Qualitätssicherung im Gesundheitswesen Baden-Württemberg

Externe Qualitätssicherung für Einsteiger

Susanne Rode/Rebekka Sasse
Referentinnen der QiG BW GmbH
Stuttgart, den 28.11.2019

Inhalt

- **Richtlinien und Verfahren**
  a) Übersicht
  b) Detail
     QSKH, DeQS, plan. QI, Landesverfahren (MRE, Schlaganfall, UNHS)
- **IQTIG**
- **Aktuelle Informationen**
- **Auswertung**
- **Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren**

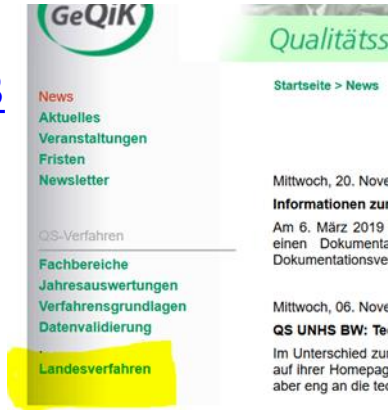
a) Übersicht Richtlinien Qualitätssicherung

- Richtlinien Qualitätssicherung beim G-BA: https://www.g-ba.de/richtlinien/zum-unterausschuss/3/

- Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (**QSKH-RL**)
- Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (**DeQS-RL**)
- Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (**plan. QI-RL**)
- Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (**QFR-RL**)
- …

- Landesverfahren http://geqik.de/index.php?id=73

- …



Bundesweite Verfahren QSKH und DeQS, Nur indirekte Verfahren

QSKH-RL Leistungsbereiche EJ 2019	- Ambulant erworbene Pneumonie - Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) - Herzschrittmacherversorgung - Hüftendoprothesenversorgung - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung - Implantierbare Defibrillatoren - Karotis-Revaskularisation - Knieendoprothesenversorgung - Mammachirurgie - Perinatalmedizin - Pflege: Dekubitusprophylaxe Vgl. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1834/QSKH-RL_2019-03-22_iK-2019-06-01.pdf, letzter Zugriff 22.11.2019
DeQS-RL	Verfahren 1: QS PCI
	Verfahren 2: QS WI
	Verfahren 3: QS CHE
	Verfahren 4: QS NET

Landesweite Verfahren BW

QS UNHS BW
MRE
QS Schlaganfall

Außerdem u.a.:
- QFR
- planQI
- direkte QSKH-Leistungsbereiche
- Verfahren 5 und 6 der DeQS-RL

QSKH-RL: Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern



Richtlinie

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

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

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

zuletzt geändert am 20. Juni 2019
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.10.2019 B2)
in Kraft getreten am 1. Januar 2020

noch nicht in Kraft getreten.

https://www.g-ba.de/richtlinien/38/

QSKH-RL: Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern

§ 2 Ziele der Qualitätssicherung

Orientiert am Nutzen für die Patientinnen und Patienten verfolgen Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Krankenhausleistungen insbesondere folgende Ziele:

a) Durch Erkenntnisse über Qualitätsdefizite Leistungsbereiche systematisch zu identifizieren, für die Qualitätsverbesserungen erforderlich sind.

b) Unterstützung zur systematischen, kontinuierlichen und berufsgruppenübergreifenden einrichtungsinternen Qualitätssicherung (internes Qualitätsmanagement) zu geben.

c) Vergleichbarkeit von Behandlungsergebnissen, insbesondere durch die Entwicklung von Indikatoren, herzustellen.

d) Durch signifikante, valide und vergleichbare Erkenntnisse, insbesondere zu folgenden Aspekten, die Qualität von Krankenhausleistungen zu sichern und zu verbessern:

- Ergebnisqualität,
- Indikationsstellung für die Leistungserbringung,
- Angemessenheit der Leistung,
- Erfüllung der strukturellen und sächlichen Voraussetzungen zur Erbringung der Leistungen,
- die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten zu stärken.

https://www.g-ba.de/richtlinien/38/

QSKH-RL: Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern

- Die QS-Verfahren der Richtlinie sind in die direkten QS-Verfahren und indirekte QS-Verfahren aufgeteilt und für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser unmittelbar verbindlich.
- Gemäß der Richtlinie ist die **QiG BW GmbH** für die indirekten Leistungsbereiche zuständig für
  - Datenannahme (Datenannahmestelle DAS)
  - Auswertung / Fallzahlbescheinigung („Zertifikat“)
  - Strukturierter Dialog
  - Datenvalidierung

Datenvalidierung
§ 9 QSKH-RL

- Die übermittelten QS-Daten werden auf Validität geprüft
- Datenvalidierungsverfahren
  - **Statistische Basisprüfung** (Vollzähligkeit-, Vollständigkeit- und Plausibilitätsprüfung)
  - **Stichprobenverfahren** mit Datenabgleich, in dem die Übereinstimmung der QS-Dokumentation mit der Patientenakte überprüft wird
  - **Gezielter Datenabgleich**, in dem die Übereinstimmung der QS-Dokumentation mit der Patientenakte wegen konkreter Anhaltspunkte auf Dokumentationsmängel überprüft wird

Datenvalidierung
§ 9 QSKH-RL

- **Gezielter Datenabgleich** bei:
  - Besonders häufige und relevante Dokumentationsfehler im Rahmen eines Datenabgleichs im Vorjahr.
  - Wiederholt rechnerische Auffälligkeiten in der Statistischen Basisprüfung.
  - Bei festgestellter Nicht-Dokumentation eines Sentinel-Event im Vorjahr.
- Falls aus datenschutzrechtlichen Gründen keine direkte Akteneinsicht möglich ist, muss der MDK den Datenabgleich vor Ort durchführen.
- Ergebnisse sollen in Zukunft auch im Qualitätsbericht veröffentlicht werden.

100% Dokumentationsrate

§ 24 Qualitätssicherungsabschläge und Ausgleiche

Richtlinie

Gemeinsamer Bundesausschuss

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

(Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern/QS RL)

CAVE: **Unterdokumentation**

Neonatologie krankenhausbezogen gesondert berechnet. [4]Bei einer Dokumentationsrate eines Leistungsbereiches von unter 100 Prozent wird ein Abschlag für jeden nicht dokumentierten Datensatz in Höhe von 150,00 Euro festgelegt; es sei denn, das Krankenhaus weist nach, dass die Unterschreitung unverschuldet ist. [5]Lag ab dem Erfassungsjahr 2015 die Dokumentationsrate des jeweiligen Leistungsbereiches bereits im Vorjahr unter 95 Prozent, erhöht sich der Abschlag für jeden nicht dokumentierten Datensatz auf 300,00 Euro. [6]Lag ab dem Erfassungsjahr 2019 die Dokumentationsrate des jeweiligen Leistungsbereiches bereits ahr unter 100 Prozent, erhöht sich der Abschlag für jeden nicht dokumentierten tz auf 300,00 Euro. [7]Bei einer Dokumentationsrate der Leistungsbereiche der antationen (Leistungsbereiche Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme, nsplantation, Leberlebendspende, Nierentransplantation, Nierenlebendspende, und Herz-Lungen-Transplantation und Pankreas- und Pankreas-Nieren-antation nach Anlage 1) von unter 100 Prozent wird ein Abschlag für jeden nicht ntierten Datensatz in Höhe von 2.500,00 Euro festgelegt; es sei denn, das haus weist nach, dass die Unterschreitung unverschuldet ist. [8]Lag ab dem gsjahr 2015 die Dokumentationsrate der jeweiligen Leistungsbereiche der Transplantationen bereits im Vorjahr unter 100 Prozent, erhöht sich der Abschlag für jeden nicht dokumentierten Datensatz auf 5.000,00 Euro. [9]Die herzchirurgischen Leistungsbereiche Aortenklappenchirurgie, isoliert, Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und Koronarchirurgie, isoliert sowie die Leistungsbereiche Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation nach Anlage 1 werden als jeweils ein Leistungsbereich gezählt. [10]Erfüllt ein Krankenhaus seine Pflicht zur Abgabe der Konformitätserklärung nach § 23 Absatz 2 nicht fristgerecht, ist es von der auf Landesebene beauftragten Stelle unverzüglich unter Setzung einer zweiwöchigen Lieferfrist zu ermahnen. [11]Sind die Pflichten auch nach Ablauf dieser zweiten Frist nicht erfüllt, ergeht ein Abschlag von 6.000,00 Euro.

Fehlerfreie Implementierung der Spezifikation?

