

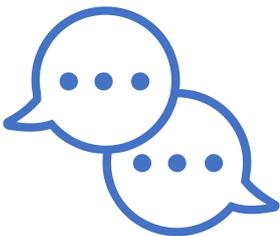
Arbeitshilfe

Nutzung der datengestützten Qualitätssicherung zur kontinuierlichen Verbesserung des internen Qualitäts- und klinischen Risikomanagements

1. Auflage, 17.11.2023

© GQMG/AG Kennzahlen und externe Qualitätsvergleiche

Eberl S, Rode S, Brinkschulte M, Fischer B, Künzel S, Löffler S, Pott C, Ries V, Untersweg F, Westphal U



1. Einleitung

In der hier vorgestellten Arbeitshilfe werden Wege aufgezeigt, wie die für die datengestützte Qualitätssicherung (QS¹) zu liefernden Daten für die interne Qualitätsentwicklung nutzbar gemacht werden können. So kann ein Beitrag zur kontinuierlichen Verbesserung des internen Qualitätsmanagements und des klinischen Risikomanagements geleistet werden.

Die Arbeitshilfe richtet sich insbesondere an alle, die in der Qualitätssicherung und im Qualitätsmanagement Verantwortung tragen, sowie an alle Interessierten.

Es werden Handlungsoptionen aufgezeigt, die die Anforderungen der Verzahnung von Prozessen und Maßnahmen im Sinne des PDCA-Zyklus und des Qualitätsmanagements gleichermaßen unterstützen.

Die nachfolgenden Kapitel stellen eine Information zur Orientierung innerhalb der Prozesse und Vorgaben aus den Richtlinien dar.

¹ In Deutschland sind seit 2019 eine datengestützte Qualitätssicherung für stationäre und ambulante Leistungserbringer nach der DeQS-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sowie weitere Verfahren verpflichtend.

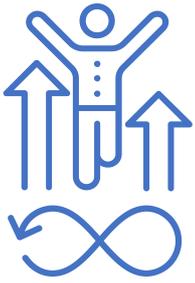
Worum es geht

Die Nutzung der datengestützten Qualitätssicherung zur kontinuierlichen Verbesserung des internen Qualitäts- und klinische Risikomanagements erfüllt die Vorgaben aus den Richtlinien und bietet auch Potential, die Patientensicherheit zu verbessern. Dazu werden Handlungsoptionen aufgezeigt, die gleichermaßen die Verzahnung von Prozessen und Maßnahmen im Sinne des PDCA-Zyklus unterstützen.

What it's about

To use a data-based quality assurance for the continuous improvement of internal quality and clinical risk management meets the guideline requirements, but offers the prospective to improve patient safety as well. This paper shows a possible course of action to equally support quality processes and improvement measures, turning the wheel of the PDCA cycle.

Die verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für alle Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind.



2. Wie können behandlungsbegleitende Kodierung und externe Qualitätssicherung das interne Qualitätsmanagement verbessern?

2.1 Ausgangssituation und Fragestellung

Die Kodierung des Patientenfalles und die Bearbeitung der QS-Module sollten zeitlich und inhaltlich miteinander verzahnt werden. So kann die Kongruenz der Fälle im Hinblick auf Kodierung sowie Behandlungsdokumentation und QS-Dokumentation gewährleistet werden. Unnötige Auffälligkeiten von Indikatoren können frühzeitig erkannt, analysiert und in der Folge vermieden werden, indem präventive Maßnahmen ergriffen werden.

Die abrechnungsrelevante, vollständige Kodierung unterliegt insbesondere hausinternen liquiditätsgesteuerten Fristen zwischen Entlassung und Rechnungsstellung. Was können wir erreichen, wenn wir die Dokumentation des QS-Bogens in diesen abrechnungsbezogenen Abschlussprozess einordnen?

Die Herausforderung liegt dabei sowohl in der zeitlichen als auch in der inhaltlichen Synchronisation. Ziel ist dabei die Übereinstimmung der Dokumentation in Patientenakte, Kodierung und QS. Dazu bedarf es einer interprofessionellen Abstimmung zwischen den beteiligten Akteuren: Medizincontroller, Kodierfachkräfte, Arzt, Pflege, Abrechnung und QS-Mitarbeiter. Dies ist von besonderer Bedeutung, da die Falldaten und die Kodierung auch für die QS-Dokumentation und in der Folge für die Ermittlung von Qualitätsindikatoren genutzt werden.

Nur wenn diese Prozesse eng verzahnt ablaufen, können die QS-Daten fristgerecht in der geforderten Quantität und Qualität bereitgestellt werden und der neuen gesetzlichen Anforderung genügen, die eine nachträgliche Rechnungs korrektur ausschließt (vgl. MDK-Reformgesetz).

2.2 Auslöser für die Fragestellung

Seit 2019 ist die neue G-BA-Richtlinie zur datengestützten Qualitätssicherung in Kraft. Eine Anpassung der Prozesse rund um die QS ist erforderlich, um diese Regelungen effizient umzusetzen.

In Abbildung 1 ist die Verzahnung der Prozesse zur Rechnungsstellung mit den Prozessen zur datengestützten Qualitätssicherung dargestellt.

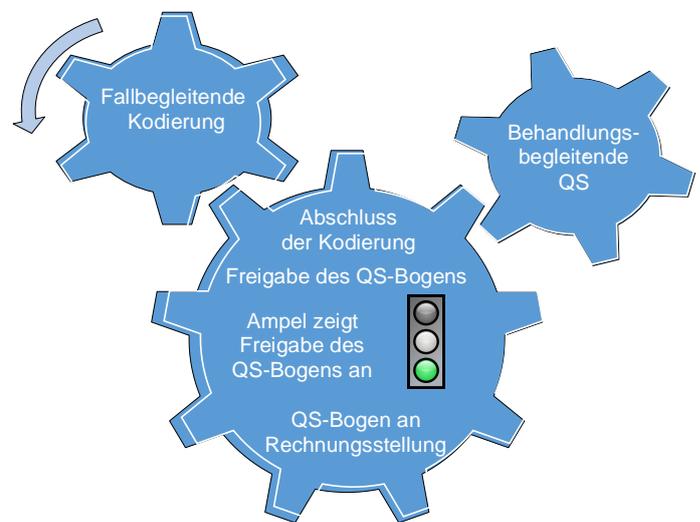


Abbildung 1: Zusammenwirken der Prozesse

Aus den Gesetzesanpassungen in Bezug auf den Medizinischen Dienst (MD) ergeben sich ebenfalls geänderte Rahmenbedingungen in der Versorgung.

Hier ein Überblick zu einigen besonders relevanten Regelungen:

Dimension Datenvalidierung

1. DeQS-RL (datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherungs-RL)
 - a) Datenvalidierung: Vollständigkeit, Vollzähligkeit, Plausibilität
2. PlanQI-RL (Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren):
 - a) Datenvalidierung per Stichprobenziehung
 - b) Neuberechnungsimpulse für Indikatorergebnisse anlässlich Datenkorrektur von QS-Daten
3. MD-QK-RL (Richtlinie zu Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst):
 - a) Routine- und turnusmäßige Datenabgleiche

- b) Datenabgleich im Zuge von Kontrollen des MD auf Basis folgender Anhaltspunkte:
 - i) Hinweise auf Dokumentationsfehler in der datengestützten Qualitätssicherung, die sich aus Meldungen von Versicherten oder sonstigen Dritten oder auf der Grundlage publizierter Informationen über das Krankenhaus ergeben,
 - ii) Unstimmigkeiten zwischen den Angaben in Teil C1 und weiteren Teilen des Qualitätsberichtes,
 - iii) Unstimmigkeiten zwischen einrichtungsbezogen veröffentlichten Ergebnissen der datengestützten Qualitätssicherung und von im Rahmen der Abrechnung oder von Abrechnungsprüfungen vorgelegten Informationen.

Dimension Abrechnungskorrektur

Neben den vielfältigen Möglichkeiten der nachträglichen Kontrolle durch beauftragte Stellen ist von zentraler Bedeutung für die Prozesse, dass mit der neuen PrüfVV ab 2022 eine Rechnungskorrektur ausgeschlossen ist. Die Abrechnung darf also nur einmal gestellt werden – alle relevanten Daten müssen korrekt erhoben und dokumentiert sowie zur Gesamtdokumentation synchron sein.

Daraus ergibt sich eine direkte Koppelung der sachgerechten Falldokumentation mit hoher Relevanz für die Liquidität. Diese wird gesichert durch:

1. eine korrekte und vollständige Dokumentation durch das Behandlungsteam
2. eine zeitnahe Abschlussdokumentation
3. eine korrekte, rechtssichere Rechnungsstellung
4. eine zeitnahe Abrechnung

Die internen Prozesse sollten in regelmäßigen Abständen auf die Erfüllung dieser gesetzlichen Anforderungen überprüft werden (z. B. Audit). Standardisierte Verfahrensanweisungen oder Prozessbeschreibungen optimieren die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure: Medizincontrolling, Arzt, Pflege, Abrechnung und QS-Beauftragte.

2.4 Wer und was sind beteiligt?

Die Rahmenbedingungen erfordern eine behandlungsbegleitende Kodierung und Qualitätssicherung. Darunter ist zu verstehen, dass relevante Parameter für die Abrechnung (Diagnosen, Prozeduren, Verlegungen, Beatmungsdauern u. a.) ab der Aufnahme in der gewählten IT-Umgebung der Einrichtung erhoben werden. Desgleichen soll in einer Rückkoppelungsschleife die

Falldokumentation aus den unterschiedlichen Anamnese-, Untersuchungs-, Operations- und Befunddokumentationen fortlaufend für die Kodierung und die Qualitätssicherung genutzt werden. Eine behandlungsbegleitende Kodierung und Qualitätssicherung kann – neben einem personenzentrierten Ansatz – auch IT-gestützt mit geeigneten Lösungen flankiert, unterstützt und in Teilen ggf. sogar automatisiert werden.

