

Arbeitshilfe der GQMG zur Nutzung der datengestützten Qualitätssicherung für das interne Qualitäts- und klinische Risikomanagement

15. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses
Berlin, 14. November 2024

Dr. Susanne Eberl

Sprecherin AG Kennzahlen und externe Qualitätsvergleiche der GQMG

Beisitzerin im Vorstand der GQMG

Bereichsleiterin Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement,
Sana Kliniken AG

- Beschäftigt sich mit der stetigen Veränderung von gesetzlichen und regulatorischen Rahmenbedingungen im Einsatz von Qualitätsindikatoren
- Sensibilisiert Anwender im Umgang mit Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
- Unterstützt QM-Beauftragte/QS-Beauftragte vor Ort bei der täglichen Qualitätsentwicklung

Wer kann mitmachen?

- Jeder Interessierte
- Jeder, der in Zusammenarbeit mit anderen seine Fragen bearbeiten möchte
- Jeder mit kritischem Blick für das Wesentliche, Visionäre und Praktiker
- Jeder mit Lust am Mitgestalten

Ansprechpartner der AG

Sprecherin:

Dr. Susanne Eberl

E-Mail: Susanne.Eberl@Sana.de

Stellv. Sprecherin:

Susanne Rode

E-Mail: su.rode@web.de

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.

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

- 1 Einleitung
- 2 Wie können behandlungsbegleitende Kodierung und externe Qualitätssicherung das interne Qualitätsmanagement verbessern?
- 3 Monitoring der Qualitätsindikatoren (datengestützte QS und QI anderer Quellen)
- 4 Werkzeugkoffer: Instrumente zur Analyse von Auffälligkeiten und zur Qualitätsentwicklung
- 5 Identifikation von Verbesserungspotenzial
- 6 Stellungnahmeverfahren
- 7 Einbindung der Ergebnisse in das interne Qualitätsmanagement

Wie können die für die datengestützte Qualitätssicherung zu liefernden Daten für die interne Qualitätsentwicklung nutzbar gemacht werden?

Wie kann mit den Daten aus der datengestützten Qualitätssicherung und aus weiteren Quellen ein Beitrag zur kontinuierlichen Verbesserung des internen Qualitätsmanagements und des klinischen Risikomanagements geleistet werden?

Die Arbeitshilfe zeigt Handlungsoptionen auf, die die Anforderungen der Verzahnung von Prozessen und Maßnahmen im Sinne des PDCA-Zyklus und des Qualitätsmanagements gleichermaßen unterstützen.

Zielgruppe:

alle, die in der Qualitätssicherung und im Qualitätsmanagement Verantwortung tragen, sowie alle Interessierten.

Sicherstellen der Anforderungen an die Datenqualität

- Vollständigkeit, Vollzähligkeit, Plausibilität der QS-Daten
- Kongruenz zwischen Dokumentation der Patientenangeben in der Patientenakte, Kodierung und Qualitätssicherung
- Monitoring der QS-Daten
 - Erstellung mindestens quartalsweiser Auswertungen der Indikatoren vor Versand der QS-Bögen
 - Prüfung und ggf. Korrektur bei rechnerischer Auffälligkeit auf der Ebene von Indikatoren und Kennzahlen
 - Unterjährige Sollstatistiken (Dokumentationsrate!)
 - Risikostatistik, insbesondere für die jahresabschluss-bezogene Datenübermittlungen
 - Ableitung von qualitätssichernden Verbesserungsschritten (Maßnahmen)

- **Beachtung der Regelungen zur Datenvalidierung**
 1. **DeQS-RL (datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherungs-RL)**
Datenvalidierung: Vollständigkeit, Vollzähligkeit, Plausibilität
 2. **MD-QK-RL (Richtlinie zu Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst):**
 - a) Routine- und turnusmäßige Datenabgleiche
 - b) Datenabgleich im Zuge von Kontrollen des MD
- **Regelungen zur Abrechnungskorrektur**
PrüfvV ab 2022: Ausschluss der Rechnungskorrektur
-> direkte Koppelung der sachgerechten Falldokumentation mit hoher Relevanz für die Liquidität.