- QS-Dokumentationsabläufe
- Software
- IT-mäßige Integration im KH

https://www.g-ba.de/richtlinien/38/

Richtlinien und Verfahren

DeQS-RL: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung

Richtlinie

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung

(DeQS-RL)

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

zuletzt geändert am 17. Januar 2019
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 04.11.2019 B1)
in Kraft getreten am 5. November 2019 *

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1960/DeQS-RL_2019-01-17_iK-2019-11-05_AT-04-11-2019-B1.pdf, letzter Zugriff am 22.11.2019

DeQS-RL: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung

[3]Ziele der Richtlinie sind insbesondere:

a) die Qualität in der medizinischen Versorgung zu sichern und zu fördern

b) die Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität zu verbessern

c) valide und vergleichbare Erkenntnisse über die Versorgungsqualität der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zu gewinnen

d) Erkenntnisse über Qualitätsverbesserungspotenziale zu gewinnen

e) das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zu unterstützen

f) ein transparentes Verfahren für alle Beteiligten bei der Vorbereitung, Entwicklung, Auswertung, Bewertung und Durchführung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu gewährleisten

g) soweit sachgerecht und möglich durch die sektorenübergreifende Betrachtung einen kontinuierlichen Qualitätsentwicklungsprozess einzuleiten

h) Patientensicherheit und Patientenorientierung zu stärken

i) Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen und damit

j) die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten zu stärken.

(DeQS-RL Teil 1 § 1 Abs. 2 Satz 3, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1960/DeQS-RL_2019-01-17_iK-2019-11-05_AT-04-11-2019-B1.pdf, letzter Zugriff am 22.11.2019, Hervorhebungen eingefügt)

DeQS-RL: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung

- **„sektorspezifisch oder sektorenübergreifend“**

(DeQS-RL Teil 1 § 1 Abs. 3, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1960/DeQS-RL_2019-01-17_iK-2019-11-05_AT-04-11-2019-B1.pdf, letzter Zugriff am 22.11.2019)

- **Geltungsbereich**

(6) [1]Diese Richtlinie gilt insbesondere für:

1. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser
2. zur vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärztinnen, Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und ermächtigte ärztlich oder zahnärztlich geleitete Einrichtungen
3. Krankenkassen.

(DeQS-RL Teil 1 § 1 Abs. 6, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1960/DeQS-RL_2019-01-17_iK-2019-11-05_AT-04-11-2019-B1.pdf, letzter Zugriff am 22.11.2019, Hervorhebungen eingefügt)

DeQS-RL: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung

Aufbau

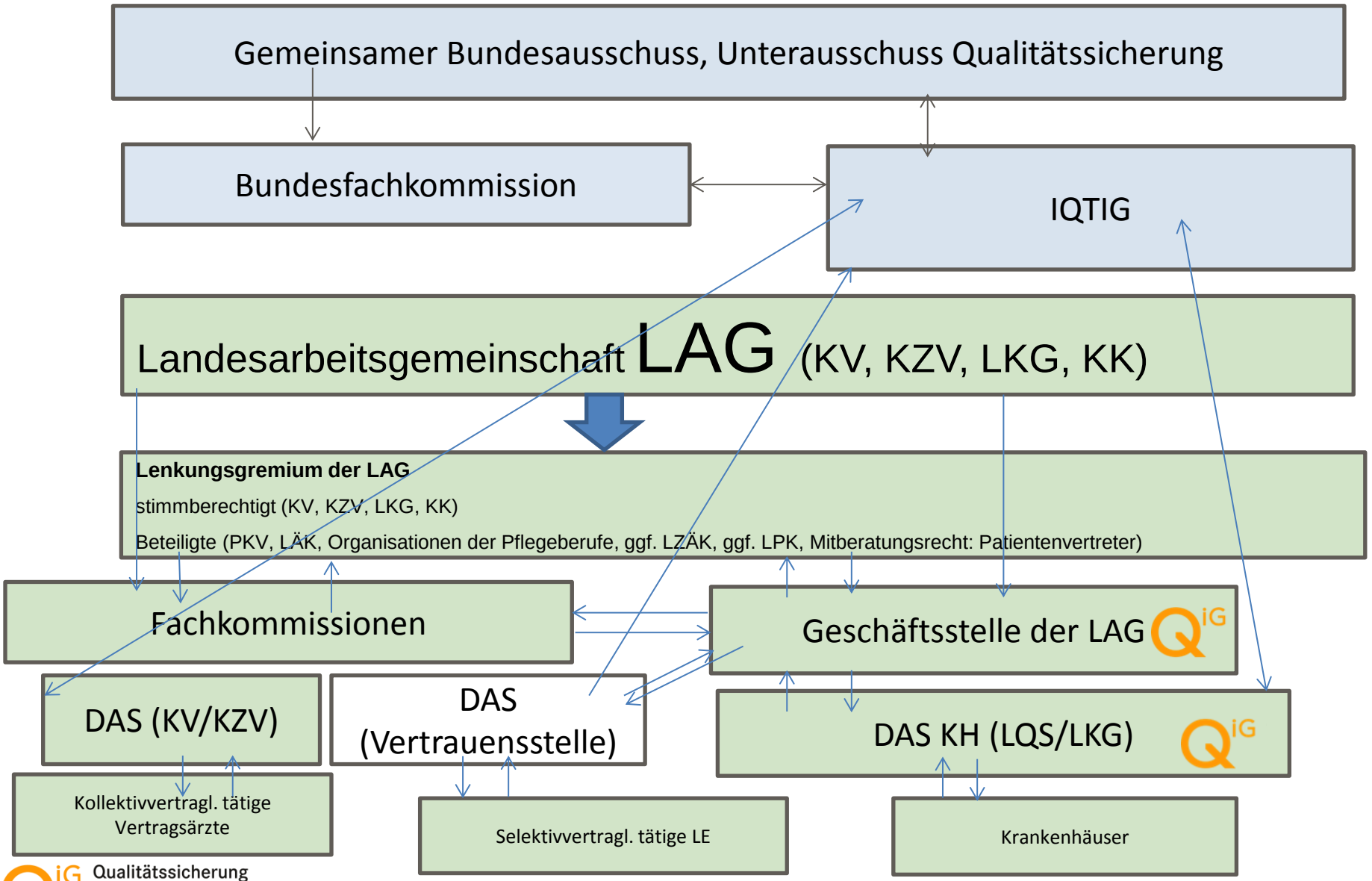
- Teil 1: Rahmenbestimmungen
- Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

(Vgl. DeQS-RL unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1960/DeQS-RL_2019-01-17_iK-2019-11-05_AT-04-11-2019-B1.pdf, letzter Zugriff am 22.11.2019)

Bund

Land

Struktur QS gemäß DeQS-RL (vereinfachte Darstellung)



QS-Verfahren Übersicht

Einbezogene Leistungen im Erfassungsjahr 2019 und 2020: QSKH-RL

Übermittlung an QiG BW GmbH (daten@qigbw.de) (indirekte QS-Verfahren)

Leistungsbereich/Follow-up
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)
Herzschrittmacherversorgung (Herzschrittmacher-Implantation, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation) (091, 09/2, 09/3)
Implantierbare Defibrillatoren (Implantierbare Defibrillatoren-Implantation, Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel, Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation) (09/4, 09/5, 09/6)
Hüftendoprothesenversorgung (Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschließlich endoprothet. Versorgung Femurfraktur, Hüftendoprothesen-Wechsel und - Komponentenwechsel) (HEP)
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)
Karotis-Revaskularisation (10/2)
Knieendoprothesenversorgung (Knieendoprothesen-Erstimplantation einschließlich unikondylärer Schlittenprothesen, Knieendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel) (KEP)
Mammachirurgie (18/1)
Perinatalmedizin (Perinatalmedizin – Geburtshilfe, Perinatalmedizin – Neonatologie) (16/1, NEO)
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)

Einbezogene Leistungen mit Wechsel im Erfassungsjahr 2020: DeQS-RL

Übermittlung an QIG BW GmbH (daten@qigbw.de) (indirekte QS-Verfahren)

Leistungsbereich/Follow-up
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI)
Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (HCH → KCHHK)
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)
Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation (PNTX)
Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation Follow-up (PNTXFU)
Nierenlebendspende (NLS)
Lebertransplantation (LTX)
Leberlebendspende (LLS)
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)
Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen (fallbezogen) (NWIF)
Cholezystektomie (CHE)
Dialyse (DIAL)

Einbezogene Leistungen mit Wechsel im Erfassungsjahr 2020: QSKH-RL

Übermittlung an IQTIG (daten@iqtig.org) (direkte QS-Verfahren)

