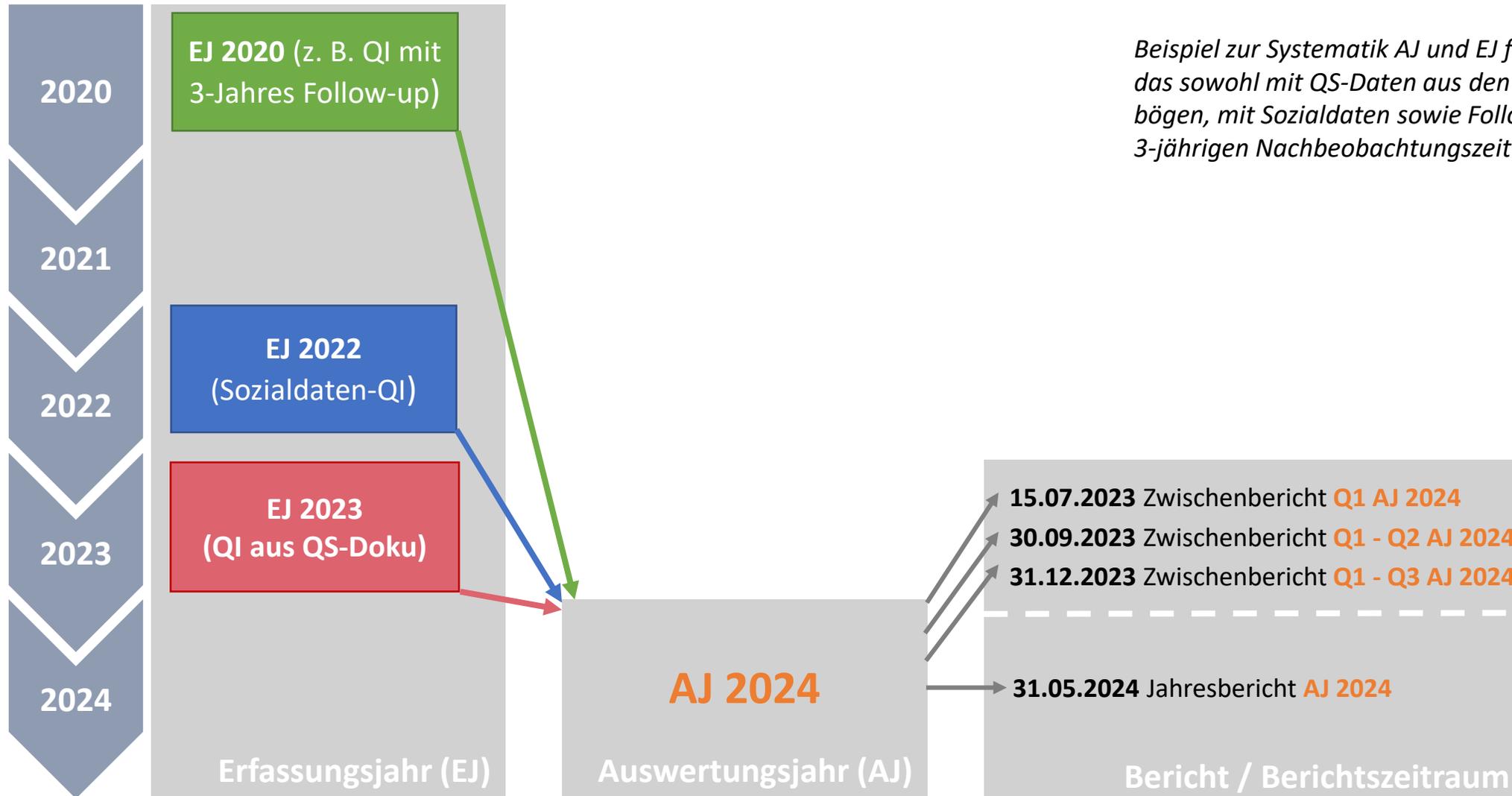
Exkurs: Neue Begriffsdefinition AJ

- In den meisten Verfahren (mit ausschließlich QS-Daten basierten QI) entspricht das AJ dem EJ + 1, da die Auswertung im Folgejahr der Erfassung erfolgt
 - Ausnahme entstehen bei Follow-up-Indikatoren und sozialdatenbasierten Indikatoren bzw. Verfahren
 - Daher Vereinheitlichung über AJ sinnvoll
- Quartalsberichte werden dem AJ des Jahresberichts zugeordnet, auch wenn diese bereits im EJ erstellt werden