Zusammenwirken der Prozesse

Ziel ist die Übereinstimmung der Dokumentation in Patientenakte, Kodierung und QS bei Ausschluss der Rechnungs Korrektur gemäß **PrüfvV** (ab 2022)

- Zeitliche und inhaltliche Verzahnung von Kodierung und QS
- Frühzeitiges Erkennen und Analyse von Auffälligkeiten von Indikatoren und deren Vermeidung
- Die abrechnungsrelevante, vollständige Kodierung unterliegt insbesondere hausinternen, liquiditätsgesteuerten Fristen zwischen Entlassung und Rechnungsstellung
- Für den abrechnungsbezogenen Abschluss zeitlich und inhaltlich synchronisierte Prozesse von QS und Kodierung

➔ Fallbegleitende Kodierung



Fallbegleitende Kodierung

Prozess und Verantwortlichkeiten

Kongruenz von Kodierung und Dokumentation der Behandlung und Qualitätssicherung



Dokumentation der Qualitätssicherung
Vollständigkeit der
Behandlungsdokumentation
Beginn Abschluss der Kodierung



Abschluss der Kodierung
letzte Änderungen am QS-Bogen
Gemeinsamer Fallabschluss

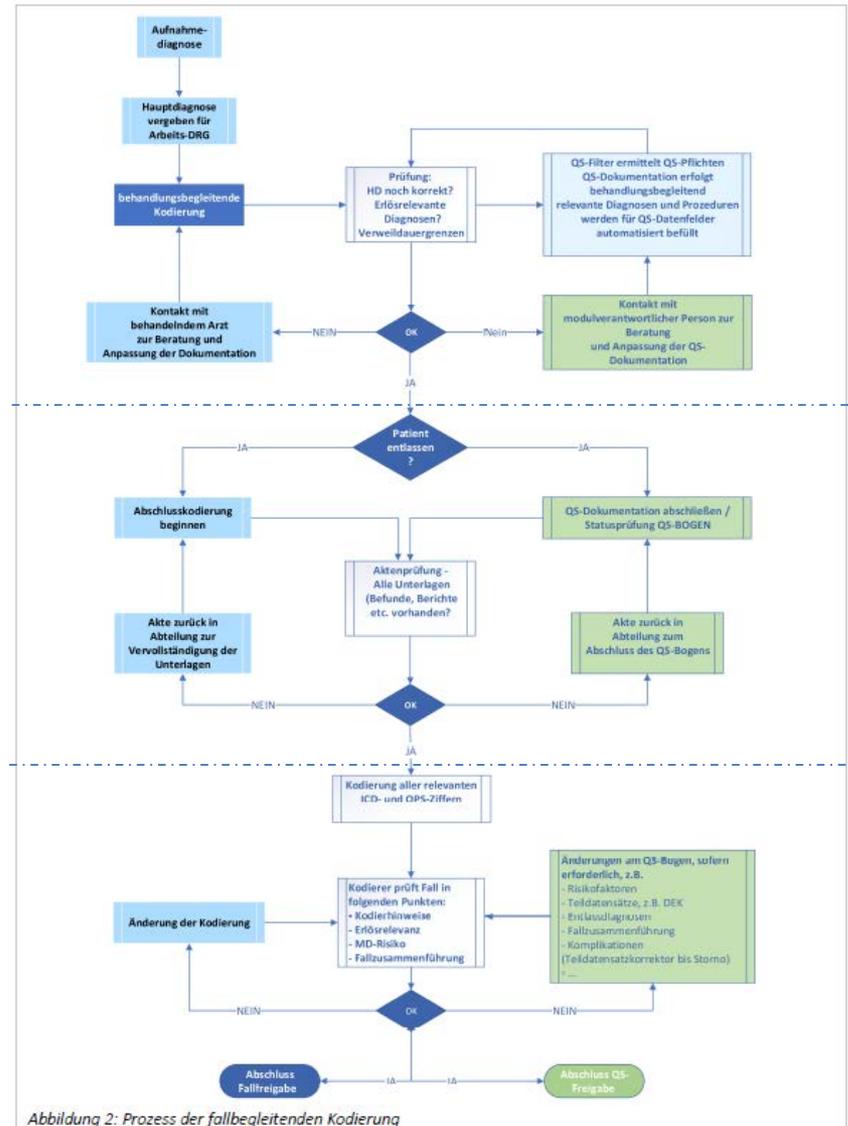


Abbildung 2: Prozess der fallbegleitenden Kodierung

Fallbegleitende Kodierung

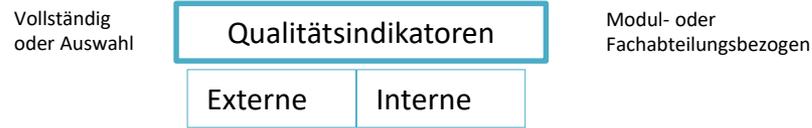
Prozess und Verantwortlichkeiten

| Aufgabe | Zuständig |
|---|---|
| Dokumentation in Patientenakte und KIS (Primärdokumentation) | behandelnder bzw. behandelungsführender 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 |

3

Monitoring der Qualitätsindikatoren (datengestützte QS und QI anderer Quellen)

Ziel: zeitnahes Reagieren auf Auffälligkeiten und ggf. Einleiten qualitätsfördernder Maßnahmen



Auffälligkeit

1 Prüfung der Daten

- Vollständigkeit