- Überführung der QS-Verfahren zur Transplantationsmedizin (HTX, LLS, LTX, LUTX, NLS, PNTX) und Herzchirurgie (HCH) in die DeQS-RL (**Übermittlung an QiG BW GmbH, daten@qigbw.de**).
- Umbenennung von „Herzchirurgie“ in „Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen“.
- Besonderheit: Im Jahr 2020 richten sich FU-Module der Transplantationsmedizin noch nach der QSKH-RL, da sie sich auf die Vorjahre 2017-2019 beziehen:

Leistungsbereich/Follow-up
Follow-up Herztransplantation 2017-2019 (HTXFU)
Follow-up Leberlebendspende 2017-2019 (LLSFU)
Follow-up Lebertransplantation 2017-2019 (LTXFU)
Follow-up Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation 2017-2019 (LUTXFU)
Follow-up Nierenlebendspende 2017-2019 (NLSFU)
Follow-up Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation 2017-2019 (PNTXFU)

Zusammenfassung: Neuerungen Spezifikation QSKH-RL / DeQS-RL

- Überführung der QS-Verfahren zur Transplantationsmedizin (HTX, LLS, LTX, LUTX, NLS, PNTX) und Herzchirurgie (HCH) in die DeQS-RL (**Übermittlung an QiG BW GmbH, daten@qigbw.de**).
- Transplantationsmedizin wird zum neuen Verfahren QS TX.
- Umbenennung von „Herzchirurgie“ in „Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen“. D.h. HCH wird zum neuen Verfahren QS KCHHK.
- Besonderheit: Im Jahr 2020 richten sich FU-Module der Transplantationsmedizin noch nach der QSKH-RL, da sie sich auf die Vorjahre 2017-2019 beziehen. D.h. Übergangsregelung für die letzten drei FU-Jahre der Transplantationsmedizin nach QSKH-RL.
- Neues Verfahren QS NET löst Dialyse und PNTX ab.

Plan. QI-RL

Richtlinie

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses
Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

(plan. QI-RL)

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

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

https://www.g-ba.de/richtlinien/91/
https://www.g-ba.de/beschluesse/4015/

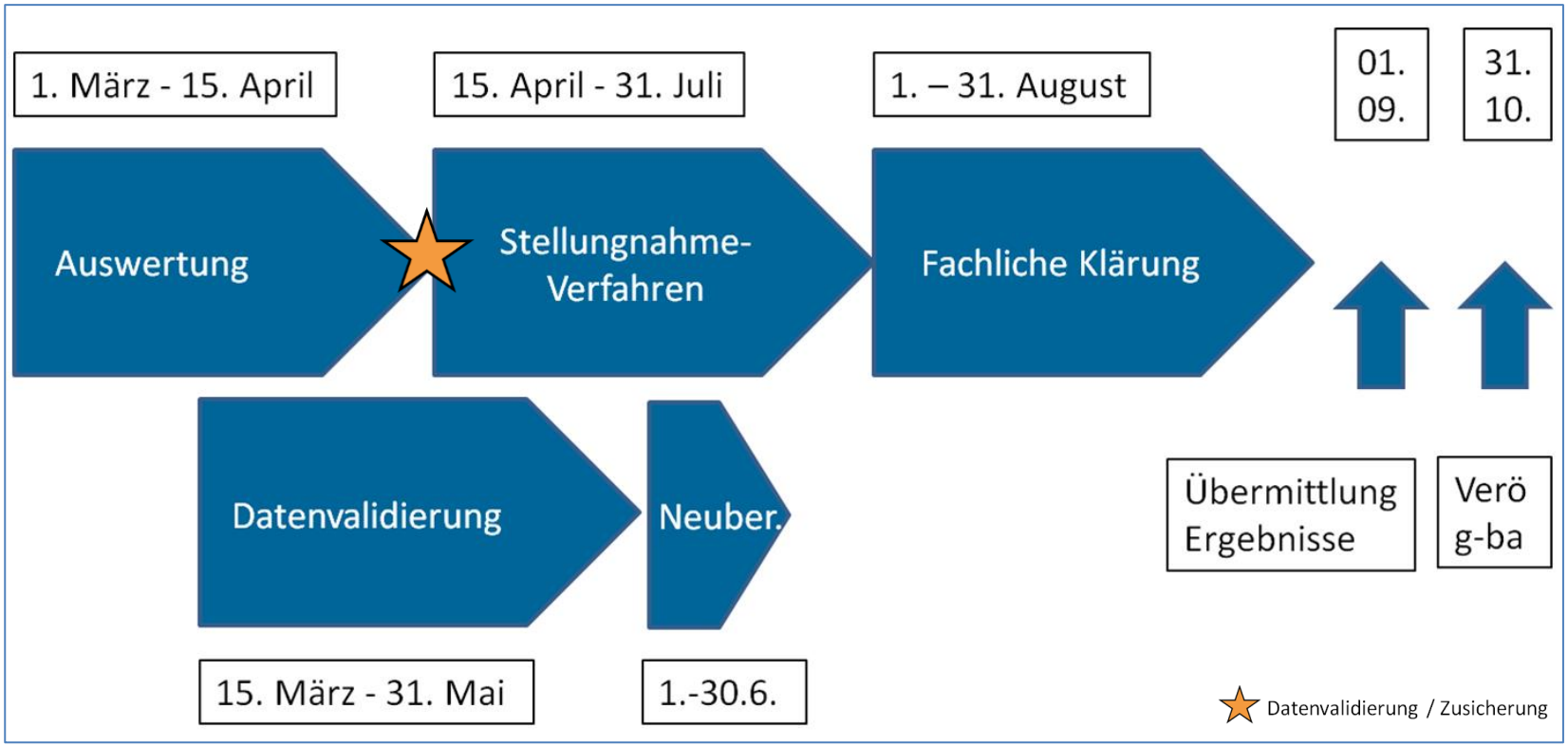
Plan. QI-RL
Liste der Qualitätsindikatoren

QI-ID	Indikatorbezeichnung	Referenzwert
Gynäkologische Operationen		
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	≤ 20,00 %
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	≤ 5,00 %
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	≤ 4,18
Geburtshilfe		
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	≥ 90,00 %
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	≥ 95,00 %
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	Sentinel-Event
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	≥ 90,00 %
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	≤ 2,32
Mammachirurgie		
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	Sentinel-Event
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %“

Plan. QI-RL
§ 6 Datenübermittlung

- Quartalsweise Datenübermittlung an die QiG BW GmbH
- Quartalslieferungen:
  - 15. Mai (Datenlieferung zum 1. Quartal des Erfassungsjahres),
  - 15. August (Datenlieferung zum 2. Quartal des Erfassungsjahres),
  - 15. November (Datenlieferung zum 3. Quartal des Erfassungsjahres) sowie
  - 28. Februar des folgenden Jahres (Datenlieferung zum 4. Quartal des Erfassungsjahres).
- Korrigierende Datenlieferungen, einschließlich Stornierungen, Neu- und erstmalige Lieferungen von Datensätzen, sowie Änderungen von Datensätzen für Daten aller Quartale bis zum **28. Februar** des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres.