Vor der gesetzlichen Änderung der Rahmenbedingungen wurden die QS-Bögen vor der quartalsweisen Übermittlung an die Datenannahmestelle abschließend ausgefüllt. Ergab die Bearbeitung der QS-Bögen, dass eine Aktualisierung der Kodierung notwendig war, dann konnte die Abrechnung mit der Krankenkasse storniert werden. Es erfolgte eine erneute Rechnungsstellung.

Seit In Kraft treten der aktualisierten PrüfVV am 01.01.2022 ist eine korrigierte Rechnungsstellung nicht mehr möglich. Somit wird die Prozessumstellung auf eine begleitende Kodierung inklusive QS-Dokumentation unumgänglich.

Im Folgenden werden die Aktivitäten für die erforderliche Verzahnung des Prozesses der Rechnungsstellung mit den Prozessen im Kontext der datengestützten Qualitätssicherung und der MD-QK-Richtlinie beschrieben.

Die Übersicht (Tabelle 1) zeigt die im verzahnten Prozess verantwortlichen Akteure mit ihren Aufgaben.

Tabelle 1: Aufgaben und Prozessbeteiligte

Aufgabe	Zuständig
Dokumentation in Patientenakte und KIS (Primärdokumentation)	behandelnder bzw. behandlungsführender Arzt, Pflegekraft
Ausfüllen der QS-Bögen	Modul-verantwortlicher Arzt/Pflege (MV)
Prozessbegleitendes Monitoring der unterjährigen Ergebnisse	QM-/QS-Mitarbeiter
Hinweise auf Inkongruenz, dann Abgleich QS-Bogen mit Primärdokumentation und ICD- & OPS-Kodierung	Modul-verantwortlicher Arzt/Pflege (MV), QM/QS und Medizincontrolling
Versand der QS-Bögen an die Datenannahmestelle	QM-/QS-Mitarbeiter, ggf. IT

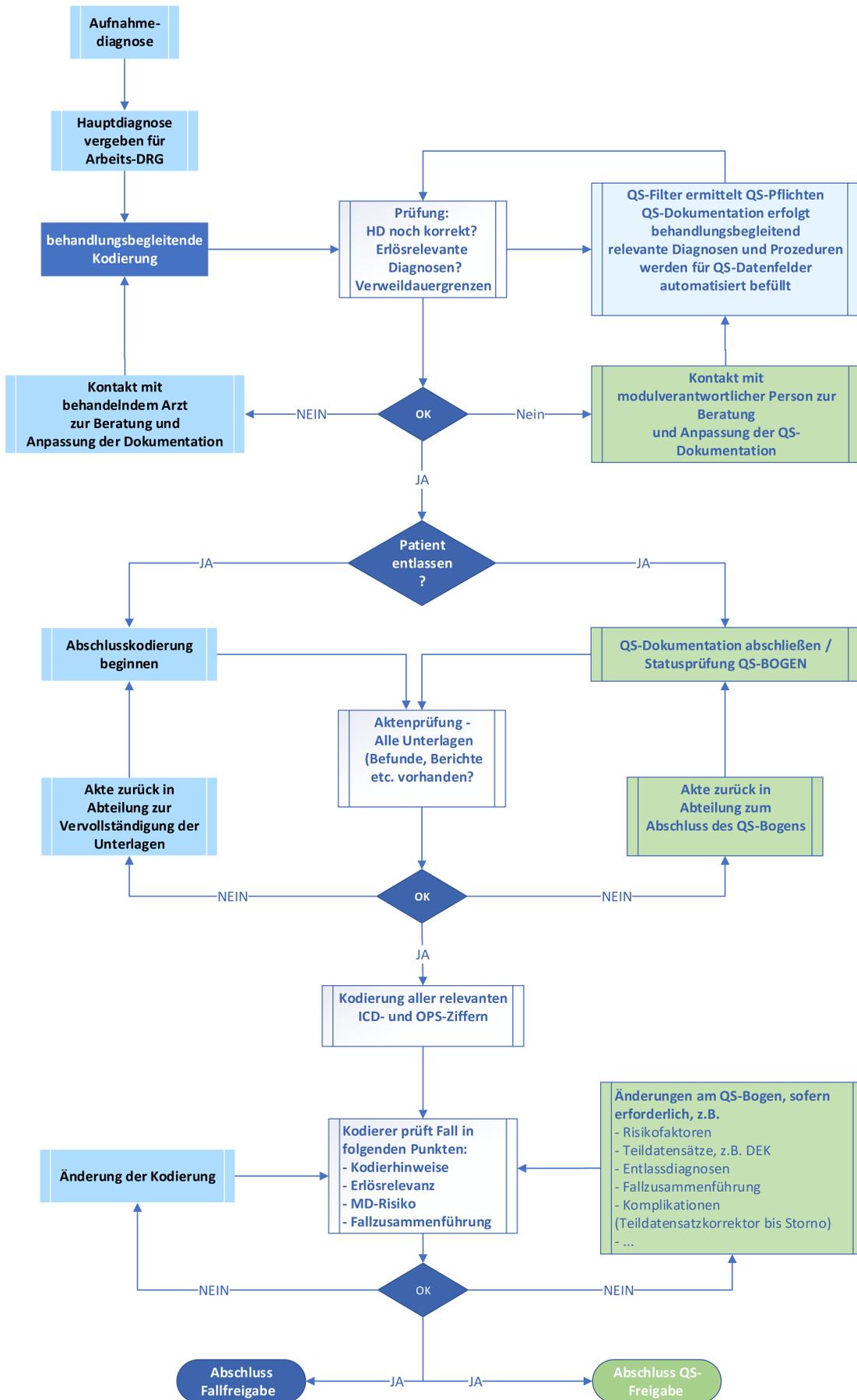


Abbildung 2: Prozess der fallbegleitenden Kodierung

Der an die geltenden Regelungen angepasste Prozess führt zu einer abgestimmten und effektiven Zusammenarbeit zwischen dem Modulverantwortlichen (MV; Arzt oder Pflegefachperson) und Mitarbeitenden aus Medizincontrolling, QS und QM.

Die Datenqualität wird mit dieser Verzahnung der Prozesse abgesichert. Es werden dadurch rechnerische Auffälligkeiten von Qualitätsindikatoren und in der Folge Stellungnahmen aufgrund fehlerhafter QS-Dokumentation vermieden.

2.5 Maßnahmen und Prozesse

Fallkodierung bei einmaliger Rechnungsstellung

Abbildung 2 zeigt im Detail die Schritte auf, mit denen die oben dargestellten Aufgaben (Tabelle 1) in einer sinnvollen Reihenfolge als Prozesskette verzahnt werden können. Die Graphik kann auch im Sinne eines Auditinstrumentes zur Überprüfung der bereits bestehenden Prozesse genutzt werden.

2.6 Überwachung, Monitoring und Bewertung

Für ein erfolgreiches Monitoring der QS-Daten werden folgende Schritte empfohlen:

1. mindestens quartalsweise, besser monatlich stattfindende Indikatorenauswertungen vor Versand der QS-Bögen sowie Prüfung und ggf. Korrektur bei:
 - a) rechnerischer Auffälligkeit auf der Ebene von Indikatoren und Kennzahlen
 - b) Vollständigkeit der einzelnen QS-Dokumentation
 - c) Inkongruenzen zwischen Patientenakte, Kodierung und QS-Dokumentation
2. kontinuierlicher Abgleich der QS-Dokumentation auf Vollständigkeit, auch unter Berücksichtigung des Export- und Bestätigungsstatus
3. unterjährige Sollstatistiken
4. Risikostatistik, insbesondere für die jahresabschlussbezogene Datenübermittlungen
5. Ableitung von qualitätssichernden Verbesserungsschritten (Maßnahmen)
(→ Kapitel 2.2. und 2.3.)



3. Monitoring der Qualitätsindikatoren (datengestützte QS und QI anderer Quellen)

Die laufende Überwachung von Ergebnissen ausgewählter Qualitätsindikatoren und deren Datenerfassung wird in diesem Dokument als Monitoring bezeichnet. Dabei greift das Monitoring sowohl auf geeignete Werkzeuge als auch Methoden zurück.

Ziel ist es, Abweichungen möglichst früh zu erkennen und intern darauf zu reagieren. Darüber hinaus können so z. B. Stellungnahmeverfahren vermieden werden. Abweichungen können die Nichteinhaltung von extern gesetzten Referenzbereichen oder das Nichterreichen selbstgesetzter, interner Ziele sein.

Dabei können auch Qualitätsindikatoren, deren Daten

aus unterschiedlichen Quellen stammen, aber das gleiche Qualitätsmerkmal abbilden, untereinander abgeglichen werden (sogenannter Cross-Check).

Das Monitoring kann modul- oder fachabteilungsbezogen erfolgen und alle oder eine Auswahl von priorisierten Qualitätsindikatoren betrachten.