- Korrekte Antwort bei QS-/Registerdaten
- Wechselseitige Plausibilität der Datenfelder
- Übereinstimmung Primärdokumentation-Dateneintrag



- Ursachen für Auffälligkeiten:
- Dokumentation
 - Patientenrelevante Faktoren
 - Medizinische/pflegerische Versorgung

- Maßnahme:
- Beheben der Dokumentationsauffälligkeit
 - Kommunikation und Analyse der Ursachen



Auffälligkeit bleibt



2 Analyse

- Bewertung**
- keine Maßnahme erforderlich oder möglich
 - Maßnahme erforderlich und möglich



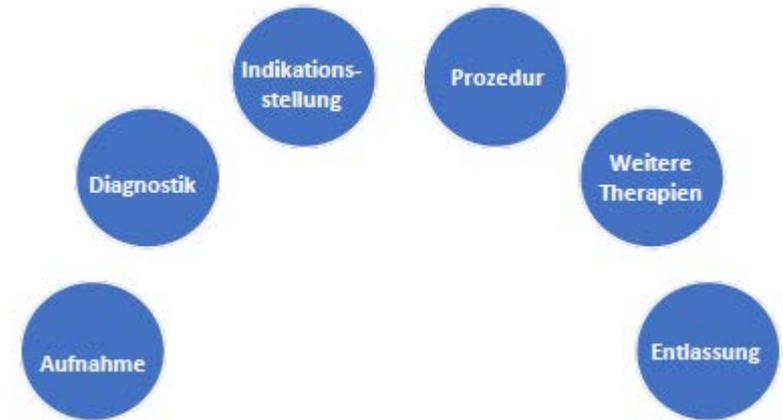
- Weiterführende Analysen anstoßen
- Verbesserungsmaßnahmen einleiten



- Kap. 2 Behandlungsbegleitende Kodierung
- Kap. 4 Werkzeugkoffer
- Kap. 5 Identifikation Verbesserungspotential

Analyseinstrumente und -methoden

- Aktenanalyse
 - Einzelfall-Aktenanalyse
 - Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen)
 - Peer Review
- Qualitätszirkel
- Audits
 - Prozessaudit
 - Produktaudit
- Implementierung von Behandlungspfaden, SOPs, Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien
- Überwachung, Monitoring, Bewertung



Checkpoints im Behandlungsverlauf

Unter Einbeziehung der Leitungsebene

- Chefärzte
- Ärztliche Direktion, Pflegedirektion
- Leitung Medizincontrolling
- Geschäftsführung

Vorbereitung des Verbesserungsprozesses durch Einbeziehung der an der Behandlung Beteiligten



Information der Beteiligten über

- Bedeutung und Einflussfaktoren der für den Arbeitsbereich relevanten QI
- Ergebnisse der Analyse inkl. Ursachen und ggf. Gründe der Abweichungen
- Zusammenhang aufzeigen zur intrinsischen Motivation einer bestmöglichen und sicheren Versorgung der Patienten