Plan. QI-RL
Zeitlicher Ablauf

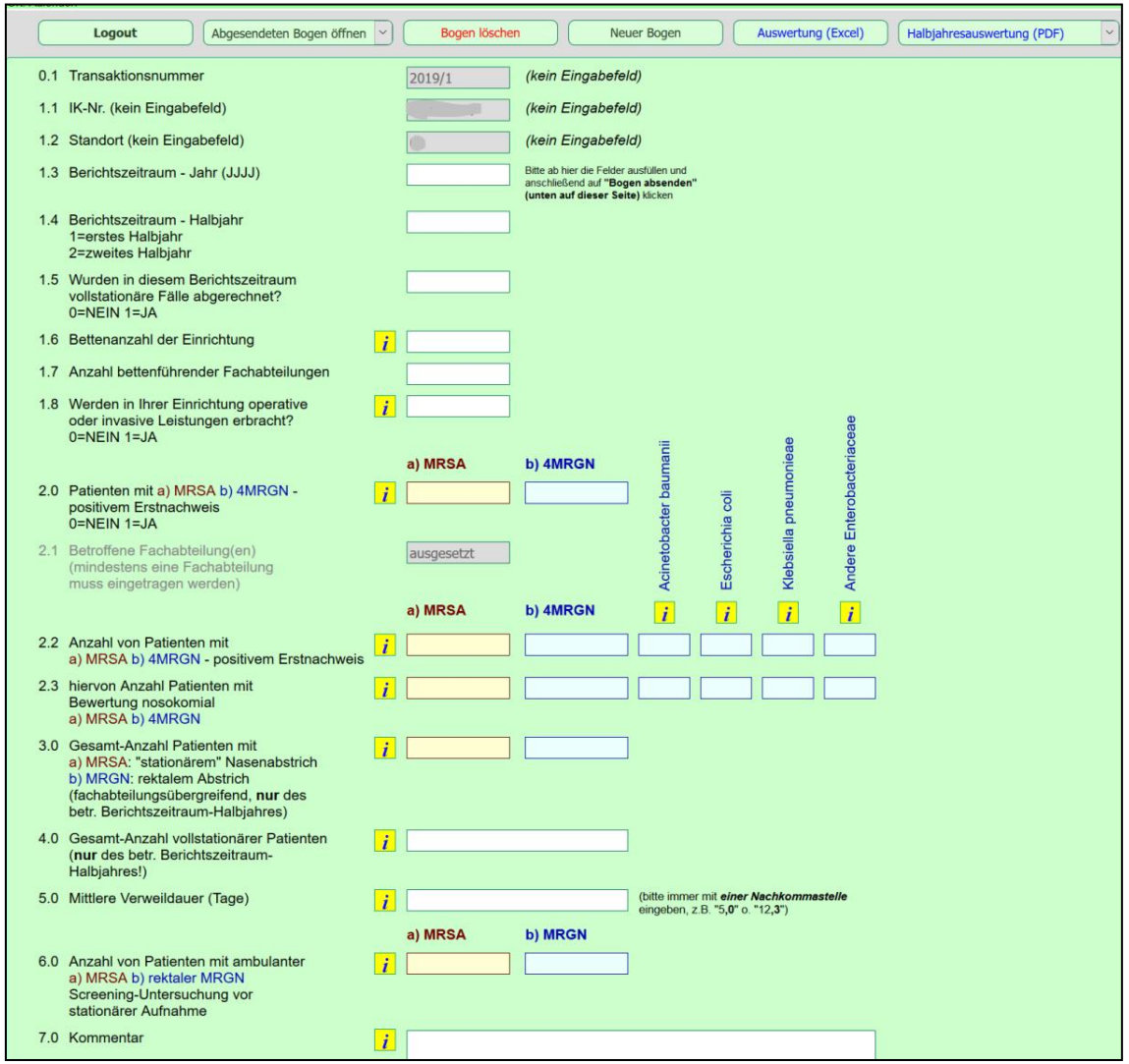


Landesverfahren: QS-Verfahren "MRE" in Baden-Württemberg

- Seit dem 2.Halbjahr 2010 QS-Verfahren zum Umgang mit hochresistenten Erregern, speziell Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA).
- Erweiterung 2. Halbjahr 2015 um multiresistente Keime des gramnegativen Spektrums, die gegen vier Antibiotikagruppen resistent sind (4MRGN).
- **Geplant ab 2. Halbjahr 2020**: Erweiterung um VRE
- Verpflichtender Datenabgabeschluss der Halbjahresdaten ist jeweils bis 31. August für die Daten des 1.Halbjahres und bis 28.Februar für die Daten des 2. Halbjahres.
- http://www.qigbw.de/index.php?id=1081:
  - Aufgreifkriterien
  - Halbjahresauswertungen
  - Arbeitsgruppenmitglieder
  - Datensatz
  - Web-Erfassungstool (http://mre.geqik.de)

Aufgreifkriterien:
Aufgreifkriterium A (Screeningrate-MRSA)
Aufgreifkriterium B (Screeningrate-4MRGN)
Aufgreifkriterium C (Rate nosokomial MRSA)
Aufgreifkriterium D (Veränderung Screeningrate MRSA
Aufgreifkriterium E (Rate nosokomial 4MRGN)

Landesverfahren: QS-Verfahren "MRE" in Baden-Württemberg



Landesverfahren: QS-Verfahren „UNHS" in Baden-Württemberg

- http://www.qigbw.de/index.php?id=1702
  - Technische Spezifikation
  - Ausfüllhinweise Neugeborenen-Hörscreening Rheinland-Pfalz (NHS_RP)
  - FAQ QS UNHS BW
  - Verfahrensgrundlagen:
    - Infoschreiben
    - Datenfluss- und Datenverarbeitungskonzept
- Datenübermittlung an unhs@qigbw.de

Landesverfahren: QS-Verfahren „Schlaganfall" (80/1)

- Übermittlung an daten@qigbw.de
- http://www.qigbw.de/index.php?id=954
- Zu beachten: es gibt keinen gesonderten Minimaldatensatz (MDS), stattdessen im Basisbogen: Feld EINSCHLUSS = 0

IQTIG: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

- „das zentrale Institut für die gesetzlich verankerte Qualitätssicherung im Gesundheitswesen in Deutschland“
- „Sitz in Berlin“
- „Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) entwickelt das Institut Qualitätssicherungsverfahren und beteiligt sich an deren Durchführung.“
- „wissenschaftlich unabhängig“
- (https://iqtig.org/das-iqtig/, letzter Zugriff am 22.11.2019)

IQTIG

IQTIG: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Internetseite des IQTIG als Informationsquelle

- Übersicht über QS-Verfahren: https://iqtig.org/qs-verfahren/

→ Zu den jeweiligen QS-Verfahren

Ausfüllhinweise, Dokumentationsbögen, QS-Filterinformationen, FAQs

- Spezifikationen (unter Reiter „Datenerfassung“):

→ inkl. Änderungen, Erläuterungen zum MDS,…

IQTIG

Aktuelle Informationen

- Homepage der QiG BW GmbH (http://www.qigbw.de)



Sollstatistik 2019 und 2020

- **Sollstatistiken 2019**
  - Grundlage für die Bestimmung der Vollständigkeit und Vollzähligkeit der QS-Daten, pro Standort erstellt
  - Aufteilung in Quartale nach Entlassungsdatum
  - 09/1 bis 09/6, 10/2,17/1, HEP, KEP, PNEU
    (Aufnahme 2019 und Entlassung 2019)
  - NEO, DEK, 15/1, 16/1, 18/1
    [(Aufnahme 2018 oder 2019) und Entlassung 2019]
  - DeQS-Verfahren: PCI_LKG, NWIF
    [(Aufnahme 2018 oder 2019) und Entlassung 2019]
  - *DeQS-Verfahren: CHE*
    [Aufnahme 2019 und Entlassung 2019]

- **Sollstatistiken 2020**
  - Grundlage für die Bestimmung der Vollständigkeit und Vollzähligkeit der QS-Daten, pro IKNRKH erstellt
  - Aufteilung in Quartale nach Entlassungsdatum
  - 09/1 bis 09/6, 10/2,17/1, HEP, KEP, PNEU
    [(Aufnahme 2019 oder 2020) und Entlassung 2020]
  - NEO, DEK, 15/1, 16/1, 18/1
    [(Aufnahme 2019 oder 2020) und Entlassung 2020]
  - DeQS-RL Verfahren: PCI_LKG, NWIF, CHE
    [(Aufnahme 2019 oder 2020) und Entlassung 2020]
  - *DeQS-Verfahren: DIAL*
    [Aufnahme 2020 und Entlassung 2020]

Entkoppelung der Sollstatistik vom Standortbezug

Sollstatistik 2019 und 2020

Aktuelle Informationen

- **Sollstatistiken 2019**
  - Grundlage für die Bestimmung der Vollständigkeit und Vollzähligkeit der QS-Daten, pro IKNRKH erstellt
  - Aufteilung in Quartale nach Entlassung
  - NEO, DEK, 15/[illegible]
    [(Aufnahme 2018 oder 2019) und Entlassung 2019]
  - DeQS-Verfahren: PCI_LKG, NWIF
    [(Aufnahme 2018 oder 2019) und Entlassung 2019]
  - *DeQS-Verfahren: CHE [*
    Aufnahme 2019 und Entlassung 2019]

- **Sollstatistiken 2020**
  - Grundlage für die Bestimmung der Vollständigkeit und Vollzähligkeit der QS-Daten, pro IKNRKH erstellt
  - Aufteilung in Quartale nach Entlassung
  - DeQS-RL Verfahren: [illegible] VIF, CHE
    [(Aufnahme 2019 oder 2020) und Entlassung 2020]
  - *DeQS-Verfahren: DIAL*
    [Aufnahme 2020 und Entlassung 2020]

Warum ab 2020 IK-Nummernbezogen?
Bei standortbezogener Sollstatistik würden die SOLL-Zahlen von den IST-Zahlen der Auswertungen häufig abweichen, da SOLL-Zahlen nach dem entlassenden Standort ausgewiesen werden, während die IST-Zahlen häufig nach dem leistungserbringenden Standort ausgewertet werden.