Beispiel auf
folgender Folie

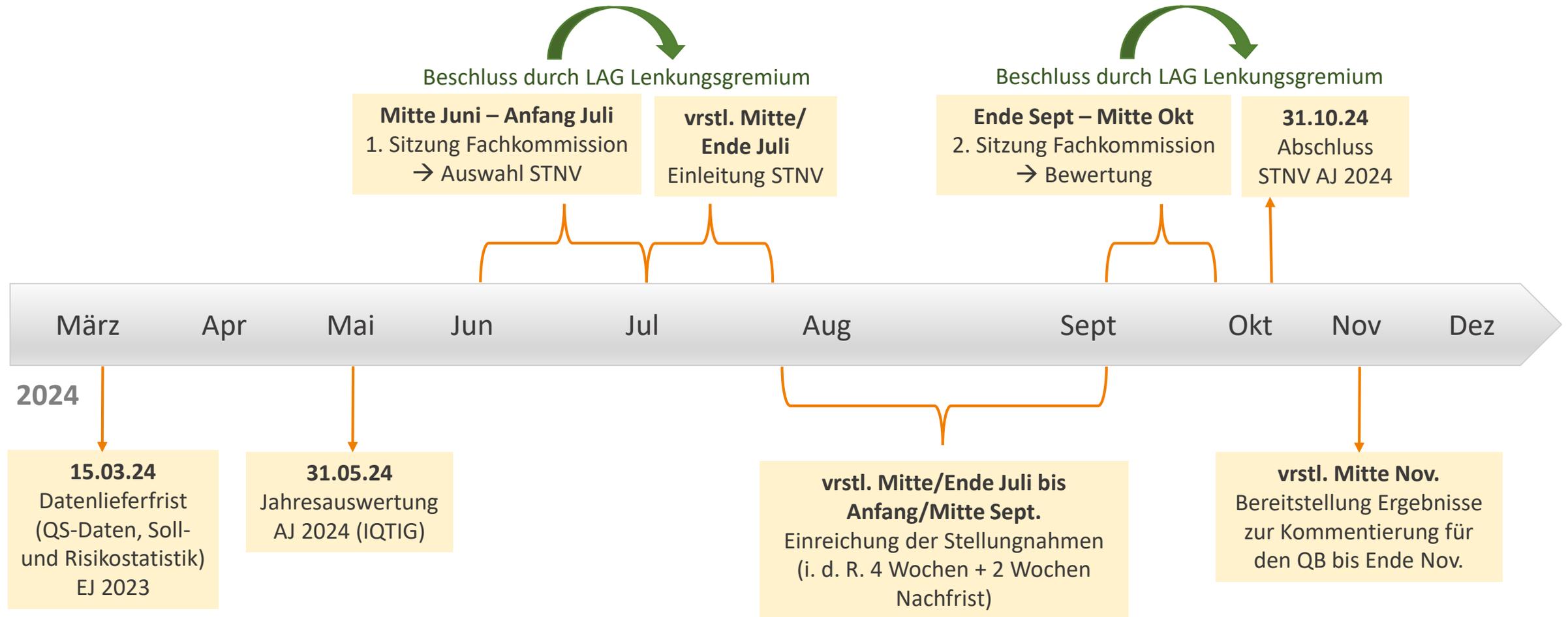
Exkurs: Neue Begriffsdefinition AJ



Beispiel zur Systematik AJ und EJ für ein fiktives Verfahren, das sowohl mit QS-Daten aus den QS-Dokumentationsbögen, mit Sozialdaten sowie Follow-up-Daten mit einer 3-jährigen Nachbeobachtungszeit arbeitet.