3.1 Frage- und Problemstellung

Die Qualitätsindikatoren der datengestützten Qualitätssicherung und aus weiteren Quellen (z. B. Abrechnungsdaten oder Registerdaten) stehen zur Verfügung. Diese sind in einem Monitoring-System verarbeitet und berechnet. Dabei folgt der Bearbeitungsprozess einem definierten Zyklus, der sich an Abgabefristen orientiert. Ziel des Monitorings ist ein Reporting der Ergebnisse an die modulverantwortlichen Personen im ärztlichen Dienst, im pflegerischen Dienst und im Medizincontrolling. Dabei steht im Vordergrund, welche Qualitätsindikatoren von den externen Referenzbereichen oder von internen Zielbereichen abweichen. Bei der Analyse von Abweichungen kann man sich an folgenden Aspekten orientieren:

- Ursachen in medizinischer oder pflegerischer Versorgung

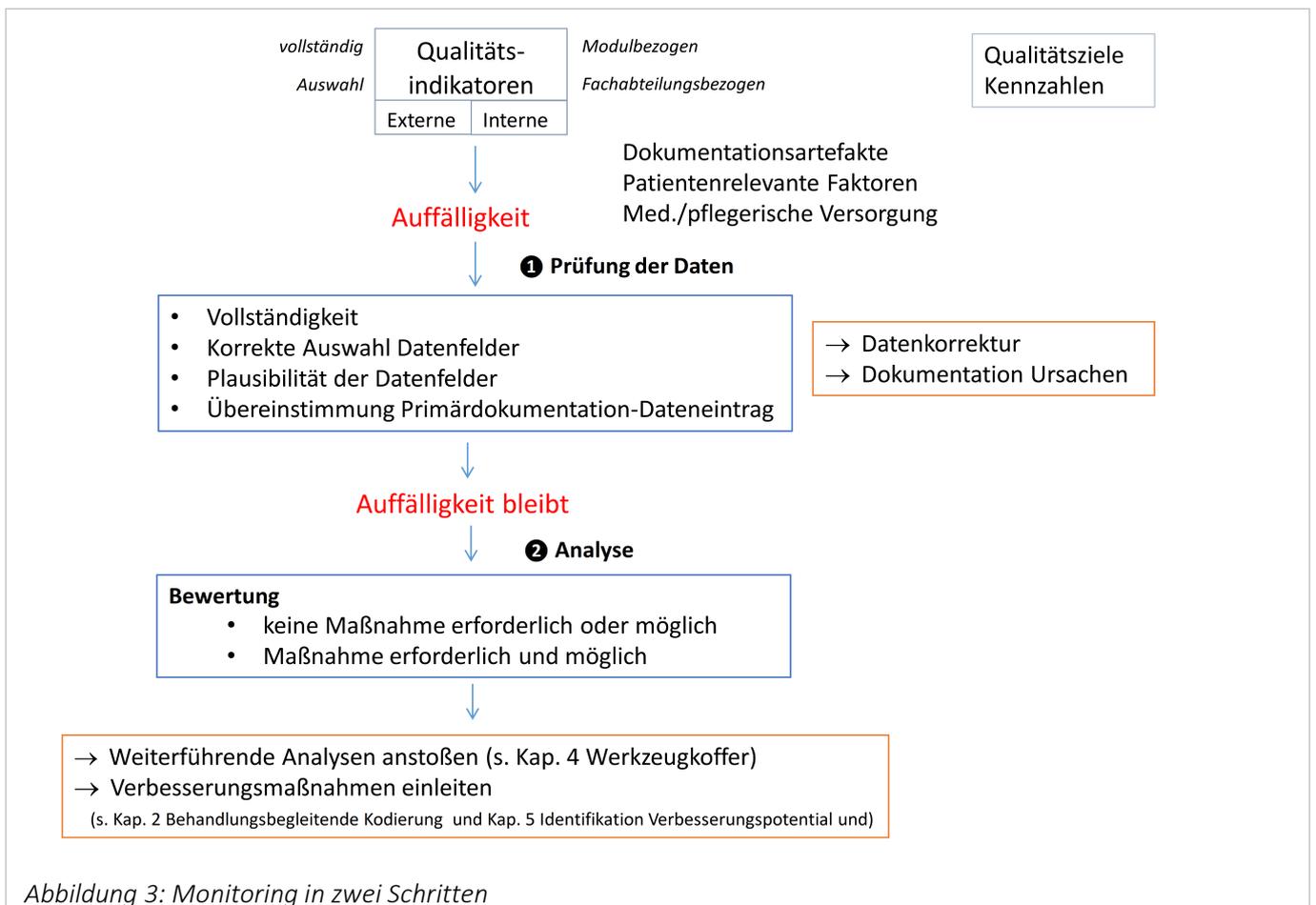


Abbildung 3: Monitoring in zwei Schritten

- Patientenrelevante Faktoren
- Dokumentationsartefakte

Was ist der Auslöser für die Fragestellung?

Das behandlungsbegleitende Monitoring ermöglicht ein zeitnahes Reagieren auf Auffälligkeiten und unterstützt den klinikinternen Lern- und Verbesserungsprozess. Das Monitoring greift auf die kontinuierlich gesammelten Daten der Qualitätssicherung zurück.

3.2 Wer ist beteiligt?

In den Monitoring-Prozess werden QS-Verantwortliche, modulverantwortliche Personen im ärztlichen oder pflegerischen Dienst sowie Dokumentationsassistenten, Medizincontroller und Kodierfachkräfte aktiv einbezogen.

3.3 Qualitätsziele und Zielvereinbarung

Das Monitoring ermöglicht eine zeitnahe Überwachung von Qualitätsindikatoren zur Korrektur von erfolgten Dokumentationsfehlern sowie ihre Vermeidung in der Zukunft (z. B. fehlende Daten, nicht erfasste Befunde oder Übertragungsfehler aus der Primärdokumentation). Außerdem kann die Verbesserung von Indikatorergebnissen initiiert werden.

Bei auffälligen Indikatorergebnissen können weiterführende Analysen (z. B. M&M-Konferenzen oder Einzelfall-Aktenanalysen) angestoßen und Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden, die zu einer hohen Behandlungsqualität beitragen.

3.4 Maßnahmen und Prozess

Der auffällige Qualitätsindikator zieht eine Prüfung nach sich, die folgende Aufgaben umfasst:

1. Prüfung der relevanten Daten auffälliger Vorgänge auf
 - a) Vollständigkeit der Erfassung
 - b) Wahl der zutreffenden Antwortmöglichkeit bei QS- oder Registerdaten
 - c) wechselseitige Plausibilität von Datenfeldern
 - d) Übereinstimmung mit der Primärdokumentation
 Wenn fehlerhaft dokumentiert wurde, sind die Daten zu korrigieren.
 Wenn richtig dokumentiert wurde, ist die Ursache mit einer Erläuterung zur Auffälligkeit festzuhalten. Diese kann für Kommunikation und Analyse, sowohl intern als auch im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens bei der datengestützten Qualitätssicherung genutzt werden.
2. Bleibt der Indikator weiter auffällig, folgt eine Bewertung
 - a) keine Maßnahme erforderlich oder möglich

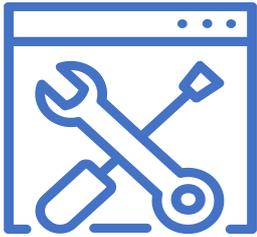
- b) Maßnahme erforderlich und möglich:
 - i) weiterführende Analysen (z. B. M&M-Konferenzen, Einzelfall-Aktenanalysen) anstoßen
 - ii) Verbesserungsmaßnahmen einleiten
 - iii) für beides festlegen: Verantwortlicher und Frist

In den beiden Kapiteln 2 „behandlungsbegleitende Kodierung und QS-Dokumentation“ und 4 „Werkzeugkoffer“ sind weitere Maßnahmen und Analysen dargestellt.

Überwachung, Monitoring und Bewertung

Die Wirksamkeit des Monitorings sollte regelmäßig überprüft werden. Dabei gilt es folgende Fragen zu beantworten:

- Wird das Monitoring wie geplant durchgeführt?
- Wird es gelebt?
- Werden die Ziele erreicht?



4. Werkzeugkoffer: Instrumente zur Analyse von Auffälligkeiten und zur Qualitätsentwicklung

4.1 Frage- und Problemstellung

Die Qualitätsindikatoren der datengestützten Qualitätssicherung und aus weiteren Quellen (z. B. Abrechnungsdaten und Registerdaten) werden einem kontinuierlichen, verfahrens- und modulbezogenen Monitoring unterzogen (→ Kapitel 3).

Es werden jene Qualitätsindikatoren identifiziert, die vom Referenz- bzw. Zielbereich abweichen.

Rechnerisch auffällige Ergebnisse werden an die modulverantwortlichen Personen (Ärzte und Pflegefachkräfte) berichtet (Reporting). Die modulverantwortliche Person führt die Primärsichtung des Patientenfalles durch. Es werden Sentinel Events und Anhaltspunkte für eine qualitative Auffälligkeit festgestellt.

Die modulverantwortliche Person (Ärzte/Pflege) analysiert die jeweilige Patientenakte in Bezug auf Optimierungspotentiale im Behandlungsprozess. (→ Kapitel 5 Identifikation von Verbesserungspotential).

Die Ergebnisse der Analyse werden dem internen kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) zugeführt.

4.2 Was ist der Auslöser für die Fragestellung?

Das § 135a Abs. 2 SGB V verpflichtet die Einrichtungen zur Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und die Patientensicherheit zu erhöhen.

Im Rahmen von Zentrumszertifizierungen, welche ebenfalls oft auf Daten der DeQS basieren, sind Anforderungen zu erfüllen.

Die Teilnahme an weiterführenden qualitätssichernden Maßnahmen auf Basis von Abrechnungsdaten beruht

auf einer Entscheidung der Klinikführung und ist grundsätzlich freiwillig.

Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind:

Einerseits soll die Initiierung eines Qualitäts-Portals die Transparenz weiter fördern. Andererseits werden Qualitätsergebnisse bereits jetzt öffentlich gemacht und sind im Internet abrufbar. Dazu zählen die Qualitätsberichte der Krankenhäuser, der Bundesbericht des IQTIG, die Aufbereitung in regionalen Portalen und Printmedien.

Die Veröffentlichung der Ergebnisse medizinischer Qualität beeinflusst die Außendarstellung der Krankenhäuser wesentlich. Aus diesem Grund ist es für die Krankenhäuser besonders wichtig, ein kontinuierliches Monitoring von Qualitätsindikatoren und Methoden und Instrumente zur Qualitätsförderung zu etablieren.

4.3 Wer und was ist beteiligt?

Zusätzlich zu den bereits genannten Akteuren (QS-Verantwortliche, QM-Beauftragte, Modulverantwortliche Person, Medizincontrolling) ist die Leitungsebene zu beteiligen: Chefärzte, Ärztliche Direktion, Pflegedirektion, Leitung Medizincontrolling, Geschäftsführung.

4.4 Qualitätsziele und Zielvereinbarung

Grundlegende Zielausrichtung ist es, aus Auffälligkeiten in der Behandlungsqualität zu lernen und einen Qualitätsverbesserungsprozess zu initiieren und aufrecht zu erhalten.

Bei auffälligen Indikatorergebnissen wird der Qualitätsverbesserungsprozess angestoßen, indem Aktivitäten ergriffen werden mit dem Ziel, die Behandlungsqualität zu verbessern sowie Behandlungsrisiken zu erkennen und zu minimieren.