Entkoppelung der Sollstatistik vom Standortbezug

Abgabefristen 2019 (QSKH / DeQS)

- **Risiko-/Sollstatistiken 2019**
  - **Risikostatistik 2019 (QSKH-RL)**: **01.01.-15.02.2020**
    Aufstellung der geprüften Risikofaktoren des Krankenhauses pro Standort
    Alle Patienten, die bis zum 31.12.2019 entlassen wurden
    Fallbezogen
    - Beispiel (FAELLE_GEPRUEFT >= 1):
      RISIKOBASIS_2019.txt und RISIKOSTATISTIK_2019.txt ->
      RS_2019_<IKNRKH>_<STANDORT>.zip->
      RS_2019_<IKNRKH>_<STANDORT>_BW.zip.gpg
  - **Sollstatistiken 2019 (QSKH-RL)**: **01.02.-15.02.2020**
  - **Sollstatistiken 2019 (DeQS)**: **01.02.-15.03.2020**

Öffentliche Schlüssel für die Datenübermittlung:
https://iqtig.org/datenerfassung/servicedateien

QS-Daten: Aktuelle Abgabefristen

- Vierteljährliche QS-Datenabgabefristen (6 Wochen nach Quartalsende):
  15.05., 15.08., 15.11. und 28.02.
- QS-Daten 2019 (QSKH-RL) und Landesverfahren 80/1:
  28.02.2019
- QS-Daten 2019 (DeQS-RL außer einrichtungsbezogen QS WI):
  28.02.2020 mit **Korrekturfrist** bis zum **15.03.2020**
- Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (NWIES, NWIEA):
  01.01. -28.02.2020
- Alle Lieferungen der indirekten QS-Verfahren an
  daten@qigbw.de

Öffentliche Schlüssel für die Datenübermittlung:
https://iqtig.org/datenerfassung/servicedateien

Aktuelle Informationen

Dateneinsendung technisch (Merkkasten)

daten@qigbw.de (alle Leistungsbereiche außer QS UNHS BW)

QS-Daten nach QSKH-RL, DeQS und Landesrecht: bis 28.02.2020
(Korrekturfrist für Daten nach DeQS-RL bis 15.03.2020,
außer einrichtungsbezogene Daten QS WI)
Bsp.: T-BW1234A-2019_01_02_104301.zip.aes
Bsp. (80/1): T-BW1234A-100.zip.3des

Landesverfahren QS UNHS BW: unhs@qigbw.de (QS UNHS BW)
Bsp.: T-BW1234A-50.zip.gpg

Risikostatistik: 01.01.2020 - 15.02.2020
Bsp.: RS_2019_260912345_00_BW.zip.gpg

Sollstatistik der QSKH-RL: 01.02.2020 - 15.02.2020
Bsp.: SOLL_2019_260912345_00_BW_QSKH.zip.gpg

Sollstatistik der DeQS-RL: 01.01.2020 - 15.03.2020
Bsp.: SOLL_2019_260912345_00_BW_QESUE.zip.gpg

Öffentliche Schlüssel für die Datenübermittlung:
https://iqtig.org/datenerfassung/servicedateien

Fallzahlbescheinigung (Zertifikat)

- Die Fallzahlbescheinigung für das aktuelle Erhebungsjahr wird **im April des Folgejahres** erstellt.
- Die Bescheinigung enthält hierbei eine Gegenüberstellung der vom Krankenhaus im Rahmen der Soll-Statistik übermittelten Fallzahl der dokumentationspflichtigen Fälle pro Leistungsbereich mit den tatsächlich an die Datenannahmestellen übermittelten und plausiblen Datensätze (Datenerhebung).

Datenbankstand + Zertifikate

Aktuelle Informationen

- Datenbankbestand (täglich)
  - Datenbankstand – gesamt
  - Datenbankstand - aufgeteilt nach Fachabteilungen
  - Datenbankstand - aufgeteilt nach Registriernummern
  - Die Transaktionen (Datenlieferungen) im einzelnen
  - Anzahl der korrekt dokumentierten Bögen pro Aufnahmequartal – 2019
  - Sollstatistik-QSKH – 2019
  - Sollstatistik-DeQS – 2019
  - Risikostatistik (Basisdaten) – 2019
  - http://qsb.geqik.de („Statistik online“)

- Zertifikate (jährlich)
  Dokumentationsraten

Positivliste
http://www.qigbw.de/index.php?id=1747

Modul	Gesamt	OK	Fehler
Alle	4	4	0
09/1 (Aufn. u. Entl. in 2019)	1	1	0
09/2 (Aufn. u. Entl. in 2019)	1	1	0
09/3 (Aufn. u. Entl. in 2019)	1	1	0
09/4 (Aufn. u. Entl. in 2019)	2	2	0
09/5 (Aufn. u. Entl. in 2019)	8	8	0
09/6 (Aufn. u. Entl. in 2019)	9	9	0
10/2 (Aufn. u. Entl. in 2019)	2	2	0
15/1 (Aufn. u. Entl. in 2019)	1	1	0
15/1 (Überlieger, Aufn. in 2018, Entl. in 2019)	2	2	0
16/1 (Aufn. u. Entl. in 2019)	1	1	0
16/1 (Überlieger, Aufn. in 2018, Entl. in 2019)	6	6	0
17/1 (Aufn. u. Entl. in 2019)	7	7	0
18/1 (Aufn. u. Entl. in 2019)	1	1	0
18/1 (Überlieger, Aufn. in 2018, Entl. in 2019)	1	1	0
80/1 (Aufn. u. Entl. in 2019)	2	2	0
CHE_LKG (Aufn. u. Entl. in 2019)	1	1	0
DEK (Aufn. u. Entl. in 2019)	2	2	0
DEK (Überlieger, Aufn. in 2018, Entl. in 2019)	1	1	0
HEP (Aufn. u. Entl. in 2019)	1	1	0
HEP_IMP (Zählleistungsbereich)		1	
HEP_WE (Zählleistungsbereich)		1	
KEP (Aufn. u. Entl. in 2019)	4	4	0
KEP_IMP (Zählleistungsbereich)		3	
KEP_WE (Zählleistungsbereich)		4	
NEO (Aufn. u. Entl. in 2019)	2	2	0
NEO (Überlieger, Aufn. in 2018, Entl. in 2019)	3	3	0
NWIF (Aufn. u. Entl. in 2019)	3	3	0
NWIF (Überlieger, Aufn. in 2018, Entl. in 2019)	3	3	0
PCI_LKG (Aufn. u. Entl. in 2019)	1	1	0
PCI_LKG (Überlieger, Aufn. in 2018, Entl. in 2019)	1	1	0
PNEU (Aufn. u. Entl. in 2019)	4	4	0
MDS 16/1 (Aufn. u. Entl. in 2019)	1	1	0

Positivliste

Aktuelle Informationen

Positivliste 2018 (QSKH) - Dokumentationsraten (nach Richtlinie

Erläuterungen:

- zur Aufschlüsselung der Leistungsbereiche gelangen Sie durch Klick auf die Einrichtung
- unbereinigt: Die Dokumentationsrate wurde aus dem Verhältnis der zertifizierten Ist-Daten zu den
- bereinigt: Die zertifizierten Dateneinsendungen sind pro Leistungsbereich nur bis zur Sollhöhe ber
- Dokumentationsrate = 0: keine fristgerechte bzw. fehlerfreie Datenlieferung bei SOLL > 0 Fälle
- **Krankenhäuser, bei denen keine dokumentationspflichtigen Fälle (nach Richtlinie QSKH) vorlieg**

[1] indirekte Leistungsbereiche (Zuständigkeit QiG BW GmbH) ohne Modul 80/1 (Schlaganfallversorgu

siehe Anlage (für 2018) zur Vereinbarung über Maßnahmen der Qualitätssicherung im Krankenhau

Einrichtung
Ostalb-Klinikum
Ortenau-Klinikum Achern-Oberkirch
ACURA Kliniken Albstadt GmbH
Zollernalb Klinikum gGmbH
Kliniken Schmieder
Klinikum am Plattenwald
Klinik Dr. Becker GmbH
Universitäts-Herzzentrum Freiburg-Bad Krozingen
Paracelsus Krankenhaus Unterlengenhardt
Caritas-Krankenhaus gGmbH
Diabetes Klinik Mergentheim GmbH & Co. KG
Vulpius Klinik GmbH
SRH Krankenhaus Bad Saulgau
ZfP Südwürttemberg
Ermstalklinik
m&i-Fachkliniken Hohenurach