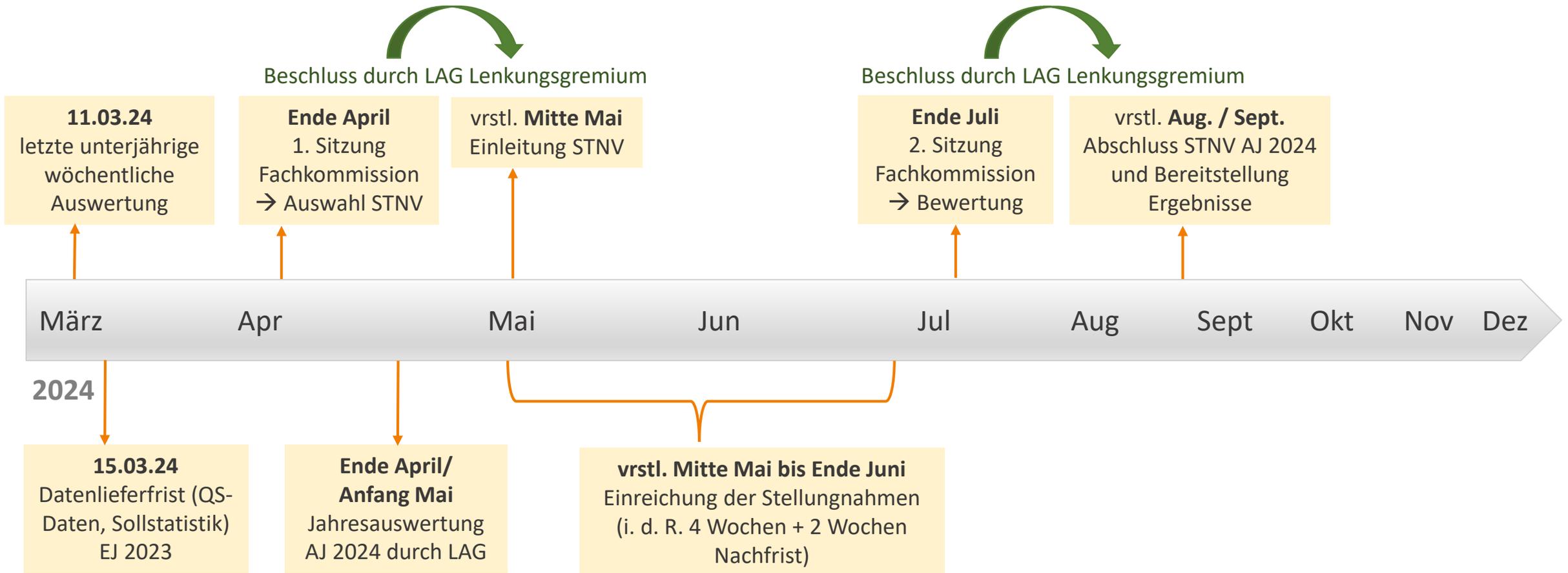
Ablauf STNV Auswertungsjahr (AJ) 2024

für Verfahren nach **DeQS-RL**



Ausführliche Übersicht s. auch https://laq-by.de/wp-content/uploads/2023/12/2023-12-15_Ablaufplan_2024.pdf

Ablauf STNV Auswertungsjahr (AJ) 2024 für Verfahren nach **Schlaganfall**



Ausführliche Übersicht s. auch https://laq-by.de/wp-content/uploads/2023/12/2023-12-15_Ablaufplan_2024.pdf

TOP 2 Stellungnahmen

- a. Arten von Qualitätsindikatoren**
- b. Stellungnahmen im QS-Portal
- c. Stellungnahmen Praxistipps

Exkurs: Arten von Qualitätsindikatoren

Nach Ziel

- Ergebnis-/Prozessindikatoren bzw. Indikationsindikatoren
- Auffälligkeitskriterien (nicht veröffentlichungspflichtig im Qualitätsbericht, außer Doku-Rate)
 - Auffälligkeitskriterien (AK) zur Dokumentationsqualität
 - Auffälligkeitskriterien (AK) zur Vollständigkeit der Datenübermittlung

Nach Art der Bewertung

- mit Referenzwert (fest oder perzentilbasiert)
- Sentinel-Event-Indikatoren (Auffälligkeit ab dem ersten beobachteten Fall)
- Transparenzkennzahlen (ohne Bewertung, informativer Charakter)

Exkurs: Weitere Arten von Qualitätsindikatoren

Risikoadjustierte Indikatoren

- Berücksichtigung von spezifischen Risikofaktoren des Patientenkollektivs (z. B. Alter, BMI, Diabetes mellitus)
- i. d. R. als **O/E**-Indikatoren dargestellt:
Vergleich der beobachteten (**O**bserved) mit den erwarteten (**E**xpected) Fällen

$$\frac{\text{Beob. Zaehler}}{\text{Nenner}} / \frac{\text{erw. Zaehler}}{\text{Nenner}} = \frac{\text{beob. Zaehler}}{\text{erw. Zaehler}}$$

Beispiel 1: 30/24 = 1,25 → 25 % mehr Fälle als zu erwarten gewesen wären

Beispiel 2: 10/20 = 0,5 → 50 % weniger Fälle als zu erwarten gewesen wären

Follow-up Indikatoren / sozialdatenbasierte Indikatoren

- Zusammenführung von Daten zu Erst- und Folgeeingriffen bzw. Behandlungen über längere Zeiträume hinweg zur Verfolgung der Ergebnisqualität

TOP 2 Stellungnahmen

- a. Arten von Qualitätsindikatoren
- b. Stellungnahmen im QS-Portal**
- c. Stellungnahmen Praxistipps

Einleitung des STNV

- Abwicklung Stellungnahmeverfahren über das QS-Portal
- Information direkt aus QS-Portal qsp-ba@unitrend.de und Info-Mail von geschaeftsstelle@lag-by.de
- Zugang zum QS-Portal prüfen sowie ggf. Vertretungslösung suchen
- Anfrage erfolgt pro Indikator bzw. Auffälligkeitskriterium mit individuellem Anfragetext