Mittels konkreter Zielvereinbarungen kann dieser Prozess intern formalisiert und abgesichert werden.

4.5 Maßnahme und Prozess

Aktenanalyse mit medizinisch inhaltlichem Fokus

Allen Settings und Arten der Aufarbeitung aggregierter medizinischer Qualitätsergebnisse liegt eine Form der Aktenanalyse anhand einer definierten Anzahl ausgewählter Fälle zugrunde. Der allgemeine Rahmenprozess der Aufarbeitung stellt sich wie folgt dar:

Der auffällige Qualitätsindikator fungiert als Aufgreifkriterium im Kontext der Aktenanalysen und wird an den

inhaltlich verantwortlichen/modul-verantwortlichen Mitarbeiter zur Durchführung einer weiterführenden vertiefenden Analyse weitergeleitet.

Nach Identifikation des zugrundeliegenden Patientenfalles und Bereitstellen der Patientenakte erfolgt die Aktenanalyse nach einem festgelegten, strukturierten Verfahren. Dies kann anhand einer internen Checkliste nach definierten Kriterien erfolgen.

Bei der Aktenanalyse handelt es sich um die retrospektive Aufarbeitung der gesamten Patientenakte durch einen verantwortlichen Arzt oder eine verantwortliche Pflegekraft.

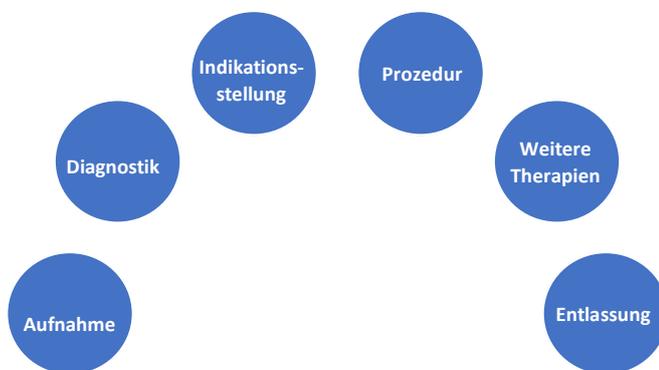


Abbildung 4: Checkpoints im Behandlungsverlauf

Der zunächst als Aufgreifkriterium fungierende Qualitätsindikator selbst tritt bei der weiteren Analyse in den Hintergrund. Der Blickwinkel wird nun auf den gesamten Behandlungsverlauf des identifizierten Patientenfalles ausgeweitet. Die gesamte Patientenbehandlung wird auf Basis der Dokumentation in der Patientenakte einer systematischen Analyse unterzogen. Diese beginnt entsprechend der chronologischen Abfolge mit der Aufnahme und endet mit der Entlassung des Patienten.

Alle in der detaillierten Analyse identifizierten Verbesserungspotentiale werden im Rahmen des Verbesserungsprozesses im Team entsprechend aufgearbeitet (PDCA-Zyklus). Verbesserungspotentiale, abgeleitete Ziele und Maßnahmen werden schriftlich dokumentiert. Verantwortlichkeiten und Zeitfenster für die Umsetzung der Maßnahmen werden festgelegt.

Die Maßnahmenumsetzung wird nachverfolgt, deren Erfolg bewertet und schriftlich festgehalten.

Es werden folgende Formen der Aktenanalyse unterschieden:

a) Einzelfall-Aktenanalyse

Die Einzelfall-Aktenanalyse wird eingesetzt, um Auffälligkeiten in einem einzigen Fall zu analysieren. Sie ist von der detaillierten und strukturierten sog. „Fallanalyse“, wie sie im klinischen Risikomanagement zur Ursachenanalyse fehlerhafter Prozesse eingesetzt wird, zu unterscheiden. Die Einzelfall-Aktenanalyse wird auch in Vorbereitung einer M&M-Konferenz oder eines Peer Reviews eingesetzt.

Sie erfolgt in Form einer retrospektiven Sichtung der gesamten Patientenakte. Die Dauer der Einzelfall-Aktenanalyse hängt von der Schwere der Erkrankung, der Verweildauer und dem Umfang der Patientenakte ab.

Anlass zur Analyse können Fälle mit folgenden Auffälligkeiten/Kriterien sein:

- Todesfälle
- unerwarteter Heilverlauf (z.B. Komplikation, Zwischenfälle)
- Patientenfälle mit auffälligen Aufgreifkriterien
- Sentinel Events
- Ansprüche Dritter

Der verantwortliche ärztliche oder pflegerische Mitarbeiter führt die Einzelfall-Aktenanalysen durch. Dies erfolgt entweder unmittelbar nach Entlassung oder bei Tod des Patienten oder anlassbezogen später z. B. bei Identifikation eines einzelnen Falles im Zuge von auffälligen Auswertungen (aus Abrechnungsdaten, datengestützten QS-Aktivitäten, etc.).

Die bei der Analyse identifizierten Verbesserungspotentiale werden anschließend im ärztlichen und pflegerischen Team diskutiert.

Werden Maßnahmen abgeleitet, sind diese zu protokollieren und ihre Umsetzung nachzuverfolgen. Der abgeleitete Maßnahmenplan wird unter Anonymisierung der Patientendaten geführt und aufbewahrt.

b) Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen)

Eine M&M-Konferenz wird durchgeführt, um an Fällen der eigenen Einrichtung gemeinsam im Team zu lernen. Ziel ist einerseits das individuelle Lernen der Teilnehmer und andererseits die konkrete Verbesserung von Strukturen und Prozessen in der Einrichtung.

(Zitat: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/QS/M_Mk.pdf, S. 13).

Anlass zur Analyse im Rahmen einer M&M-Konferenz

geben folgende Auffälligkeiten, die bei einem oder mehreren Patienten während des Behandlungsprozesses oder nach Behandlungsabschluss auftreten können:

- Todesfälle,
- unerwarteter Heilverlauf (z.B. Komplikation, Zwischenfälle),
- Patientenfälle mit auffälligen Aufgreifkriterien
- Sentinel Events

Aus den gesichteten Akten werden von einem Mitarbeiter der ärztlichen oder pflegerischen Leitung die Fälle mit besonders gravierenden/interessierenden Ereignissen ausgewählt und dem Organisator für die M&M-Konferenz vorgeschlagen.

M&M-Konferenzen werden meist krankenhausintern in regelmäßigen Zeitintervallen durchgeführt. Dabei sind Vorbereitung, Organisation, Ablauf und Moderation einer M&M-Konferenz standardisiert festgelegt. Die Verantwortlichkeiten für alle Aufgaben sind benannt, wie z. B. die Rollen für den Ärztlichen Direktor oder für Mitarbeiter in ärztlicher oder pflegerischer Leitungsfunktion.

Die in der Konferenz als Analyse-Ergebnis gemeinsam identifizierten Verbesserungspotentiale werden gemäß dem PDCA-Zyklus weiterbearbeitet. Die abgeleiteten Maßnahmen werden in einem Maßnahmenplan erfasst. Dieser wird ohne Rückverfolgbarkeit der Patientendaten geführt und über längere Zeit aufbewahrt.

Es erfolgt eine konsequente Nachverfolgung der vollständigen Maßnahmenumsetzung (Maßnahmenmonitoring).

M&M-Konferenzen sollten mindestens einmal pro Quartal stattfinden. Sie werden innerhalb einer Fachabteilung, interdisziplinär oder interprofessionell durchgeführt. Die Dauer beträgt in der Regel eine Stunde. In einer Konferenz werden meist nur ein bis zwei Patientenfälle besprochen.

Die Anzahl der Teilnehmer ist so zu wählen, dass eine konstruktive Analyse des Patientenfalles unter Mitwirken aller Anwesenden ermöglicht wird.

c) Peer Review

Peer Review ist definiert als „kritische (Selbst-)Reflexion des klinischen Handelns im Dialog mit Fachkollegen – unter Verwendung eines strukturierten Verfahrens mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung.“ (modifiziert nach Zitat: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/Leitfaden_Aerztliches-Peer-Review_2014.pdf)

Ein Peer Review wird mit der Zielsetzung durchgeführt, unter Einbeziehung von institutionsfremden „Peers“ an Fällen der eigenen Einrichtung zu lernen und Verbesserungsmaßnahmen zu initiieren. Peers sind ärztliche/pflegerische Fachexperten, die in Leitungsfunktion in anderen Einrichtungen tätig sind.

Anlass zur Analyse eines Peer Reviews geben Auffälligkeiten in einem oder mehreren definierten Aufgreifkriterien. Dies können z. B. vom Referenzbereich abweichende Ergebnisse in Bezug auf definierte Qualitätsindikatoren aus Abrechnungsdaten oder der datengestützten Qualitätssicherung sein.

Ein Peer Review findet nach standardisiertem Ablauf mit definiertem Teilnehmerkreis statt.

Die Aktenanalyse erfolgt sowohl durch die internen wie auch die externen Führungskräfte (leitende Ärzte und Pflegekräfte) als Selbst- und Fremdbewertung. Kernelement des Peer Reviews ist der kollegiale Dialog auf Augenhöhe zwischen den externen Peers mit den Führungskräften der besuchten Einrichtung. Peer Reviews werden in der Regel als interprofessionelle Peer Reviews durchgeführt.

Ein Review dauert in der Regel 1-2 Tage. In der Vorbereitung führt die besuchte Einrichtung zunächst eine Selbstbewertung von 15-20 pseudonymisierten Patientenakten durch, deren Ergebnisse in der Fremdbewertung validiert, im kollegialen Dialog diskutiert und zur Erarbeitung von Verbesserungsmaßnahmen genutzt werden.

Von dem fachlichen Austausch und den Erkenntnissen der gemeinsamen Analyse profitieren die besuchte Einrichtung und die besuchenden Führungskräfte (Peers) gleichermaßen.