K K H Krankenhaus Musterhaus
Musterstadt

IK Musternummer 1234567

Ik
Standort: 00
Hinweise: keine

<< zurück zur Positivliste <<

Modul	Kurzbezeichnung	Sollzahlen	Dokumentationsrate unbereinigt	Dokumentationsrate bereinigt
09/1	Herzschrittmacher-Implantation			
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel			
09/3	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation			
09/4	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation			
09/5	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel			
09/6	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explant.			
10/2	Karotis-Rekonstruktion			
15/1	Gynäkologische Operationen			
16/1	Geburtshilfe			
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteoynthetischer Versorgung	<=5	100,00 %	100,00 %
18/1	Mammachirurgie			
DEK	Dekubitusprophylaxe	59	100,00 %	100,00 %
HEP	Hüftendoprothesenversorgung	8	100,00 %	100,00 %
KEP	Knieendoprothesenversorgung	84	100,00 %	100,00 %
NEO	Neonatologie			
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	54	100,00 %	100,00 %
	indirekt (QiG BW GmbH) [1]		**100,00 %**	**100,00 %**
HCH	Herzchirurgie			
HTXM	Herztransplantationen u. Herzunterstützungssysteme			
LLS	Leberlebendspende			
LTX	Lebertransplantation			
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentranspl.			
NLS	Nierenlebendspende			
PNTX	Nieren- u. Pankreas- (Nieren-) transpl.			
	direkt (nach Auskunft von IQTIG) [2]			
	indirekt+direkt		**100,00 %**	**100,00 %**
80/1	Schlaganfall-Akutbehandlung (Landesverfahren BW)	6	100,00 %	100,00 %

http://www.qigbw.de/index.php?id=1747

Die Aufstellung beruht auf der Grundlage des fristgerechten Dateneingangs:
[1] indirekte Verfahren bei der QiG BW GmbH (nach Richtlinie QSKH)
[2] direkte Verfahren bei IQTIG (nach Richtlinie QSKH)

Neue Registriernummer anfordern

- Neues KH oder neuer Standort → neues Dokumentationssystem (neue Software)
- Registriernummer identifiziert Dokumentationssystem im KH

➢ Neue Registriernummer wird auf Anfrage durch QiG BW GmbH vergeben (info@qigbw.de)

Aufbau einer Auswertung

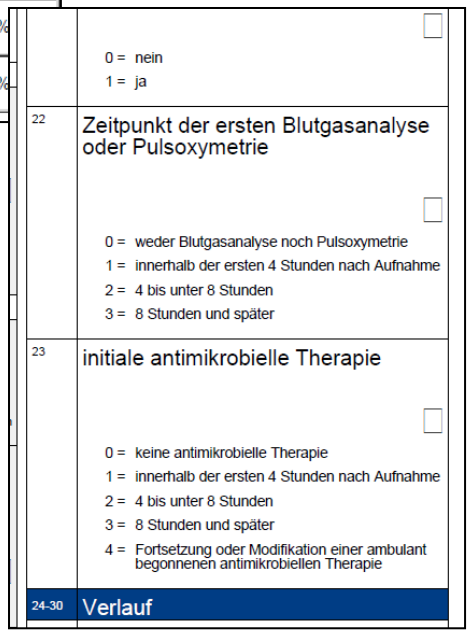
- unterjährig + Jahresauswertung: Basisstatistik
  deskriptive Darstellung der grundlegenden Ergebnisse der erfassten Items im Vergleich zu Ergebnissen aller teilnehmenden Kliniken.
- Jahresauswertung: Qualitätsindikatoren
  - Übersicht
  - Einzeldarstellung
  - ggf. ergänzende Übersicht zum Indikator
  - graphische Darstellung
- Jahresauswertung: Dokumentationsqualität (Auffälligkeitskriterien – statistische Basisprüfung)
- Jahresauswertung: Listen mit auffälligen Vorgangsnummern (Fallanalyse))

Basisstatistik
(unterjährig und Jahresauswertung)

Auswertung

Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	2016				2015			
	BW[redacted]		Baden-Württemberg		BW[redacted]		Baden-Württemberg	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie	7/273	2,6%	289/31535	0,9%	8/300	2,7%	300/34023	0,9%
innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme	263/273	96,3%	30798/31535	97,7%	288/300	96,0%	33150/34023	97,4%
4 bis unter 8 Stunden	2/273	0,7%	236/31535	0,7%	3/300	1,0%	353/34023	1,0%
8 Stunden und später	1/273	0,4%	212/31535	0,7%	1/300	0,3%	220/34023	0,6%

QS-Bogen



Aufbau einer Auswertung

- unterjährig + Jahresauswertung: Basisstatistik
  deskriptive Darstellung der grundlegenden Ergebnisse der erfassten Items im Vergleich zu Ergebnissen aller teilnehmenden Kliniken.
- Jahresauswertung: Qualitätsindikatoren
  - Übersicht
  - Einzeldarstellung
  - ggf. ergänzende Übersicht zum Indikator
  - graphische Darstellung
- Jahresauswertung: Dokumentationsqualität (Auffälligkeitskriterien – statistische Basisprüfung)
- Jahresauswertung: Listen mit auffälligen Vorgangsnummern (Fallanalyse)

Jahresauswertung: Qualitätsindikatoren-Übersicht

Auswertung

Tabellarische Übersicht zu den Ergebnissen sämtlicher Qualitätsindikatoren

Modul PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie | Jahresauswertung 2016 | Baden-Württemberg

Übersichtstabelle

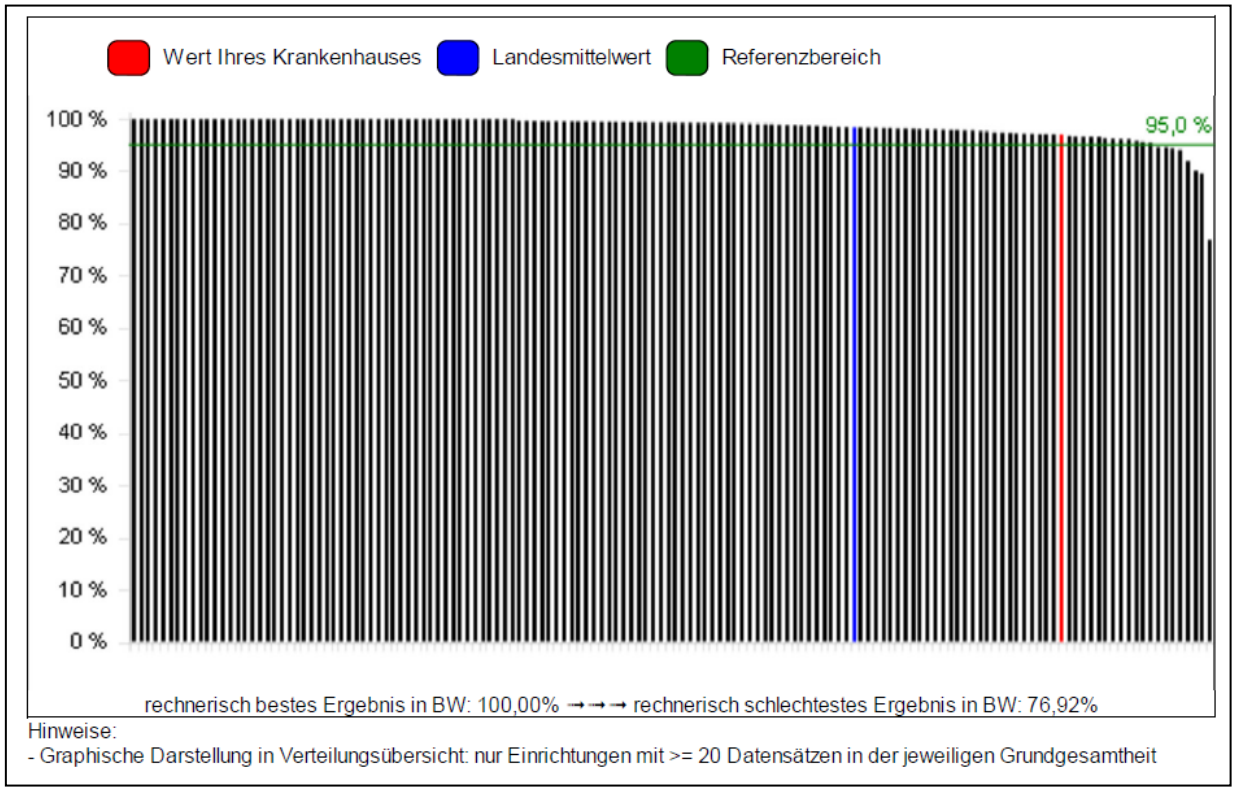
Kennzahl ID siehe Kapitel	Indikator	Referenzbereich		Ergebnis 2016 Klinikwert: BW [redacted]
2005 1.1	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	>= 95,00 % (Zielbereich)		96,79%
2006 1.2	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	Nicht definiert; Kennzahl als Qualitätsindikator gestrichen		96,94%
2007 1.3	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)	Nicht definiert; Kennzahl als Qualitätsindikator gestrichen		93,10%
50722 2.1	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	>= 95,00 % (Zielbereich)		95,96%
2009 3.2	Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	>= 90,00 % (Zielbereich)		94,43%
2012 4.2	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-Index = 0)	>= 95,00 % (Zielbereich)		98,39%
2013 4.3	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)	>= 90,00 % (Zielbereich)		94,08%
2028 5.1	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bei Entlassung	>= 95,00 % (Zielbereich)		95,23%
11878 6.1	Sterblichkeit im Krankenhaus	Nicht definiert		13,85%
50778 6.2	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	<= 1,56 (95. Perzentil, Toleranzbereich)		0,87
BW118812 6.10	Todesfälle ohne Beatmung	sentinel event		100,00%
811821 7.1	Häufige Angabe, dass in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass während des Aufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde	<= 30,00 %; anzuwenden bei einer Mindestfallzahl von 10 Patienten im Nenner		14,10%
811822 7.2	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	<= 22,36 % (95. Perzentil); anzuwenden bei einer Mindestfallzahl von 20 Patienten im Nenner		13,93%
811825 7.3	Häufig gleicher Wert bei "spontane Atemfrequenz bei Aufnahme"	<= 38,95 % (97. Perzentil); anzuwenden bei einer Mindestfallzahl von 20 Patienten im Nenner		9,51%
811826 7.4	Häufige Angabe von >= 30 Atemzügen pro Minute bei "spontane Atemfrequenz bei Aufnahme"	<= 27,85 % (97. Perzentil); anzuwenden bei einer Mindestfallzahl von 20 Patienten im Nenner		15,22%
811827 7.5	Häufige Angabe initiale antimikrobielle Therapie vor erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	<= 10,00 %; anzuwenden bei einer Mindestfallzahl von 20 Patienten im Nenner		2,05%