Sensibilisierung der Beteiligten für

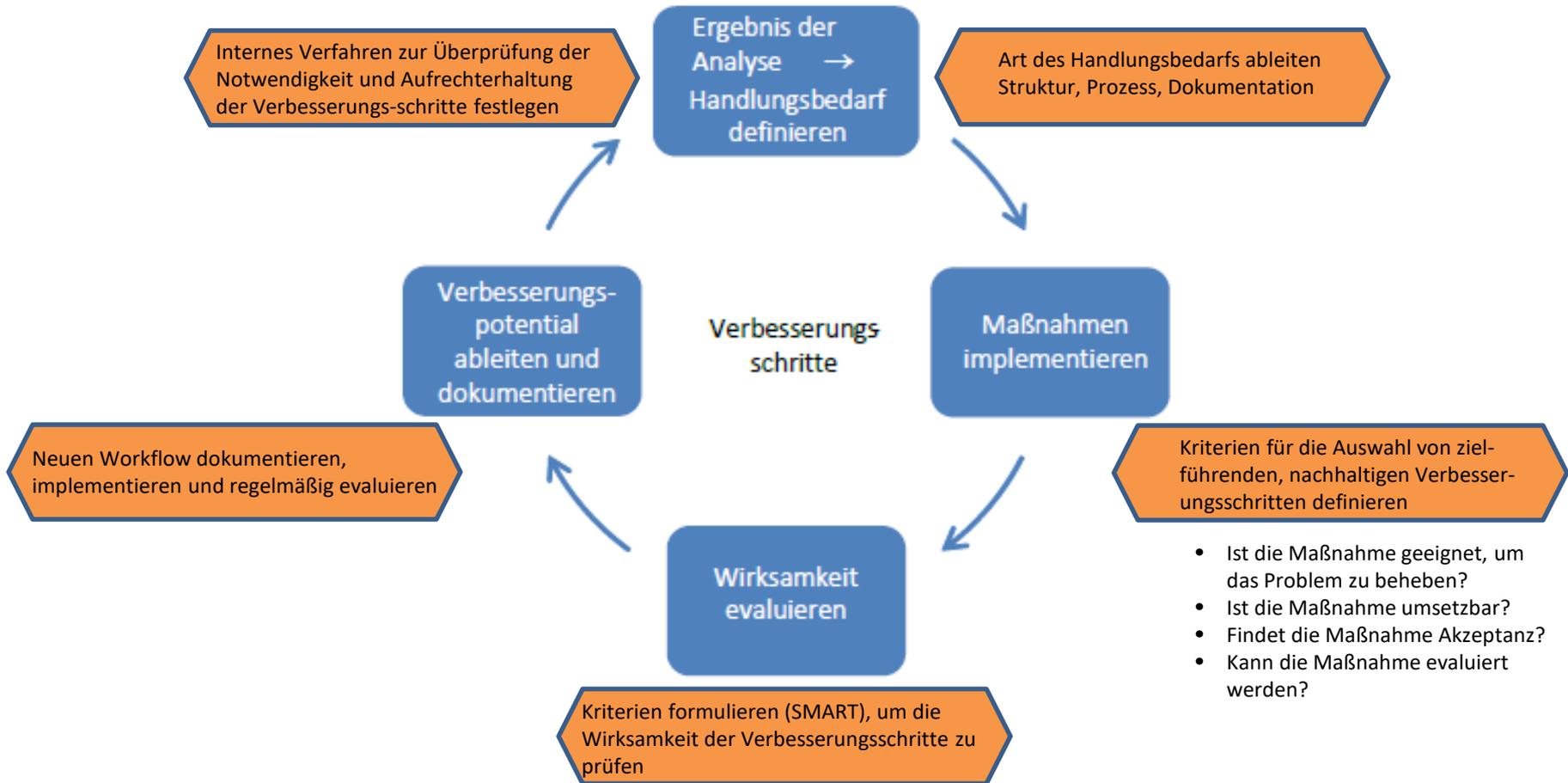
- die Kontinuität der Verbesserungsschritte im Arbeitsalltag
- Qualitätsziele und Verbesserungsschritte als interprofessionelle und interdisziplinäre Aufgabe und Verantwortung