4.7 Weitere Instrumente

Qualitätszirkel

Klinikabläufe effizienter gestalten, Mitarbeiter motivieren, Fehler vermeiden – das interne Qualitätsmanagement kennt viele Themen und Aufgabenstellungen. Zahlreiche Krankenhäuser gehen diese Herausforderungen an, indem sie auf persönliches Engagement und freiwillige Mitarbeit setzen. In Qualitätszirkeln im Krankenhaus beschäftigen sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter berufsgruppenübergreifend mit aktuellen Problemen und suchen gemeinsam nach Lösungsvorschlägen. Vorgegebene, vereinbarte oder selbstgewählte Aufgaben- und Problemstellungen werden bearbeitet. Die

Mitarbeiter können sich freiwillig in einem Qualitätszirkel zusammenfinden oder aber als beauftragte Vertreter ihrer Berufsgruppe an einem Qualitätszirkel teilnehmen. Mittlerweile ist im Rahmen der Zertifizierung von Zentren das Einsetzen von Qualitätszirkeln mit verpflichtender Teilnahme der betroffenen Bereiche vorgeschrieben.

Qualitätszirkel fördern Transparenz und Effizienz

Wie lassen sich Prozesse optimieren, Fehlerquellen ausschalten oder Verbesserungen herbeiführen? Die Teilnehmer diskutieren im Qualitätszirkel wichtige Aspekte ihrer täglichen Arbeit oder besondere Herausforderungen ihres Aufgabengebiets.

Ziel ist es, durch neue Blickwinkel und mittels Erfahrungsaustausch Optimierungspotenziale aufzuzeigen bzw. sich der Problemlösung zu nähern. Zum Einsatz kommen dabei verschiedene Kreativitätstechniken – vom Mindmap bis hin zum World Café.

Qualitätszirkel tragen zur Weiterbildung bei

Neue Erkenntnisse aus aktuellen Behandlungsfällen oder auch aus der Fachliteratur werden fachübergreifend diskutiert. Durch die anschließende, idealerweise interdisziplinäre Diskussion erfolgt Wissensweitergabe und entsteht ein Wissenszuwachs bei allen Beteiligten.

Arbeitsweise

Ein Qualitätszirkel ist eine Kleingruppe von sechs bis zwölf Mitarbeitern, die fachübergreifend auf ein bestimmtes Thema bezogen zusammenarbeitet.

Qualitätszirkel werden durch einen Organisator geplant, vorbereitet und von einem in Moderationstechniken besonders geschulten Mitarbeiter geleitet und moderiert. Für die Gruppenarbeit werden ausgewählte QM- und Moderationswerkzeuge verwendet.

Die Teilnehmer an einem solchen Qualitätszirkel sind stets die gleichen, bei Bedarf können jedoch externe Experten, auch niedergelassene Ärzte – oder wichtige Klinikvertreter wie die Verwaltungsdirektion oder die Pflegedienstleitung – hinzugezogen werden.

Die ausgewählten Themen werden auf der Grundlage der Erfahrungen der Teilnehmer analysiert, Lösungsvorschläge erarbeitet sowie deren Umsetzung zu einem vereinbarten Zeitpunkt evaluiert und erneut reflektiert. Die Themenschwerpunkte sind breitgefächert und liegen im gesamten Bereich der Organisation. Auch Rückmeldungen von Patienten und Mitarbeitern zur Organisation, Kommunikation, Zusammenarbeit und sonstige Daten können Ausgangspunkt für die Erarbeitung von

Verbesserungsvorschlägen sein. Eine Patientenaktenanalyse mit spezifischem Fach-Schwerpunkt liegt in der Regel nicht im primären Fokus der Qualitätszirkelarbeit.

Idealerweise finden Qualitätszirkel-Treffen wöchentlich statt und dauern ein bis zwei Stunden. Zusätzlich sind auch eine Vorbereitungszeit und Nachbereitungszeit sowie ggf. Zeiten für die Erledigung von Arbeitspaketen zwischen den Treffen einzurechnen.

Audits

Die Form des eingesetzten Audits hängt von der Art der Ziele ab, die ein Krankenhaus überprüfen möchte.

Ein Audit ist stets sorgfältig zu planen und zielgerichtet zu lenken und zu leiten. Im Rahmen eines Audits wird überprüft, ob ein geplanter Prozess oder ein selbst gestecktes Ziel auch verwirklicht werden konnte.

Möchte ein Krankenhaus z. B. einzelne (Teil-)Prozesse oder Organisationsbereiche auf aufbau- und ablauforganisatorische Tauglichkeit, Störanfälligkeit und/oder Risiken untersuchen, kann es einzelne Prozess- oder Organisations-Audits nicht nur regelmäßig und planmäßig, sondern auch außerplanmäßig durchführen.

Prozessaudits, z. B. im Patientenversorgungsbereich, können insbesondere der Überwachung und Nachverfolgung des Erreichens von Qualitätszielen, einer vorgabekonformen Umsetzung von Behandlungsabläufen oder auch der Kommunikation bei Schnittstellenthemen dienen.

Prozessaudits können systemorientiert oder projektorientiert durchgeführt werden:

- systemorientiert: Es werden nur unmittelbar betroffene Prozessabläufe auditiert.
- projektorientiert: zu festgelegten Zeitpunkten eines Entwicklungs- und Planungsprozesses, um Defizite zeitnah aufzudecken.

Prozessaudits werden, wie Audits generell, immer planmäßig nach einem festgelegten Auditplan durchgeführt, der Bestandteil des QM-Systems eines Krankenhauses ist. Sie können auch außerplanmäßig stattfinden, wenn beispielsweise die Qualität der Patientenversorgung auffällig ist, Patientenbeschwerden vorliegen oder Änderungen im Versorgungsablauf vorgenommen wurden.

Die Methoden M&M-Konferenzen und Peer Reviews können zu den Produktaudits gezählt werden.

Der Auditablauf folgt immer dem gleichen Schema:

- Vorbereitung
- Durchführung
- Abschluss mit Bericht

Daran schließt sich die Festlegung von Maßnahmen und deren Verfolgung bis zum Wirksamkeitsnachweis an.

Je nach Themenstellung ist entsprechende Zeit für Vorbereitung und Nachbereitung des Audits einzuplanen.

Implementierung von Behandlungspfaden, SOPs, Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien

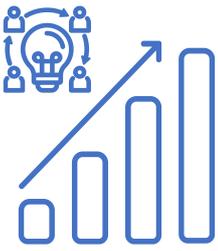
„Behandlungsleitlinien sind systematisch entwickelte Aussagen, die dem behandelnden Arzt und dem Patienten die Entscheidungsfindung für eine angemessene Behandlung spezifischer Krankheitssituationen erleichtern sollen“.

Um die Umsetzung der Inhalte von Leitlinien wirksam zu unterstützen, sind sie in einer kurzen, übersichtlichen und anwenderfreundlichen, auf die Patientenversorgung im Krankenhaus adaptierten Form abzubilden. Handlungsempfehlungen, SOPs und Behandlungspfade sind die dafür geeigneten Tools. Diese kommen zur Festlegung einrichtungsinterner Ziele und Vorgaben zum Einsatz. Ihre Einhaltung sollte regelmäßig überprüft werden, dabei festgestellte Abweichungen können die Basis für Verbesserungsmaßnahmen bilden.

Um dem Stand der Wissenschaft zu entsprechen, sind Leitlinien und davon abgeleitete Standards wie SOPs, Handlungsempfehlungen oder Behandlungspfade regelmäßig auf Aktualität und damit auf Gültigkeit zu überprüfen.

Überwachung/Monitoring/Bewertung

Die Implementierung der Analysewerkzeuge und der leitlinienbasierten Standards führen zur Identifikation von Verbesserungspotentialen. Die Umsetzung der daraus abgeleiteten Qualitätsverbesserungsmaßnahmen wird fortlaufend überprüft und ihre Ergebnisse werden evaluiert.



5. Identifikation von Verbesserungspotenzial

5.1 Frage- und Problemstellung

Im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung sollen die definierten externen und internen Zielwerte oder Referenzbereiche erreicht und ggf. gesteigert werden. Dazu sind Verbesserungsschritte abzustimmen, die sich nach Bedarf auf die Struktur-, Prozess- und/oder Ergebnisqualität beziehen und von den beteiligten Mitarbeitern akzeptiert und umgesetzt werden können.

5.2 Was ist der Auslöser für die Fragestellung?

Im Zuge des Monitorings (Kapitel 3) liegen die Ergebnisse und Abweichungen von Qualitätsindikatoren (QI) der externen QS und aus anderen Quellen vor (u. a. aus Routinedaten, Benchmark etc.). Durch weiterführende Analysen (Kapitel 4) werden Dokumentationsartefakte und Gründe für die Abweichungen identifiziert.

Beteiligte sind alle am QS-Prozess mitwirkenden Personen, dazu gehören z. B.

1. QS-/QM-verantwortliche Person der Einrichtung
2. modul-verantwortliche Person
3. Qualitätsbeauftragte der Abteilungen
4. ggf. zusätzlich Vertreter oder Führungskräfte aus Ärztlichem, Pflege- und Verwaltungsdienst

5.3 Qualitätsziele und Zielvereinbarung

Übergeordnete Ziele:

1. Awareness für Verbesserungsschritte der Qualitätsentwicklung bei den Beteiligten fördern und aufrechterhalten
2. Software-Probleme (z. B. Anwendung, Plausibilitätsregeln) beheben
3. Validität der QS-Daten und damit der Ergebnisse sicherstellen

Qualitätsbezogene Ziele ergeben sich aus folgenden Quellen:

1. Referenzbereiche der externen QS
2. Kennzahlen aus internen Qualitätszielen (z. B. abgeleitet von Leitlinien der Fachgesellschaften, SOPs, Klinische Pfade, Anforderungen von Fachzertifizierungen, Zielvereinbarungen mit Mitarbeitern oder Führungskräften)
3. Interne und externe Benchmarkingprojekte

5.4 Verbesserungsschritte und Prozess

Zur Abstimmung von Verbesserungsschritten mit den Beteiligten bieten sich die Moderationsmethode und ein Vorgehen nach dem PDCA-Zyklus an (s.u.)