- Klinikwert verlässt Referenzbereich
- Klinikwert hält Referenzbereich ein
- Sentinel event; Einzelfallanalyse empfohlen
- kein Referenzbereich definiert oder keine Fälle vorhanden

Qualitätsindikatoren – grafische Darstellung (Jahresauswertung)

Auswertung

graphische Darstellungen zur Analyse der einzelnen Qualitätsindikatoren



Listen mit auffälligen Vorgangsnummern (Fallanalyse) (Jahresauswertung)

Auffällige Vorgangsnummern zu den Qualitätsindikatoren für (Einzel-)Fallanalyse

BWCODE	MODUL	ID 2005	ID 2006	ID 2007	ID 50722	ID 2009	ID 2012	ID 2013
BW[redacted]	PNEU	2016000167	2016000167	2016000394	2016000024	2016000167	2016001012	20160001
BW[redacted]	PNEU	2016000394	2016000466	2016001955	2016000109	2016000195		20160003
BW[redacted]	PNEU	2016000466	2016000731		2016000275	2016000374		20160009
BW[redacted]	PNEU	2016000731	2016000791		2016000483	2016000593		20160010
BW[redacted]	PNEU	2016000791	2016000882		2016000731	2016000731		20160011
BW[redacted]	PNEU	2016000882	2016000883		2016001499	2016001068		20160020
BW[redacted]	PNEU	2016000883	2016001668		2016001501	2016001100		20160023
BW[redacted]	PNEU	2016001668	2016001936		2016001668	2016001334		20160025
BW[redacted]	PNEU	2016001936	2016002249		2016001949	2016001429		20160026
BW[redacted]	PNEU	2016001955	2016002605		2016002787	2016001501		20160027
BW[redacted]	PNEU	2016002249	2016003035		2016002922	2016001668		20160031
BW[redacted]	PNEU	2016002605	2016003259		2016002942	2016001864		20160039
BW[redacted]	PNEU	2016003035	2016003961		2016003081	2016001992		20160041
BW[redacted]	PNEU	2016003259	2016004589		2016003470	2016002249		20160042
BW[redacted]	PNEU	2016003961	2016004911		2016004243	2016002365		20160042
BW[redacted]	PNEU	2016004589	2016005103		2016004589	2016002366		20160055
BW[redacted]	PNEU	2016004911	2016006271		2016004771	2016002413		20160059
BW[redacted]	PNEU	2016005103	2016006487		2016005609	2016002787		20160062
BW[redacted]	PNEU	2016006271	2016006585		2016005724	2016002931		20160064
BW[redacted]	PNEU	2016006487	2016007216		2016006076	2016003188		20160066
BW[redacted]	PNEU	2016006585	2016007279		2016006164	2016003375		20160067
BW[redacted]	PNEU	2016007216	2016007698		2016006209	2016003961		20160071
BW[redacted]	PNEU	2016007279	2016007736		2016006262	2016005132		20160075
BW[redacted]	PNEU	2016007698			2016006451	2016005195		20160075
BW[redacted]	PNEU	2016007736			2016006512	2016005483		20160076
BW[redacted]	PNEU				2016006640	2016005635		
BW[redacted]	PNEU				2016007216	2016005804		
BW[redacted]	PNEU				2016007407	2016006094		
BW[redacted]	PNEU				2016007505	2016006283		
BW[redacted]	PNEU				2016007580	2016006650		
BW[redacted]	PNEU				2016007617	2016006651		
BW[redacted]	PNEU					2016006945		
BW[redacted]	PNEU					2016006973		
BW[redacted]	PNEU					2016007050		
BW[redacted]	PNEU					2016007180		
BW[redacted]	PNEU					2016007736		
BW[redacted]	PNEU							
BW[redacted]	PNEU							
BW[redacted]	PNEU							
BW[redacted]	PNEU							

Qualitätsindikatoren-Datenbank

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit Rechenregeln 2018 nach QSKH-RL
PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie
Gruppe: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme

Gruppe: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie i
halb von 8 Stunden nach Aufnahme

Bezeichnung Gruppe	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahm
Qualitätsziel	Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nac nahme durchführen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	F
18:B	Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	M	0 = weder Blutgasanalyse noch Puls-oxymetrie 1 = innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme 2 = 4 bis unter 8 Stunden 3 = 8 Stunden und später	

Eigenschaften und Berechnung

ID	2005
Bezeichnung	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Auf-nahme
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2017	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	Bei diesem Qualitätsindikator wird eine Rate von 100 % angestrebt, da das Erkennen einer Hypoxämie immer erforderlich ist und die Untersuchung mit geringem Aufwand von den aufnehmenden Krankenhäusern durchgeführt werden kann. Als erreichbares Ziel wird ein Referenzbereich von ≥ 95,00 % festgelegt.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde **Nenner** Alle Patienten
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PNEU:B
Zähler (Formel)	`O2INITIAL %in% c(1,2)`
Nenner (Formel)	`TRUE`
Verwendete Funktionen	–
Verwendete Listen	–
Darstellung	-
Grafik	-

https://iqtig.org/qs-instrumente/qualitaetsindikatoren/

Auswertung

Auswertungen

- Qualitätsindikatoren-Datenbank - Neu ab 2018:
  - Unterscheidung der Kennzahlen nach
    - **Qualitätsindikatoren** (relevanten QI-Informationen)
    - **Transparenzkennzahlen** (relevanten Kennzahlinformationen ohne Referenzbereich + keine Informationen zum Strukturierten Dialog)
    - **Kalkulatorische Kennzahlen** (relevanten Kennzahlinformationen ohne Referenzbereich + keine Informationen zum Strukturierten Dialog, z.B. E-Wert)