QS-Portal | Überblick Stellungnahmen

Logo

QS-Portal

- DOKUMENTE
- SOLL-IST-ÜBERSICHT
- ERGEBNISSE
- BERICHTE
- STELLUNGNAHMEN**
- NACHRICHTEN
- ZIP-DOWNLOAD
- MEIN KONTO
- ABMELDEN

2024 | Uhr | Angemeldet als **test test** | Handbuch
Leistungserbringer: 2609 | 77

Stellungnahme-Übersicht

Einträge: 5 [Filter zurücksetzen](#) [CSV-Export](#)

Identifikation	Modul	Kennzahl	AJ	Anfrage	Download	Antwort	Typ	Status	R.A.	Bew.	Anh.	
+ 2609 (77)	HGV- OSFRAK	54030	2024	01.08.2024			Stn.	Bestätigt:	Ja		Nein	  
+ 2609 (77)							Mitt.	Gelesen:	Ja		Nein	  

QS-Portal

DOKUMENTE

SOLL-IST-ÜBERSICHT

ERGEBNISSE

BERICHTE

STELLUNGSNAHMEN

NACHRICHTEN

ZIP-DOWNLOAD

MEIN KONTO

ABMELDEN

[Ergebnis-Details](#) Stellungnahme

Kennzahl	HGV-OSFRAK-54030: Präoperative Verweildauer
Pseudonym	ba+lkg#*****
Jahresbezug	Auswertungsjahr (AJ): 2024 - Spezifikationsjahr (SJ): 2023
Zähler / Nenner	3/11
Ergebnis [Vertrauensbereich]	27,27 %
Referenzbereich	<= 15 %
Rechnerische Auffälligkeit	Ja
Bewertung	
Kommentar (Qualitätsbericht)	
Hinweis an LE	
Tendenz	
Vergleichbarkeit	Nicht vergleichbar
Auffällige Vorgänge	123, 456, 789

[Zurück zur Übersicht](#)[Als RTF herunterladen](#)

Exkurs: Rechenregeln QI/AK auf IQTIG-Website

- Verfahrensübersicht aller QS-Verfahren nach DeQS-RL unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/>
- Folgende Dokumente sind für jedes QS-Verfahren bzw. Modul abrufbar:
 - Prospektive und endgültige Rechenregeln für die QI und Kennzahlen
 - Endgültige Rechenregeln für die Auffälligkeitskriterien
 - Bundesauswertung
 - Spezifikation mit Ausfüllhinweisen, Dokumentationsbogen und Anwenderinformation QS-Filter

Auswertung und Rechenregeln

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK)

Ein Bruch (Fraktur) im oberen, dem Hüftgelenk zugewandten Teil des Oberschenkelknochens (Femur) wird als hüftgelenknahe Femurfraktur bezeichnet. Diese Brüche sind meist unfallbedingt. Hüftgelenknahe Femurfrakturen sind eine typische und häufige Verletzung älterer Menschen. Gründe dafür sind die meist im Alter abnehmende Festigkeit der Knochensubstanz, Knochenschwund (Osteoporose) und gleichzeitig eine zunehmende Bewegungsunsicherheit.

Von den jährlich etwa 120.000 Brüchen, die in Deutschland beobachtet werden, entfallen ca. 85 Prozent auf Menschen, die 70 Jahre und älter sind. Bei der operativen Behandlung einer hüftgelenknahe Femurfraktur unterscheidet man grundsätzlich zwischen zwei Methoden:

einer hüftkopferhaltenden (osteosynthetischen) und einer hüftkopfersetzenden (endoprothetischen) Methode. Ziel ist bei beiden eine möglichst schnelle und komplikationslose Wiederherstellung der Mobilität und der körperlichen Belastbarkeit der Patientinnen und Patienten. Gerade für ältere Menschen ist die schnelle Genesung sehr wichtig, weil sonst ein Verlust der Selbstständigkeit bis hin zur dauerhaften Pflegebedürftigkeit eintreten kann.

Im Auswertungsmodul „Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung“ (HGV-OSFRAK) werden die hüftgelenknahe Femurfrakturen der hüftkopferhaltenden (osteosynthetischen) Versorgung ausgewertet. Die hüftkopfersetzende (endoprothetische) Methode dieser Fraktur ist ein Bestandteil des Auswertungsmoduls „Hüftendoprothesenversorgung“ (HGV-HEP).

