

# **Besonderheiten aus den Kontrollberichten MD-Qualitätskontrollen der QSFFx-RL**

---

Dr. Claudia Moog  
Referentin der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft e.V.

# Vita

---

**Dr. med. Claudia Moog**

**Fachärztin für Anästhesie und Intensivmedizin**

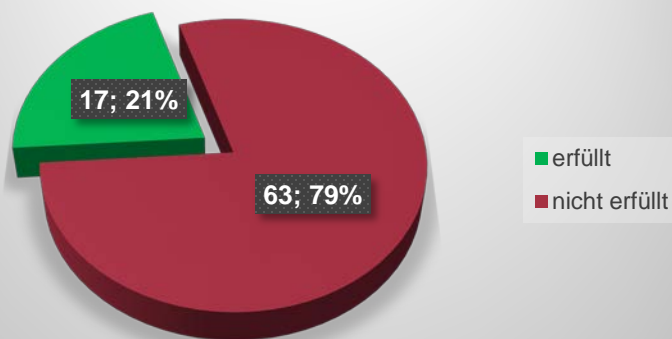
1987 – 2003	Anästhesistin
2003 - 2011	Medizincontrollerin Somatik und Psychiatrie
Seit 2019	Referentin der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft e.V.

Keine Interessenskonflikte

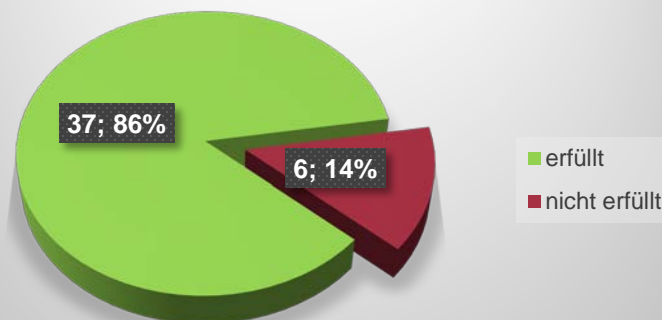
# Statistik

- 110 – 120 Prüfungen aus Q-Berichten u. Abrechnungsdaten erwartet
- 90 Meldungen über Spezifikation

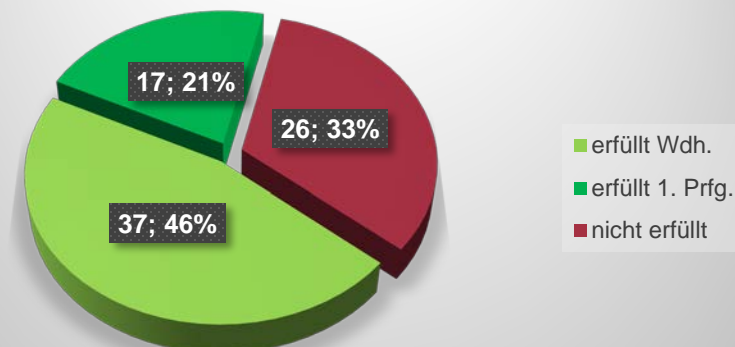
1. Prüfung 2024 (n = 80)



Wdh.-Prüfung 2024 (n=43)



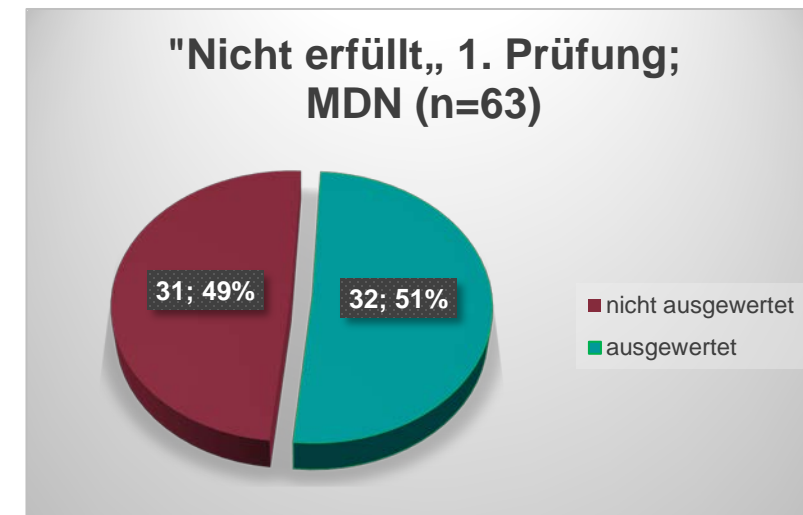
Gesamt Prüfung 2024 (n=80)



(Quelle: MD Niedersachsen)