Vorab wird empfohlen,

... die beteiligten Personen zu informieren über:

1. Bedeutung und Einflussfaktoren der für den Arbeitsbereich relevanten QI
2. Ergebnisse der Analyse (s. 2.2.) inkl. Ursachen und ggf. Gründe der Abweichungen
3. Zusammenhang aufzeigen zur intrinsischen Motivation einer bestmöglichen und sicheren Versorgung der Patienten

... und zu sensibilisieren für:

4. die Kontinuität der Verbesserungsschritte im Arbeitsalltag
5. Qualitätsziele und Verbesserungsschritte als interprofessionelle und interdisziplinäre Aufgabe und Verantwortung

Es ist sinnvoll, einen Prozessverantwortlichen zu benennen und die Vertretung festzulegen. Deren Aufgaben sind:

6. neue Entwicklungen der den Qualitätsindikatoren zugrundeliegenden Leitlinien, Expertenstandards und QS-Richtlinien aufzuzeigen und die Beteiligten bei der Umsetzung einzubeziehen.
7. Nutzen, Zweck und Aktualität der vorhandenen patientenbezogenen Dokumentationssysteme zu prüfen, die für den Qualitätsindikator relevant sind.

Zur Festlegung von Verbesserungsschritten sind folgende Schritte hilfreich:

8. Art des Handlungsbedarfes ableiten
 - Betrifft es die Struktur?
 - Betrifft es den Prozess?
 - Betrifft es die Dokumentation (inkl. Software)?
9. Kriterien für die Auswahl von zielführenden und nachhaltigen Verbesserungsschritten definieren:
 - Ist die Maßnahme geeignet, um das Problem zu

beheben?

- Ist die Maßnahme umsetzbar?
 - Findet die Maßnahme Akzeptanz?
 - Kann die Maßnahme evaluiert werden?
10. Kriterien formulieren (SMART), mit denen die Wirksamkeit der Verbesserungsschritte geprüft werden kann
 11. Neuen Workflow dokumentieren, implementieren und regelmäßig evaluieren
 12. Internes Verfahren zur Überprüfung der Notwendigkeit und Aufrechterhaltung der Verbesserungsschritte festlegen, wie z.B. Dokumentationskontrolle (Kapitel 4 Werkzeugkoffer)

Mitarbeitern (s. Kapitel 4 Werkzeugkoffer).

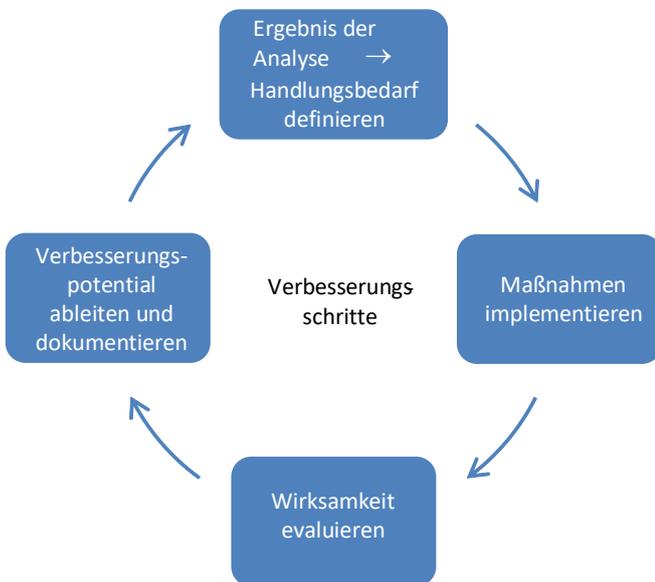


Abbildung 5: Plan-Do-Check-Act-Zyklus

5 Monitoring und Bewertung

Das Monitoring bezieht sich sowohl auf die Ebene der Verbesserungsschritte als auch auf die Ebene der von den Qualitätszielen abweichenden Qualitätsindikatoren und Kennzahlen.

Das Monitoring soll folgendes erreichen:

1. Die Vermittlung der internen Vorgaben und Verbesserungsschritte an die neuen Mitarbeiter sicherstellen
2. Entwicklung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen beobachten (s. Monitoring)
3. Zielerreichung der Verbesserungsschritte prüfen

Eignung der eingeleiteten Verbesserungsschritte und der eingesetzten Instrumente aus dem Werkzeugkoffer bewerten, auch hinsichtlich Ihrer Akzeptanz bei den



6. Stellungnahmeverfahren

In diesem Kapitel wird ausschließlich das gesetzlich vorgegebene Stellungnahmeverfahren gemäß der DeQS-RL behandelt.

Aus Sicht des Leistungserbringers ergeben sich folgende drei Schritte:

1. Analyse durchführen
2. Vereinbarung erstellen und abstimmen
3. Umsetzung realisieren

Stellungnahmeverfahren: Abläufe aller Beteiligten (LAG, Klinik)

6.1 Frage- und Problemstellung

Wenn in der Jahresauswertung Hinweise auf Dokumentationsmängel und/oder rechnerische Auffälligkeiten vorliegen, lösen LAG oder IQTIG in der Regel gegenüber dem Leistungserbringer ein Stellungnahmeverfahren aus. Dieses kann in Form einer Aufforderung zur schriftlichen Stellungnahme, einer Besprechung oder einer Begehung erfolgen.

Wenn die abschließende externe Bewertung die Auffälligkeit aufrechterhält, kann eine Vereinbarung zwischen LAG oder IQTIG und Leistungserbringer getroffen werden.

Der Leistungserbringer kann daraufhin einen internen Verbesserungsprozess starten, um die Vereinbarung umzusetzen.

Regelhaft sollte dabei auch mittelfristig geprüft werden, ob sich die ergriffenen Verbesserungsschritte aus dem Stellungnahmeverfahren in einem veränderten Ergebnis des Qualitätsindikators niederschlagen.

6.2 Was ist der Auslöser für die Fragestellung?

Ein Stellungnahmeverfahren kommt in der Regel dann zustande, wenn die Ergebnisse einzelner Qualitätsindikatoren oder Auffälligkeitskriterien außerhalb des Referenzbereichs liegen oder bei Sentinel-Event-Indikatoren im Erfassungsjahr mindestens ein auffälliges Ereignis

dokumentiert wird.

Siehe § 8a Abs. 3 DeQS-RL

<https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>

...

(3) Die Aufgaben der Fachkommissionen sind insbesondere:

1. Prüfung der von der Bundesauswertungsstelle übermittelten Auswertungen sowie fachliche Bewertung im Hinblick auf Auffälligkeiten
2. Empfehlung der Einleitung sowie zur Art und Weise des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 Absatz 2 Satz 1 und dessen Zeitrahmen gegenüber der LAG bzw. der Bundesstelle
3. Bewertung der Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens
4. Empfehlung über den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens oder die Einleitung von Maßnahmen gemäß § 17 Absatz 3 und 4, sowie Empfehlungen zum Zeitrahmen innerhalb dessen die Maßnahmen umgesetzt werden sollen gegenüber der LAG bzw. der Bundesstelle

Empfehlung eines geeigneten Verfahrens zur Überprüfung der Durchführung sowie des Erfolgs der Maßnahmen gegenüber der LAG bzw. der Bundesstelle.

6.3 Materialien und Dokumente

1. Aufforderung zur Stellungnahme (durch die LAG oder den UA QS des G-BA; E-Mail und/oder Link im Stellungnahme-Portal)
2. Datengrundlage
 - a) Liste der auffälligen Vorgangsnummern, bereitgestellt von IQTIG über die Datenannahmestellen (DAS-KH oder DAS-KV)
 - b) Zugriff auf die QS-Dokumentation der Einrichtung
 - c) Zugriff auf die Patientenakten
 - d) IQTIG-Dokumentationsbogen; <https://iqtig.org/qs-verfahren/> → Verfahren auswählen → Dokumentationsbogen
 - e) Ausfüllhinweise; <https://iqtig.org/qs-verfahren/> → Verfahren auswählen → Ausfüllhinweise)
 - f) Auslösekriterien („QS-Filter“; <https://iqtig.org/qs-verfahren/> → Verfahren auswählen → Anwenderinformation QS-Filter)

3. QI-Ergebnisse
 - a) Rückmeldebericht (einrichtungsbezogene Jahresauswertung; von IQTIG, wird über die DAS-KH oder DAS-KV bereitgestellt)
 - b) Beschreibung der Qualitätsindikatoren („QIDB“; <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/qidb/> oder Rechenregeln; <https://iqtig.org/qs-verfahren/> → Verfahren auswählen → Rechenregeln, prospektiv, endgültig, Auffälligkeitskriterien)
 - c) Liste der auffälligen Vorgangsnummern (→ 4a)

Wird der Leistungserbringer im Zuge einer Jahresauswertung zu einer Stellungnahme aufgefordert, ist zunächst zu analysieren, wie das auffällige Ergebnis zustande gekommen ist. Dazu können die einzelnen Datensätze aus der QS-Dokumentationssoftware herangezogen werden. In vielen Fällen ist es sinnvoll, auch die Patientenakten (oder zumindest eine Stichprobe) der auffälligen Datensätze hinzuzuziehen.

Es hat sich bewährt, die Qualitätsergebnisse über die Jahresauswertung hinaus auch unterjährig im Blick zu halten.

6.4 Wer ist beteiligt?

Beteiligte:

1. Modulverantwortlicher und
2. QS-Koordinator der Einrichtung
3. Situations-/inhaltsbezogen weitere Leitungskräfte (z.B. Ärztliche Leitung, Pflegedienstleitung, Verwaltungsleitung)

6.5 Qualitätsziele und Zielvereinbarung

Über das Stellungnahmeverfahren wird eine Vereinbarung zwischen LAG oder IQTIG und dem Leistungserbringer getroffen.

Der Leistungserbringer legt die internen Qualitätsziele fest und entscheidet welche Verbesserungsschritte eingeleitet werden.