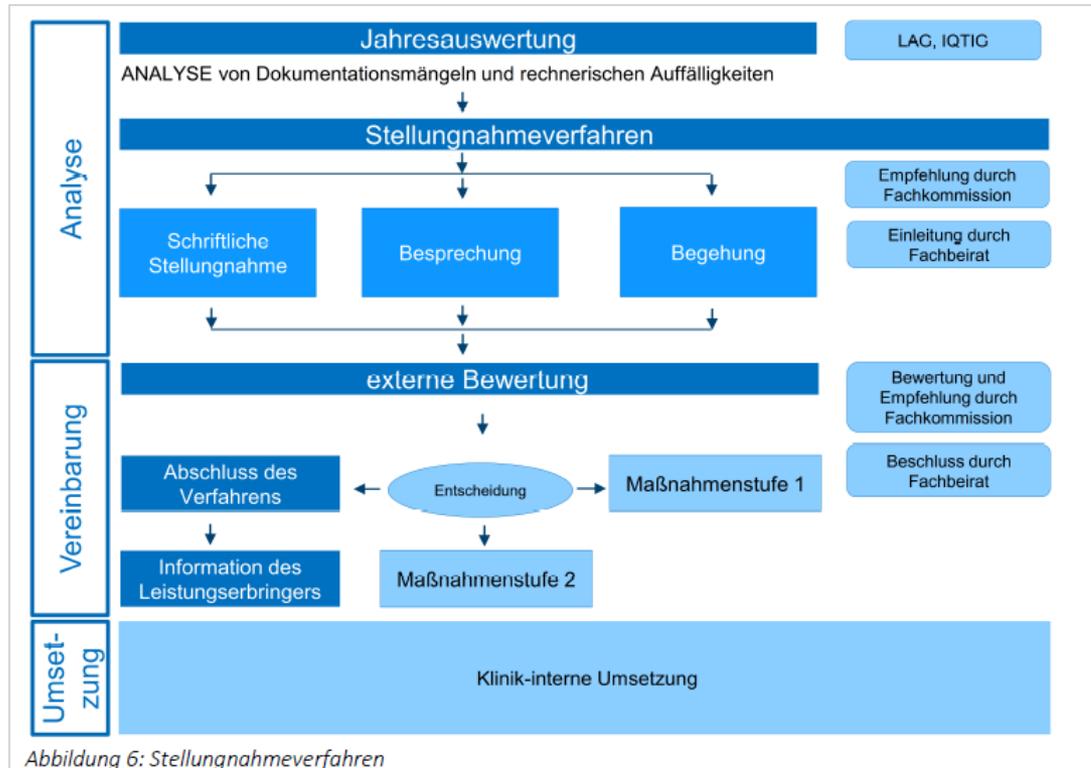


Aufgaben für Prozessverantwortliche benennen

- neue Entwicklungen der den Qualitätsindikatoren zugrundeliegenden Leitlinien, Expertenstandards und QS-Richtlinien aufzeigen und die Beteiligten bei der Umsetzung einbeziehen
- Nutzen, Zweck und Aktualität der vorhandenen patientenbezogenen Dokumentationssysteme prüfen, die für den Qualitätsindikator relevant sind

Ziel: Sicherstellen von validen Daten, Bewusstsein für Qualitätsentwicklung erreichen, Qualität der Behandlung verbessern, Patientensicherheit gewährleisten





Richtlinie

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 18. Januar 2024
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 01.08.2024 B1)
in Kraft getreten am 1. September 2024



- Identifikation und Verifizierung von Verbesserungspotentialen aus Analysen
- Festlegung interner Ziele/Zielwerte
- Kommunikation der Analyse-Ergebnisse in Sitzungen und Konferenzen aller Klinikbereiche
- Erstellung einer Maßnahmenplanung im Rahmen des KVP
- Überwachen der Umsetzung über interne Prüfmaßnahmen (z. B. Audits) und Bewertung der Wirksamkeit
- Erhöhung der Patientensicherheit, indem die Verbesserungsmaßnahmen aktiv umgesetzt und von allen Beteiligten „gelebt“ wird.
- Im Rahmen des internen Qualitätsmanagements werden die abgeleiteten Maßnahmen und die erreichten Ziele evaluiert, z.B. im Rahmen der Managementbewertung gemäß der DIN EN ISO 9001

Managementbewertung



Dimension 1: Medizinische Ergebnisqualität

Wurden Qualitätsgespräche regelmäßig und mit dem vorgegeben Input lt. Dashboard geführt?