<p>Endgültige Rechenregeln </p> <ul style="list-style-type: none"> Erfassungsjahr 2022 PDF V01 / 31.05.2023 / 537 KB Erfassungsjahr 2021 PDF V01 / 15.06.2022 / 549 KB 	<p>Prospektive Rechenregeln </p> <ul style="list-style-type: none"> Erfassungsjahr 2024 PDF V01 / 21.02.2023 / 427 KB Erfassungsjahr 2023 PDF V01 / 18.02.2022 / 2 MB 	<p>Auffälligkeitskriterien mit Rechenregeln </p> <ul style="list-style-type: none"> Erfassungsjahr 2022 PDF V01 / 31.05.2023 / 343 KB Erfassungsjahr 2021 PDF V01 / 15.06.2022 / 235 KB
---	--	--

Einleitung

▼ 54030: Präoperative Verweildauer

Hintergrund

Verwendete Datenfelder

Eigenschaften und Berechnung

Literatur

▼ 54050: Sturzprophylaxe

Hintergrund

Verwendete Datenfelder

Eigenschaften und Berechnung

Literatur

▼ 54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung

Hintergrund

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Eigenschaften und Berechnung

Literatur



Eigenschaften und Berechnung

ID	54030
Bezeichnung	Präoperative Verweildauer
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	≤ 15,00 %
Referenzbereich 2022	≤ 15,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-



Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Patientinnen und Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen ohne antithrombotische Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 24 Stunden nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte</p> <p>ODER</p> <p>Patientinnen und Patienten mit antithrombotischer Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 48 Stunden nach Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden:</p> <ul style="list-style-type: none">- Behandlungsfälle mit mechanischer Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen (Beckenregion und Oberschenkel; ICD 10 T84.14) in Kombination mit der Angabe einer osteosynthetische Voroperation und ohne Angabe einer postoperativen Implantatfehlage oder Implantatdislokation- Behandlungsfälle mit einer periprothetischen Fraktur, festgestellt durch Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese (Z96.64) in Kombination mit der Angabe einer endoprothetischen Voroperation am betroffenen Hüftgelenk- Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
--------------	---



Fälle sind auffällig, wenn

- Die OP erst 24h nach Aufnahme erfolgt ist oder
- Die OP erst 48h nach Aufnahme erfolgt ist bei Pat. mit NOAK/DOAK-Einnahme



2024

Uhr



Angemeldet als **test test**

[Handbuch](#)

Leistungserbringer: 2609 | 77

QS-Portal

DOKUMENTE

SOLL-IST-ÜBERSICHT

ERGEBNISSE

BERICHTE

STELLUNGNAHMEN

NACHRICHTEN

ZIP-DOWNLOAD

MEIN KONTO

ABMELDEN

[Ergebnis-Details](#) | [Stellungnahme](#)

Kennzahl

HGV-OSFRAK-54030: Präoperative Verweildauer

Pseudonym

ba+lkq#*****

Jahresbezug

Auswertungsjahr (AJ): 2024 - Spezifikationsjahr (SJ): 2023

Zähler / Nenner

3/11

Ergebnis [Vertrauensbereich]

27,27 %

Referenzbereich

<= 15 %

Rechnerische Auffälligkeit

Ja

Bewertung

Kommentar

(Qualitätsbericht)

Hinweis an LE

Tendenz

Vergleichbarkeit

Nicht vergleichbar

Auffällige Vorgänge

123, 456, 789

[Zurück zur Übersicht](#)

[Als RTF herunterladen](#)



QS-Portal | Anfragetext

The screenshot shows the QS-Portal interface. On the left is a dark blue sidebar with navigation options: DOKUMENTE, SOLL-IST-ÜBERSICHT, ERGEBNISSE, BERICHTE, STELLUNGNAHMEN (highlighted in blue), NACHRICHTEN, ZIP-DOWNLOAD, MEIN KONTO, and ABMELDEN. The top right of the page shows the year 2024, a clock icon, and user information: 'Angemeldet als test test' with a 'Handbuch' link and 'Leistungserbringer: 2609 | 77'. The main content area has a breadcrumb 'Ergebnis-Details' and a sub-header 'Stellungnahme'. A red exclamation mark icon is placed to the left of the main text. The text reads: 'Anfrage' followed by a paragraph about a quality indicator 54030 in 2023, a request for an analysis, and a bolded question: 'Bitte senden Sie kurze Einzelfallanalysen mit den wesentlichen medizinischen Sachverhalten unter genauer Angabe der Aufnahmezeit und der OP-Uhrzeit. Gab es systematische Gründe für die verzögerte Operation?'. Below this is a request for further process modifications. A yellow warning box contains a note about data protection. At the bottom is a text input field with the placeholder 'Hier können Sie Text eingeben!'.

2024 | Uhr | Angemeldet als test test | Handbuch
Leistungserbringer: 2609 | 77

Ergebnis-Details | Stellungnahme

Anfrage

Aufgrund abweichender Ergebnisse in dem Qualitätsindikator 54030 im Erfassungsjahr 2023 bittet die Fachkommission im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens um eine Analyse zu den Patient:innen mit Verzögerung der operativen Versorgung der Fraktur.

Bitte senden Sie kurze Einzelfallanalysen mit den wesentlichen medizinischen Sachverhalten unter genauer Angabe der Aufnahmezeit und der OP-Uhrzeit. Gab es systematische Gründe für die verzögerte Operation?