6.6 Maßnahmen und Prozess

Bei Aufforderung zu einer schriftlichen **Stellungnahme** hat es sich bewährt, wie folgt vorzugehen:

1. Kurze Analyse der Auffälligkeit, Benennung von Verbesserungsschritten, um Auffälligkeiten zukünftig zu vermeiden
 - a) Ggf. epikritische Erläuterung am ursächlichen Einzelfall
 - b) Ggf. Erläuterung des oder der Dokumentationsfehler → durch welche Verbesserungsschritte

sollen Dokumentationsfehler zukünftig vermieden werden

- c) Ggf. Erläuterung der Abweichung vom Standardvorgehen → durch welche Verbesserungsschritte sollen Abweichungen zukünftig vermieden werden
2. Zusammenfassendes Fazit
 - a) Die <Auffälligkeit(en)> wurden
 - b) potenziell verursacht durch <Ursache>.
 - c) Ggf. zur Vermeidung in der Zukunft werden wir bis zum <Datum> folgende <Verbesserungsschritte> umsetzen.
 - d) Ggf. zur Vermeidung in der Zukunft haben wir bereits am <Datum> folgende <Verbesserungsschritte> umgesetzt.
 - e) Ggf. Begründung, warum die Verbesserungsschritte als geeignet angesehen werden, um Auffälligkeiten zukünftig zu vermeiden.

Eine Vereinbarung gemäß DeQS umfasst eine oder mehrere Verbesserungsschritte, Umsetzungsfristen und Berichtspflichten, die zur Verbesserung der Qualität der Behandlung dienen. Eine Vereinbarung kann auch Verbesserungsschritte zur Verbesserung der Dokumentationsqualität umfassen. Die LAG entscheidet über die von der Fachkommission empfohlene Vereinbarung bzw. Maßnahmenstufe.

§ 17 Abs. 3 Satz 3 DeQS-RL:

Als Inhalt einer Vereinbarung kommen beispielsweise in Betracht (Maßnahmenstufe 1):

- a) Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien
- b) Teilnahme am Qualitätszirkel
- c) Implementierung von Behandlungspfaden
- d) Durchführung von Audits
- e) Durchführung von Peer Reviews
- f) Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien.

§ 17 Abs. 4 Sätze 1–3:

Bestehen Belege für schwerwiegende einzelne Missstände, verweigert eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer den Abschluss oder die Erfüllung einer Vereinbarung oder wird der durch die Vereinbarung angestrebte Zustand in der vorgesehenen Zeit nicht erreicht, ist der betroffenen Leistungserbringerin oder dem betroffenen Leistungserbringer Gelegenheit zur Äußerung zu geben. Die Frist zur Äußerung soll vier Wochen

betragen. Die zuständige Stelle nach Absatz 1 Satz 1 entscheidet unter Berücksichtigung der Äußerung über die Anwendung folgender Maßnahmen (Maßnahmenstufe 2):

- a) Korrektur der Vereinbarung
- b) Information der für Vergütungsabschläge oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit der jeweiligen Leistung zuständigen Stellen mit entsprechenden Empfehlungen.

Sowohl die zuständige externe Stelle (LAG oder IQTIG) als auch die Leistungserbringer müssen der Vereinbarung zustimmen.

Wenn der Leistungserbringer der vorgeschlagenen Vereinbarung nicht in allen Punkten zustimmt, gibt es zwei Möglichkeiten. Die zuständige externe Stelle

- 1. legt geeignete Verbesserungsschritte fest, mit denen die angestrebte Qualitätsverbesserung erreicht werden kann, oder
- 2. verfügt, dass der Leistungserbringer von der Versorgung ausgeschlossen wird.

Wenn der Leistungserbringer zugestimmt hat, haben sich folgende Schritte zur Umsetzung der Vereinbarung bewährt:

- 1. Maßnahmenplan mit Verbesserungsschritten, Verantwortlichkeiten und Fristen erstellen
- 2. Verbesserungsschritte von den Verantwortlichen bestätigen lassen
- 3. Umsetzung und Wirksamkeit der Verbesserungsschritte überprüfen und bewerten
- 4. Bericht und Nachweise an zuständige Stelle (LAG oder IQTIG) übermitteln

6.7 Überwachung und Bewertung

Sobald der extern durch LAG oder IQTIG initiierte Verbesserungsprozess im Krankenhaus umgesetzt ist, kann darauf aufbauend ein an selbst gesteckten Qualitätszielen ausgerichteter, kontinuierlicher Verbesserungsprozess etabliert und weiterentwickelt werden.

Dadurch wird es auch möglich:

- 1. besondere Stärken zu identifizieren und auszubauen
- 2. QI-Ergebnisse unterjährig zu monitoren und rechtzeitig eingzugreifen

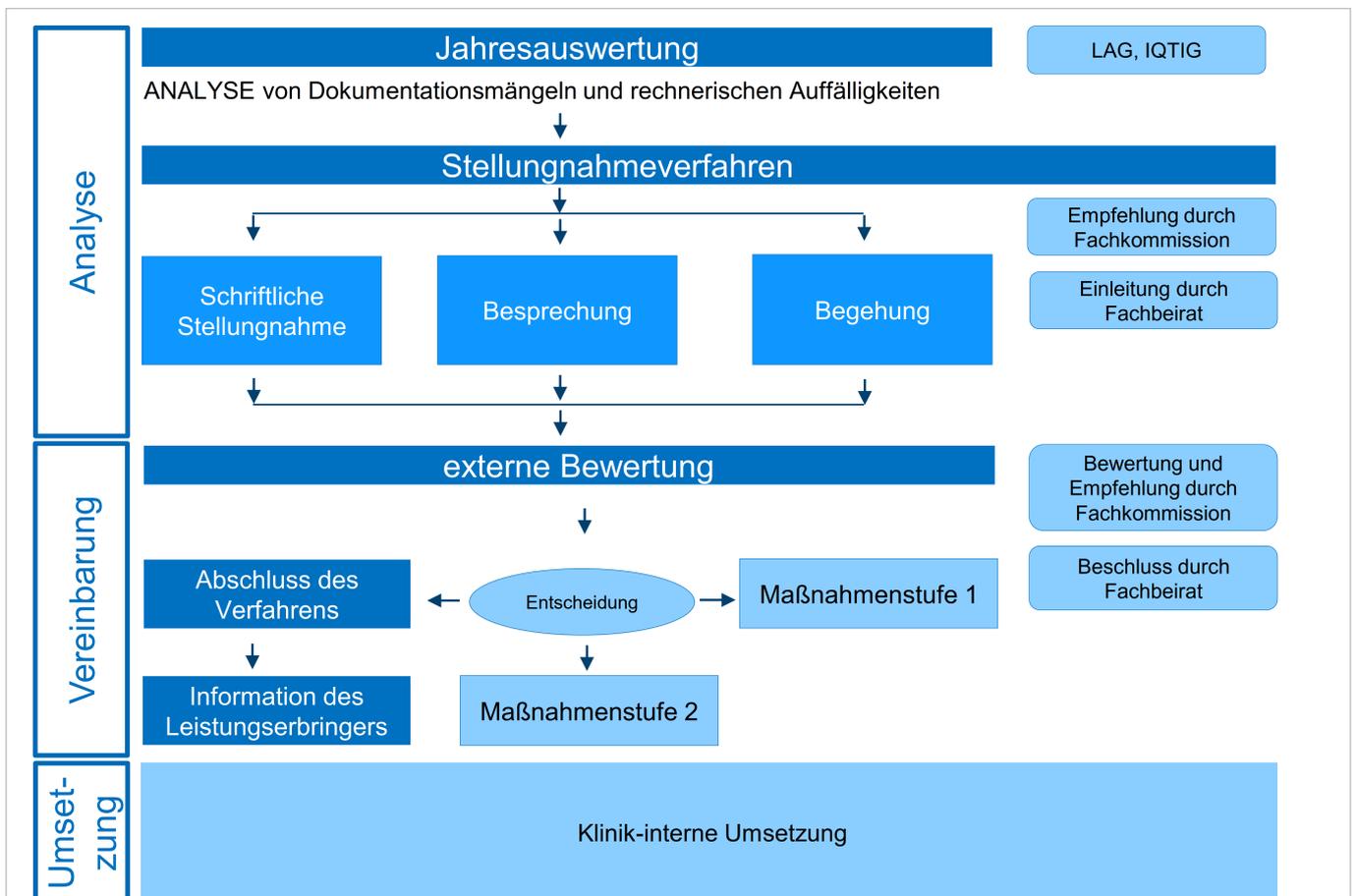


Abbildung 6: Stellungnahmeverfahren

3. Präventive Maßnahmen zur Vermeidung von Auffälligkeiten zu etablieren, insbesondere in folgenden Konstellationen:
 - a) unterdurchschnittliche aber noch nicht auffällige Ergebnisse,
 - b) bekannte Abweichungen, die sich noch nicht in auffälligen Ergebnissen niederschlagen,
 - c) zur vorsorglichen Implementierung bekannter Präventionsmöglichkeiten

Die Ergebnisse der anderen Einrichtungen liefern eine Vergleichsmöglichkeit und den Ansporn, besser zu werden und zu den Besten vorzustoßen.



7. Einbindung der Ergebnisse in das interne Qualitätsmanagement

7.1 Frage- und Problemstellung

Wie können die Ergebnisse aus der datengestützten Qualitätssicherung und aus Qualitätsindikatoren anderer Quellen im internen Qualitätsmanagement für die Qualitätsverbesserung genutzt werden?

Die Ergebnisse sind regelmäßig Bestandteil von Sitzungen und Konferenzen aller Klinikbereiche. Auf der Grundlage der hierbei gemeinsam analysierten Kennzahlen werden, wo immer möglich, interne Ziele/Zielwerte festgelegt. Diese fließen im Rahmen der Maßnahmenplanung in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess ein und werden über die internen Prüfmaßnahmen (z. B. Audits) hinsichtlich der Wirksamkeit überwacht.

7.2 Was ist der Auslöser für die Fragestellung?

Auffällige Ergebnisse aus der datengestützten Qualitätssicherung und aus Qualitätsindikatoren anderer Quellen

7.3 Wer ist beteiligt?

Die Umsetzung des Verbesserungsprozesses wird maßgeblich durch folgende Berufsgruppen unterstützt:

1. QM- und QS-Mitarbeiter
2. Mitglied der Leitung des Pflegedienstes
3. für den betreffenden Bereich verantwortliche ärztliche Mitarbeitende
4. je nach Thema weitere Fachkräfte der Klinik/des Klinikbereiches

7.4 Qualitätsziele und Zielvereinbarung

Die Einbindung beteiligter Berufsgruppen erhöht die Akzeptanz für mögliche Veränderungen im Arbeitsbereich. Prozessanpassungen können über interne Schulungen mit allen Beteiligten diskutiert und umgesetzt werden.