Bericht durch: (Geschäftsführung):

Übersicht über die durchgeführten Qualitätsgespräche:

| Datum | Fachabteilung | Unauffällig? |
|-------|---------------|--|
| | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein: Maßnahmen: : |
| | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein: Maßnahmen: |

Wie lautet die Bewertung? Welche Beschlüsse sind deshalb notwendig?

Wie fand die weitere Analyse der medizinischen Ergebnisqualität statt?

Bericht durch: (ärztlicher Direktor):

Wurden Qualitätsprobleme bei der Analyse erkannt?

Bericht durch: (ärztlicher Direktor):

1. Wurden die benötigten Fälle für die esQS rechtzeitig dokumentiert (mindestens 95% am Quartalsende; 100% für das Gesamtjahr)
2. Wurden die Qualitätssicherungsdaten behandlungsbegleitend erfasst und regelmäßig im interprofessionellen Team diskutiert?
3. Wurde intern stichprobenartig die Korrektheit der für die esQS erhobenen Daten validiert und ggf. mit welchem Ergebnis?
4. Welche Erkenntnisse ergab die Analyse der Indikatoren im QuIS bzw. QS-Monitor? Müssen ggf. Maßnahmen eingeleitet und umgesetzt werden?
5. Gab es statistische Auffälligkeiten bei planungsrelevanten Indikatoren? Wurden Ausnahmetatbestände geltend gemacht und ggf. mit welchem Ergebnis? Müssen ggf. Maßnahmen eingeleitet und umgesetzt werden?
6. Fand eine externe Datenvalidierung durch die zuständigen Stellen der esQS statt und ggf. mit welchem Ergebnis?
7. Gab es Aufforderungen zum strukturierten Dialog und ggf. mit welchem Ergebnis?
8. Welche Erkenntnisse ergab die Analyse der QSR-Indikatoren?
9. Welche Erkenntnisse ergab die Analyse der Qualitätshinweise zu medizinischen Ergebnisqualität (z.B. aus Befragungen)? Müssen ggf. Maßnahmen eingeleitet und umgesetzt werden?

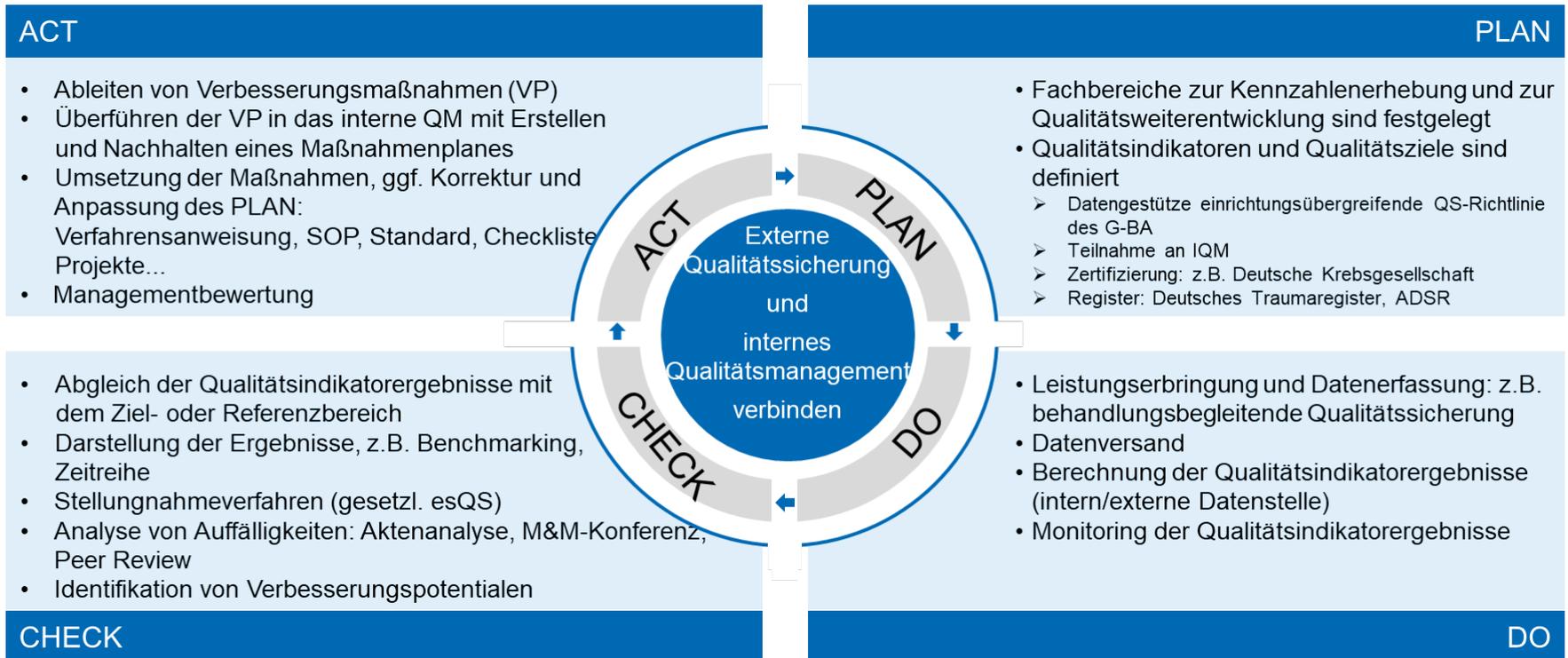
10. Bestehen Mindestmengenanforderungen und wenn ja, ist deren Erreichung sichergestellt? Müssen ggf. Maßnahmen eingeleitet und umgesetzt werden?