Erläutern Sie bitte zusätzlich ggf. erforderliche Modifikationen der einrichtungsinternen Prozesse und deren Umsetzungstand.

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein:

Hinweis
Bitte beachten Sie die datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Geben Sie keine personenbezogenen Daten an. Vermeiden Sie Hinweise, mit denen ein Rückschluss auf Ihre Einrichtung möglich wird.

Hier können Sie Text eingeben!

QS-Portal | Einreichen von Stellungnahmen

! Hinweis

Bitte beachten Sie die datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Geben Sie keine personenbezogenen Daten an.
Vermeiden Sie Hinweise, mit denen ein Rückschluss auf Ihre Einrichtung möglich wird.

Hier können Sie Text eingeben:

Anhänge

(Maximal 10 Dateien)

Stellungnahme speichern:

- ✓ Weitere Bearbeitung möglich
- ✗ Keine Übermittlung an die LAG

Stellungnahme speichern

Stellungnahme senden

Stellungnahme senden:

- ✓ Übermittlung an die LAG
- ✗ Keine Bearbeitung mehr möglich

TOP 2 Stellungnahmen

- a. Arten von Qualitätsindikatoren
- b. Stellungnahmen im QS-Portal
- c. Stellungnahmen Praxistipps**

Stellungnahme Qualitätsindikator – Dont's (Bsp. A)



QI: 54030 Präop. Verweildauer | Ergebnis: 3/11 = 27,27 % | Auff. Vorgänge: 123, 456, 789

Aufgrund abweichender Ergebnisse in dem Qualitätsindikator 54030 im Erfassungsjahr 2023 bittet die Fachkommission im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens um eine Analyse zu den Patient:innen mit Verzögerung der operativen Versorgung der Fraktur.

Bitte senden Sie kurze Einzelfallanalysen mit den wesentlichen medizinischen Sachverhalten mit genauer Angabe der Aufnahmeuhrzeit und der OP-Uhrzeit. Gab es systematische Gründe für die verzögerte Operation? Erläutern Sie bitte zusätzlich ggf. erforderliche Modifikationen der einrichtungsinternen Prozesse und deren Umsetzungstand.



Bei Max Mustermann, geboren am 01.01.1890, erfolgte der Eingriff innerhalb von 52 Stunden nach stat. Aufnahme.

**Verwendung personen- oder standortbezogene Daten
(Name, Geburtsdatum, Nennung eines anderen LE etc.)**



Mustermann, E. wurde aus der Klinik MünchenXY zuverlegt nach Sturz auf Hüfte im Rahmen eines Schlaganfalls. Schlaganfalldiagnostik und Behandlung standen zunächst im Vordergrund



Stellungnahme Qualitätsindikator – Dont's (Bsp. A)



QI: 54030 Präop. Verweildauer | Ergebnis: 3/11 = 27,27 % | Auff. Vorgänge: 123, 456, 789

Aufgrund abweichender Ergebnisse in dem Qualitätsindikator 54030 im Erfassungsjahr 2023 bittet die Fachkommission im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens um eine Analyse zu den Patient:innen mit Verzögerung der operativen Versorgung der Fraktur.

Bitte senden Sie kurze Einzelfallanalysen mit den wesentlichen medizinischen Sachverhalten mit genauer Angabe der Aufnahmeuhrzeit und der OP-Uhrzeit. Gab es systematische Gründe für die verzögerte Operation? Erläutern Sie bitte zusätzlich ggf. erforderliche Modifikationen der einrichtungsinternen Prozesse und deren Umsetzungstand.



Keine Beantwortung des indicatorspezifischen Anfragetextes/der konkreten Fragen!

Bei ~~Max Mustermann~~, geboren am ~~01.01.1890~~, erfolgte der Eingriff innerhalb von 52 Stunden nach stat. Aufnahme.



Keine inhaltlich aussagekräftige Begründung



Kein Miteinbezug aller auffälligen Vorgänge

~~Mustermann, E.~~ wurde aus der Klinik ~~MünchenXY~~ zuverlegt nach Sturz auf Hüfte im Rahmen eines Schlaganfalls. Schlaganfalldiagnostik und Behandlung standen zunächst im Vordergrund



Stellungnahme Qualitätsindikator – Dont's (Bsp. B)



QI: 54030 Präop. Verweildauer | Ergebnis: 3/11 = 27,27 % | Auff. Vorgänge: 123, 456, 789

Aufgrund abweichender Ergebnisse in dem Qualitätsindikator 54030 im Erfassungsjahr 2023 bittet die Fachkommission im Rahmen des Stimmnahmeverfahrens um eine Analyse zu den Patient:innen mit Verzögerung der operativen Versorgung der Fraktur.