Ziel ist es, die Patientensicherheit zu erhöhen, indem die eigene Sicherheitskultur aktiv umgesetzt und von allen Beteiligten „gelebt“ wird.

7.5 Maßnahmen und Prozess

Die abgeleiteten Maßnahmen und die erreichten Ziele werden zusammengefasst dargestellt und evaluiert. Dies kann zum Beispiel im Rahmen der Managementbewertung erfolgen. Folgende Fragen können dabei unterstützen:

- Fanden Gespräche zur Analyse der medizinischen Ergebnisqualität statt, mit welcher Bewertung? (Wurde ein Bericht erstellt? Wenn ja, durch wen?)
- Wurden Qualitätsprobleme bei der Analyse erkannt? (Wer erstellte den Bericht?)
- Wurden die benötigten Fälle für die datengestützte Qualitätssicherung rechtzeitig und vollständig dokumentiert? (mindestens 95% am Quartalsende, 100% zur Abgabe der Jahresdaten)
- Wurde intern stichprobenartig die Richtigkeit der für die datengestützte Qualitätssicherung erhobenen Daten validiert? Mit welchem Ergebnis?
- Welche Erkenntnisse ergab die Analyse der Indikatoren?
- Gab es statistische Auffälligkeiten bei planungsrelevanten Indikatoren?
- Gab es Aufforderungen zum strukturierten Dialog/Stellungnahmeverfahren?
- Welche Erkenntnisse ergab die Analyse der Indikatoren aus anderen Quelle?
- Welche Erkenntnisse ergaben sich aus Einzelfall-Aktenanalysen, M&M-Konferenzen, Peer Reviews? Wurden beschlossene Maßnahmen zeitgerecht umgesetzt?

Beispielgebend wird im Folgendem die Evaluation im Rahmen der Managementbewertung gemäß der DIN EN ISO 9001 dargestellt. Sie erfolgt nach den von der ISO-Norm geforderten Eingaben für die Managementbewertung:

Normkapitel	Anforderung der Norm	Bezug auf die Qualitätsindikatoren
9.3.2 a)	Status von Maßnahmen vorheriger Managementbewertungen	
9.3.2 b)	Veränderungen bei externen und internen Themen, die das QMS betreffen (z. B. neue Gesetze und GB-A-Richtlinien, veränderte Wettbewerbssituation, in der Aufbau- und Ablauforganisation, in der strategischen Positionierung der Klinik, durch neue Fachabteilungen, durch neue diagnostische oder therapeutische Vorgehensweisen, durch Führungskräftewechsel)	
9.3.2 c)	Informationen über die Leistung und Wirksamkeit des QMS, einschließlich Entwicklungen bei:	
9.3.2 c) 1	Kundenzufriedenheit und Rückmeldungen interessierter Parteien	Auswertung der Patientenbefragungen im Rahmen der esQS; Ergebnisse aus PROMs; Rückmeldungen der Fachausschüsse (z. B. Stellungnahmeverfahren), des Medizinischen Dienstes (z. B. MD-QK-RL), der Kostenträger (z. B. Mindestmengen).
9.3.2 c) 2	Umfang der Erfüllung der Qualitätsziele	Spezifische prozessbezogene Qualitätsziele übergeordnet (quartalsweises Qualitätscontrolling und Maßnahmenableitung) oder auf QI-Ebene (z. B. E-E-Zeit, door to needle time) benennen und zu vorgegebenen Terminen überprüfen. Ziele für den Erreichungsgrad der QI-/ Kennzahlenergebnisse definieren.
9.3.2 c) 3	Prozessleistung und Konformität von Produkten und Dienstleistungen	Bewährte Mittel sind interne Audits (wie z. B. M&M-Konferenzen, Peer Reviews, Einzelfall-Aktenanalysen) mit individuellen Fragestellungen und in Kombination mit Sicherheitsaudits, die zeitlich und bezüglich der speziellen Anforderungen geplant werden.
9.3.2 c) 4	Nichtkonformität und Korrekturmaßnahmen	Auffälligkeiten des abgelaufenen Jahres mit den entsprechenden erfolgreichen Maßnahmen einfügen.
9.3.2 c) 5	Ergebnisse von Überwachungen und Messungen	Ergebnisse der Kennzahlen und Qualitätsindikatoren darstellen: z. B. datengestützte QS, §21, Patientenbefragung, Beschwerden, Begehungen, Sicherheitsaudits, CIRS, Analysen (Einzelfall-Aktenanalysen, M&M-Konferenzen, Peer Reviews), Projekte.
9.3.2 c) 6	Auditergebnisse	Ergebnisse der internen Audits zusammenstellen.
9.3.2 c) 7	Leistungen von Lieferanten und Unterauftragnehmern	Falls eine enge und relevante Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen oder Kliniken gepflegt wird, Bewertung vornehmen.
9.3.2 d)	Angemessenheit von Ressourcen	Personelle Untergrenzen sowie erforderliche Ausstattungsvorgaben bewerten.
9.3.2 e)	Wirksamkeit von Maßnahmen zur Behandlung von Risiken und Chancen	Maßnahmen aus dem abgelaufenen Jahr bewerten.
9.3.2 f)	Möglichkeiten zur Verbesserung	Im Team ermittelte Verbesserungspotentiale in konkrete Maßnahmen umsetzen.

Tabelle 2: Maßnahmen zur Umsetzung der Normkapitelforderungen

8. Ausblick

Die vorliegende Arbeitshilfe soll Sie ermutigen und motivieren, die Ergebnisse der datengestützten Qualitätssicherung nutzbringend für die internen Prozesse einzusetzen. Ihr Feedback, Ihre Erfahrungen, Anregungen und Kommentare sind herzlich willkommen und können gerne mit der GQMG geteilt werden: kennzahlen@gqmg.de.

9. Literatur

zu Kapitel 4 Werkzeugkoffer:

- Methodischer Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&MK)“ der Bundesärztekammer unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/QS/M_Mk.pdf.
- Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen der Stiftung Patientensicherheit Schweiz unter https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/2_Forschung_und_Entwicklung/MOMO/Leitfaden_Morbiditaets-_und_Mortalitaetskonferenzen.pdf.
- Martin JRO, Zacher J (Hrsg). Leitfaden für interdisziplinäre Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen Handbuch IQM konsequent transparent. MWV, Berlin, 2014, S 151–158.
- Leitfaden Ärztliches Peer Review https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/Leitfaden_Aerztliches-Peer-Review_2014.pdf (Zugriff zuletzt am 17.08.2022).
- Curriculum Ärztliches Peer Review, Bundesärztekammer. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/CurrAerztlPeerReview2013.pdf (Zugriff zuletzt am 17.08.2022).
- <https://blog.klinik-wissen-managen.de/internes-qualitaetsmanagement-qualitaetszirkel-im-krankenhaus/> (Zugriff zuletzt am 17.08.2022).
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Versorgungsforschung/Rahmenkonzept.pdf, S.4, „II Implementierung von Leitlinien in den ärztlichen Alltag“, (Zugriff zuletzt 17.08.2022).
- (DIN EN ISO 9000:2005-12: Qualitätsmanagementsystem – Grundlagen und Begriffe, Kapitel 3.9.1., Beuth Verlag, Berlin 2005). https://www.dgg.de/fachbeitraege/was-ist-eigentlich-ein-audit/?gclid=EAlaIqobChMI-4_RnMyK8QIVCgGLCh3k-gnIEAAYAiAAEgKKwPD_BwE.
- <https://de.wikipedia.org/wiki/Prozessaudit>.
- (G-BA 2020) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) (online: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2354/DeQS-RL_2020-11-20_IK-2021-01-19_AT-18-01-2021-B6.pdf).

Wir gestalten Qualität für Patientinnen, vernetzen Gesundheitsberufe, verbessern Prozesse

Die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) ist ein Netzwerk für alle Menschen, die an der Qualität in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung arbeiten.

- **Wir gestalten Qualitätskultur mit Blick auf Patienten, Mitarbeiterinnen und Wirtschaftlichkeit.** Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung basiert auf Werten und einer Unternehmenskultur, die von den Führungskräften einer Einrichtung getragen werden. Wir fördern ein am Wohl des Patienten orientiertes, umfassendes Qualitätsverständnis, das alle Berufsgruppen und Hierarchiestufen berücksichtigt.
- **Wir führen einen wissenschaftlichen Diskurs zu Qualität und Patientensicherheit und beziehen Stellung.** Dazu schaffen und bündeln wir Wissen und teilen dieses innerhalb und außerhalb der Fachkreise. Als Fachgesellschaft beziehen wir auf dieser Basis Stellung zu aktuellen Entwicklungen rund um Qualität und Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung. Wir spannen dabei den Bogen vom einzelnen Akteur bis hin zu Meinungsbildnern und politischen Entscheidungsträgern.
- **Wir vernetzen die Akteure des Qualitäts- und Risikomanagements, geben ihnen Anregung und praktische Unterstützung.** Wir bieten Austausch zwischen Erfahrenen und Neulingen und Hilfestellung bei Alltagsproblemen. Wir setzen Impulse für die Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsversorgung. Wir entwickeln und verbreiten validierte Instrumente und geben Hinweise für alle medizinischen Berufsgruppen wie auch für Patienten.

Die GQMG besteht seit 1993, seit 2002 ist sie Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Medizinisch-Wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Sie kooperiert mit den Fachgesellschaften sQmh in der Schweiz und ASQS in Österreich. www.gqmg.de

Anschrift für die Verfasser

Dr. med. Susanne Eberl
susanne.eberl@sana.de

Susanne Rode
su_rode@web.de

Wir bedanken uns bei Karin Kissel, Markus Lehmann, Inge Mayer, Dr. Thomas Petzold, Dr. Sabine Rath, Monika Schröder, Dirk Wolf für Impulse vor allem in der frühen Phase dieses Projektes.