11. Welche Erkenntnisse ergaben sich Peer Reviews? Wurden beschlossene Maßnahmen zeitgerecht umgesetzt?

12. Bestehen Anforderungen aus Struktur- und Prozessvorgaben des GBA? Wenn ja, wurde deren Einhaltung regelmäßig überwacht? Müssen ggf. Maßnahmen eingeleitet und umgesetzt werden?

| Welche Kennzahlen sollen verbessert werden? Bezeichnung der Kennzahl | Aktuell Wert | Zielwert |
|---|-------------------------|-----------------------|
| Welches Projekt soll deshalb durchgeführt werden? Wenn kein Projekt durchgeführt werden soll: warum nicht? (Begründung eintragen) | | |
| Den folgenden Block bitte duplizieren, sofern 2 oder mehr Projekte in dieser Dimension geplant werden. | | |
| Projektname: | | |
| Projektleiter: (nur 1 Projektleiter) | | |
| Projektziel: (mit Bezug zur zu verbessernden Kennzahl, SMART formuliert) | | |
| Projektphase | Bezeichnung Meilenstein | Erreicht bis (Datum): |
| Planungsphase | | |
| Umsetzungsphase | | |
| Evaluationsphase | | |
| Anpassungsphase | | |

PDCA-Zyklus der Qualitätssicherung und des internen Qualitätsmanagements/der Gewährleistung von Patientensicherheit





Autoren (von li. nach re.)

Rode Susanne

Löffler Sabine

Künzel Sascha

Fischer Burkhard

Dr. Eberl Susanne

Pott Catherine

Dr. Ries Vera

Nicht abgebildet:

Brinkschulte Monika

Dr. Untersweg

Friedrich

Westphal Ulrike

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. med. Susanne Eberl
Sana Kliniken AG
Oskar-Messter-Str. 24
85737 Ismaning

susanne.eberl@sana.de
+49 (0) 89 678204 219
+49 (0) 160 92029439



Offenlegung Interessenkonflikte

im Zusammenhang mit dem vorgetragenen Thema „Arbeitshilfe der GQMG zur Nutzung der datengestützten Qualitätssicherung für das interne Qualitäts- und klinische Risikomanagement“

Dr. med. Susanne Eberl

Es liegen keine Interessenkonflikte vor

1. Beschäftigungsverhältnisse
*Bereichsleiterin Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement,
Sana Kliniken AG*
2. Beratungsverhältnisse
keine
3. Honorare
keine
4. Drittmittel und sonstige Unterstützung
keine
5. Aktien, Patente, Geschäftsanteile
keine
6. Autor-/Koauthorschaft
keine
7. Gutachtertätigkeit
keine
8. Weitere Aktivitäten
keine