Bitte senden Sie kurze Einzelfallanalysen mit den wesentlichen medizinischen Sachverhalten mit genauer Angabe der Aufnahmezeit und der OP-Uhrzeit. Gab es systematische Gründe für die verzögerte Operation? Erläutern Sie bitte zusätzlich ggf. erforderliche Modifikationen der einrichtungsinternen Prozesse und deren Umsetzungstand.



Es handelt sich um drei Einzelfälle, die aufgrund der kleinen Fallzahl nicht statistisch signifikant sind. Daher erfolgt keine Stellungnahme.



Keine inhaltlich aussagekräftige Begründung



Stellungnahme Qualitätsindikator – Do's



QI: 54030 Präop. Verweildauer | Ergebnis: 3/11 = 27,27 % | Auff. Vorgänge: 123, 456, 789

Aufgrund abweichender Ergebnisse in dem Qualitätsindikator 54030 im Erfassungsjahr 2023 bittet die Fachkommission im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens um eine Analyse zu den Patient:innen mit Verzögerung der operativen Versorgung der Fraktur.

Bitte senden Sie kurze Einzelfallanalysen mit den wesentlichen medizinischen Sachverhalten mit genauer Angabe der Aufnahmeuhrzeit und der OP-Uhrzeit. Gab es systematische Gründe für die verzögerte Operation? Erläutern Sie bitte zusätzlich ggf. erforderliche Modifikationen der einrichtungsinternen Prozesse und deren Umsetzungstand.



✓ Alle Vorgänge mit Nr.

✓ Datenschutz

Vorgangsnummern 123: Aufnahme Freitag um 16:35, OP am Montag um 08:30

Vorgangsnummern 789: Aufnahme Tag 1 um 12:20, OP an Tag 2 um 16:12

In beiden Fällen standen aufgrund von hohem Patientenaufkommen keine OP-Kapazitäten zur Verfügung.

Vorgangsnummer 456: Nach Sturz auf Hüfte im Rahmen eines Schlaganfalls.

Schlaganfalldiagnostik und Behandlung stand zunächst im Vordergrund. Pat. war erst 5 Tage später OP-fähig. Aufn.: Tag1 10:15, OP: Tag 6 14:00

In 2 von 3 Fällen waren fehlende OP-Kapazitäten Ursache für die verzögerte OP. Wir achten zukünftig auf eine adäquate Triagierung.

✓ Zusammenfassung & Verbesserungsmaßnahmen

✓ Aussagekräftige Begründung/Einbezug des Anfragetextes



Auffälligkeitskriterien im Stellungnahmeverfahren

- AK dienen der Überprüfung der inhaltlichen Plausibilität und Vollständigkeit
 - Über- /Unterdokumentation: LAG hat keine Kenntnis über die betroffenen Vorgangsnummern
- Stellungnahmen sind anders zu beantworten → med. Erklärungen i. d. R. nicht notwendig
- STNV für jede rechnerische Auffälligkeit
- 2 Jahre in Folge fehlerhafte Dokumentation → Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität
- Künftig AK zur Dokumentationsqualität auch in Quartalsauswertung (vrstl. ab AJ 2026/EJ 2025)
 - Chance zur unterjährigen Prüfung und Anpassung von Dokumentationsprozessen

Stellungnahme Auffälligkeitskriterien – Dont's / Do's



AK: 852102 Angabe von ASA 5 | Ergebnis: 2/20 = 10 % (RW: <= 5 %) | Auff. Vorgänge: 123, 456

Auffälligkeitskriterien dienen der Überprüfung der inhaltlichen Plausibilität und Vollständigkeit der Dokumentation im Rahmen des Datenvalidierungsverfahrens. In diesem Indikator ist es unplausibel, wenn Patienten mit ASA 5 eingestuft wurden. Bitte nehmen Sie eine kurze Analyse der auffälligen Vorgänge vor. **Wurde in diesen auffälligen Fällen korrekt dokumentiert oder ist anhand der Aktendokumentation nachvollziehbar, dass die Angaben in der QS Dokumentation fehlerhaft sind?** Erläutern Sie bitte zusätzlich ggf. erforderliche Modifikationen der einrichtungsinternen Prozesse und deren Umsetzungstand.



Beide Patient:innen hatten nennenswerte Vorerkrankungen.



Keine aussagekräftige
Stellungnahme zur Dokumentation:
Dokumentationsfehler oder nicht?



Es handelt sich in beiden Fällen um eine Fehldokumentation. Die erneute Durchsicht der Akten ergab eine ASA-Klassifikation von 4. Eine Nachschulung der Verantwortlichen ist erfolgt.