https://iqtig.org/qs-instrumente/qualitaetsindikatoren/

Zusammenfassung

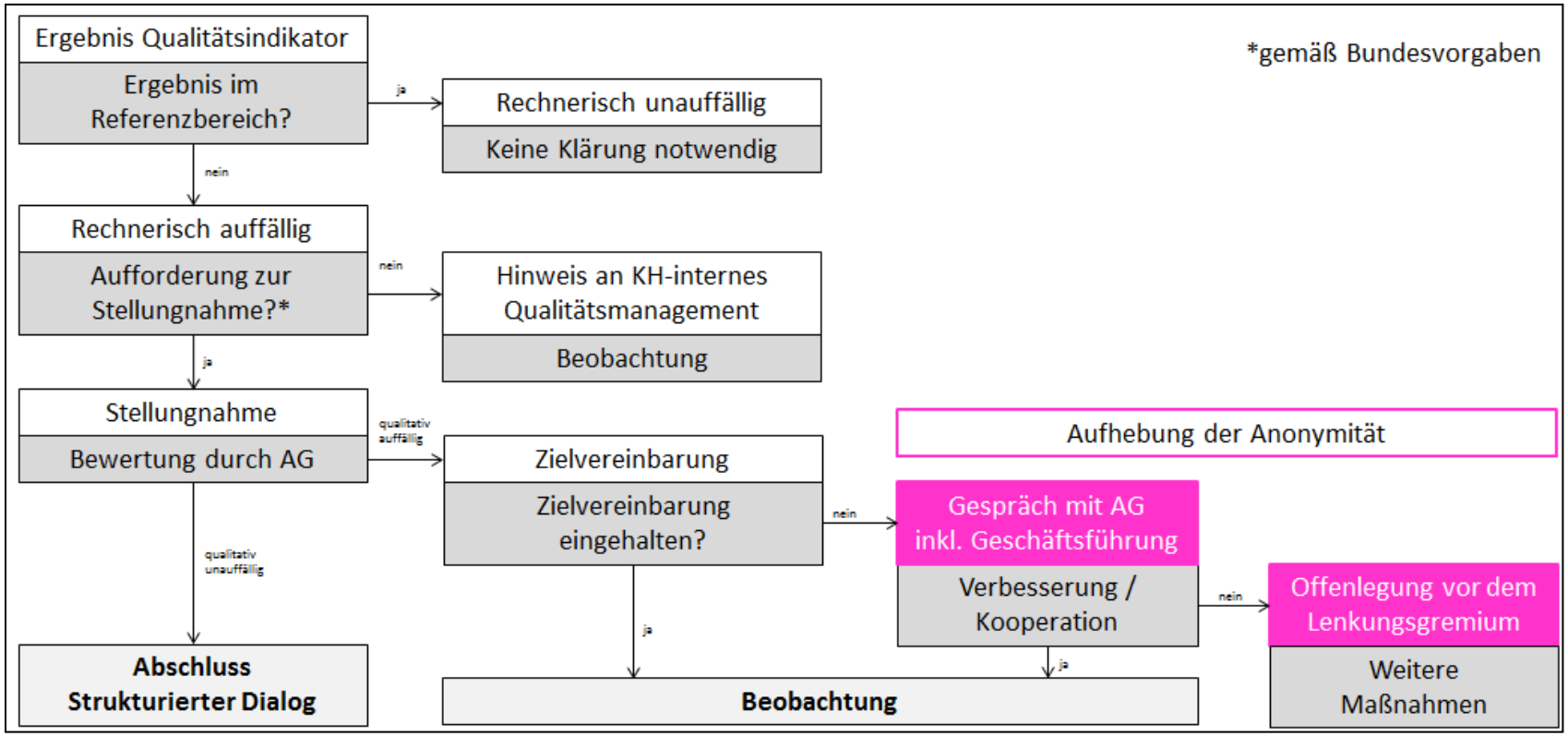
- Jahresauswertungen der Qualitätsindikatoren der indirekten Verfahren der QSKH-RL (https://iqtig.org/qs-instrumente/qualitaetsindikatoren/)
- Neu ab 2018: Auswertungen nach Standorten, die maßgeblich für die erbrachte Leistung verantwortlich sind

  → Neue Datenfelder zum Standort
- Aber: Jahresauswertung 2018 (inkl. plan. QI) für 15/1, 16/1, 18/1 noch nach entlassendem Standort erfolgt

➢ Ab 2019 (s. plan. QI-Auswertung):
Geburtshilfe: diagnostizierender oder entbindender Standort;
Gynäkologie und Mammachirurgie: behandelnder Standort

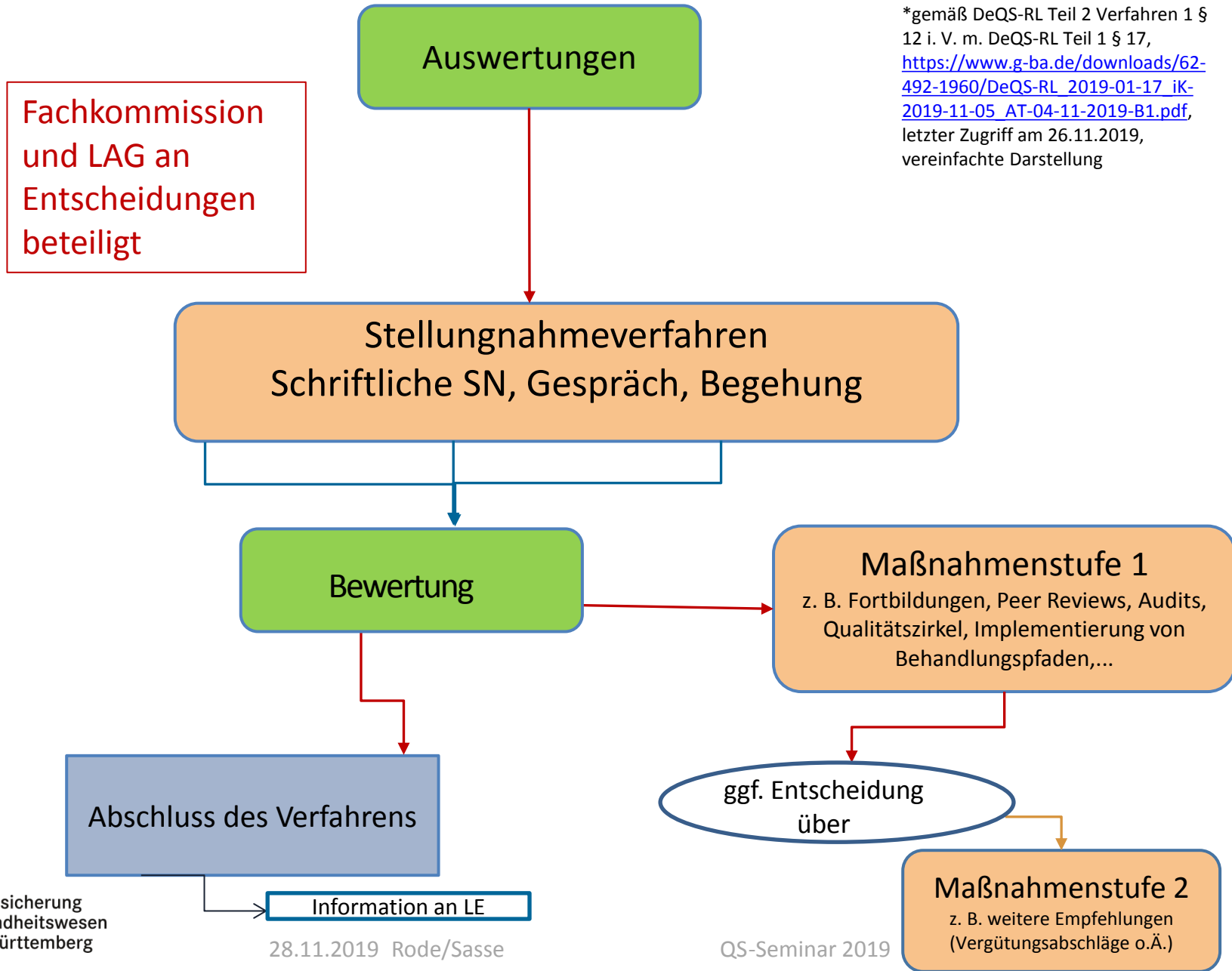
- Auswertung der Auffälligkeitskriterien (Statistische Basisprüfung) analog zu QI-Auswertungen (ausgenommen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit)

Strukturierter Dialog (QSKH)



Stellungnahmeverfahren* (DeQS-RL)

*gemäß DeQS-RL Teil 2 Verfahren 1 § 12 i. V. m. DeQS-RL Teil 1 § 17, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1960/DeQS-RL_2019-01-17_iK-2019-11-05_AT-04-11-2019-B1.pdf, letzter Zugriff am 26.11.2019, vereinfachte Darstellung



Stellungnahmen - Schlecht

- Pauschale Aussage, die zeigt, dass man sich nicht mit den einzelnen Fällen auseinandergesetzt hat
- Keine zusammenfassende Schlussfolgerung
- Keine Aufteilung nach Modulen / QI
- Falsche Vorgangsnummern
- Kein Erkennen von Verbesserungsbedarf
- Kein Ableiten von Maßnahmen zur Verbesserung
- Verletzung des Datenschutzes

Stellungnahmen - Gut

- Enthält BW-Nummer
- Enthält angefragtes Modul
- Zeigt, dass man sich die einzelnen Fälle nochmals angeschaut hat
- Fasst zusammen, welche Problematik(en) zugrunde lieg(t)(en)
- Leitet Maßnahmen ab, die zur Verbesserung führen

Danke für Ihre Aufmerksamkeit