Klare Aussage zur Dokumentationsqualität



Verbesserungsmaßnahmen

Praxistipps – Stellungnahmen verfassen

- ✔ Auseinandersetzen mit dem Qualitätsindikator/Auffälligkeitskriterium
 - *Welche Grundgesamtheit liegt dem Indikator zugrunde?*
 - *Welche Ereignisse werden betrachtet?*
 - *Handelt es sich um einen Indikator der Ergebnis- oder Prozessqualität bzw. der Indikationsstellung oder um ein Auffälligkeitskriterium?*
- ✔ Auf Anfragetext achten, konkrete Fragen der Fachkommission beantworten
- ✔ Analyse aller auffälligen Vorgänge und Nennung von Vorgangsnummern (s. QS-Portal und AV-Listen)
- ✔ **Keine personen- oder standortbezogenen Daten (Datenschutz!)**
- ✔ Zusammenfassung der erkannten Probleme
- ✔ Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen (sofern vorhanden)

Praxistipps – Stellungnahmen allgemein

- ✓ rechtzeitige/vierteljährliche Dateneinsendungen, um möglichst vollständige Quartalsauswertungen zu erhalten
- ✓ Ggf. zusätzlich klinikinternes Monitoring der QS-Dokumentation (je nach Darstellungsmöglichkeit)
- ✓ Unterjährige Auswertungen helfen dabei:
 - ✓ Dokumentationsfehler frühzeitig zu entdecken, zu korrigieren und so ggf. gar nicht erst auffällig zu werden
 - ✓ Tatsächliche Defizite frühzeitig zu erkennen und entsprechend gegenzusteuern
 - ✓ Auf Stellungnahmen vorbereitet zu sein



Zwei Jahre in Folge fehlerhafte Dokumentation bei QI/AK
→ Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität

TOP 3 Bewertung und Ergebnisveröffentlichung

Wie werden die Ergebnisse der Qualitätssicherung genutzt und wo sind sie einsehbar?

Bewertungsschema

Rechnerisch unauffällig

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen oder Auffälligkeitskriterien <u>ohne</u> Einleitung des Stellungnahmeverfahrens	
N01	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
N02	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
R10	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen oder Auffälligkeitskriterien <u>ohne</u> Einleitung des Stellungnahmeverfahrens	
H99	„Hinweis“ - Der Leistungserbringer wurde auf das rechnerisch auffällige Ergebnis hingewiesen und zur internen Analyse der rechnerischen Auffälligkeit aufgefordert.

Qualitätsindikatoren <u>mit</u> Einleitung des Stellungnahmeverfahrens	
Qualitativ auffällige Stellungnahme	
A71	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel
A72	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
A99	Sonstiges
Qualitativ unauffällige Stellungnahme	
U61	Besondere klinische Situation
U62	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
U63	Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität, vereinzelt Dokumentationsprobleme
U99	Sonstiges
Sonstige Bewertung	
D80	Unvollständige oder falsche Dokumentation
D81	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
S92	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
S99	Sonstiges

Rechnerisch auffällig

Auffälligkeitskriterien/Datenvalidierung <u>mit</u> Einleitung des Stellungnahmeverfahrens	
A70	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt
A72	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
U60	Korrekte Dokumentation wird bestätigt

Ergebnisveröffentlichung

➤ Qualitätsbericht der Krankenhäuser

- Standortbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse und Bewertungen (incl. Kommentierung)
- Enthält veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, keine Auffälligkeitskriterien der Dokumentationsqualität
- Öffentlich zugänglich, z. B. über <https://qb-referenzdatenbank.g-ba.de/#/suche>

➤ Bundesqualitätsbericht des IQTIG

- Aggregierte (ohne direkten Rückschluss auf einzelne Leistungserbringer) Zusammenfassung und Einordnung der QS-Ergebnisse bundesweit
- Enthält Bundesauswertung von Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien
- Öffentlich zugänglich über <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>

➤ Kliniksuchmaschinen zum Teil mit zusammenfassenden Qualitätsbewertungen und Weiterempfehlungsraten z. B.

- [AOK Gesundheitsnavigator](#) der AOK mit Auswertungen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)
- [TK Klinikführer](#) der Techniker Krankenkasse
- [Weisse Liste](#) der Bertelsmann Stiftung in Kooperation mit Patientenorganisationen
- Künftig Krankenhaus-Atlas im Rahmen des Krankenhaustransparenzgesetzes

➤ Rankings in Zeitungen, Zeitschriften, Publikationen...

- Z. B. Focus Klinikliste, früher Klinikführer des Münchner Merkur

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Wir freuen uns über Ihr Feedback zu dieser Veranstaltung und über Themenvorschläge für weitere Online-Seminare an:

geschaeftsstelle@lag-by.de

Für Rückfragen

Tanja Grath

089 211590-23

t.grath@lag-by.de

Rebecca Moser

089 211590-28

r.moser@lag-by.de

Bzw. die jeweils zuständigen fachlichen Ansprechpartner: www.lag-by.de/lag-bayern/team/