# Statistik

- 41 Kontrollberichte ausgewertet
  - Davon 36 „Erstprüfungen“ ( $\approx 45\%$  der vom MD geprüften)
    - Davon 32 ( $\approx 51\%$  vom MD) mit „nicht erfüllt“
  - 5 „Wiederholungsprüfungen“
- 8 „erfüllt“ (davon 4 „Wiederholungsprüfungen“)
- 33 „nicht erfüllt“
- MD bewertete 43 „Items“
  - „Spannweite“ sehr groß:
    - » In 7 Prüfungen 1 Item als „nicht erfüllt“
    - » bis 1 Prüfung 21 Items als „nicht erfüllt“



## A6.2; § 3 Abs. 2b: Die 24/7 Verfügbarkeit CT sichergestellt.

### Klinik X:

- Es besteht ein Kooperationsvertrag zur Teleradiologie mit „**X**“ für Röntgen- u. CT-Untersuchungen im RD (Genehmigung Gewerbeaufsichtsamt, MTRA: DP, Qualifikations- u. Strahlenschutz nachweis; Ärzte: DP, mit Qualifikations-, Strahlenschutz- u. Teleradiologienachweis)
- **Kein Nachweis für:** Verfügbarkeit eines Teleradiologen oder eines Arztes mit gleicher Eignung (Strahlenschutz Fachkunde entsprechend der Teleradiologieanwendung (hier CT)) innerhalb einer für eine Notfallversorgung angemessene Zeit am Ort der technischen Durchführung (angemessene Zeit → maximal 45 Minuten)

Einziger Punkt für die Klinik → „nicht erfüllt“

### 5 weitere Kliniken:

- keine MTRA-Verfügbarkeit (fehlt an 2 Tagen); kein DP für koop. Röntgen-Praxis Ärzte
- kein DP für die Ärzte der koop. Röntgen-Praxis für die Regelarbeitszeit (Mo-Fr., 8-17 Uhr)
- Kein DP für Ärzte zur Notfallversorgung bei Teleradiologie (CT) Nachts
- Nicht für alle Ärzte Teleradiologiekompetenz (5 Tage fehlen)

## Ein Item nicht erfüllt → Richtlinie „nicht erfüllt“

**B4; § 4 Abs. 3:** ärztliche Versorgung Fabtlg. durch 24/7-Arztpräsenz im KH (BD mgl.); jederzeitige operative Patientenversorgung gewährleistet; Wenn Präsenzdienst kein FA für Chirurgie, für Allgemeinchirurgie, für Orthopädie oder für Orthopädie und Unfallchirurgie, RD mit der Qualifikation notwendig

Klinik A: In 10 von 20 geprüften Fällen fehlte beim Operateur die Fachkunde (FK) Rö3.1

Klinik B: Nicht für alle Ärzte konnte die FK Strahlenschutz vorgelegt werden

Klinik C: Ein zusätzlich eingerichteter Dienstplan konnte für 7 Tage keinen FA mit FK Rö belegt werden, weil der CA nicht auf dem DP aufgeführt war; in 1/17 Fällen fehlte auf dem OP-Bericht die Angabe des FA mit FK, obwohl der FA mit FK im OP-Protokoll dokumentiert war

# QSFFx-RL (Abschnitt 2) - Kooperation

## B6; § 4 Abs. 7: Postoperative Versorgung auch an anderen Standorten

- Einer von drei Kooperationspartnern (Kliniken) kann am Wochenende die geriatrische Kompetenz nicht nachweisen

Einziger Punkt für die Klinik → „nicht erfüllt“

Klinik hat keine Patienten mehr in die Klinik des Kooperationspartners verlegt, bis der Kooperationspartner die Bedingung wieder erfüllte.

## QSFFx-RL (Abschnitt 2) - Kooperation

C7; § 5 Abs. 2:

Haben Dritte auf Veranlassung des KH Aufgaben bei der Versorgung von Patienten mit Femurfraktur, ist die Beachtung der für die Aufgabenerfüllung des Dritten relevanten SOP vom KH durch vertragliche Vereinbarung mit dem Dritten sichergestellt.

### **Negativer KB (1 Klinik):**

- Haus arbeitet mit dem „Schwesterhaus“ des gleichen Trägers in der Region zusammen
- für alle Einzelfälle alles belegt;
- nur die schriftliche Kooperationsvereinbarung fehlt (2 Häuser; gleicher Träger)



## Ein Item nicht erfüllt → Richtlinie „nicht erfüllt“

**C 7:** Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Physiotherapeutische Maßnahmen“ mit folgenden Regelungsinhalten (Anl. 2):

- SOP beinhaltet alle geforderten Punkte;
- hauseigenen Vorgaben entsprechen aber nicht dem Standard der Dt. Gesellschaft für Unfallchirurgie im Weißbuch Alterstraumatologie I (Tragende Gründe);
- hat zur Folge, dass Stichprobenpatient am Wo-Ende keine Physio hatte

Einziger Punkt für die Klinik → „nicht erfüllt“

## QSFFx-RL (Abschnitt 2)

A3; § 3 Abs. 1d:

Es ist jeweils ein Facharzt im Gebiet Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar.

### **Negativer KB (5 Kliniken):**

- nicht für alle Ärzte entsprechende „Nebenabreden“ (für 30 Minuten Verfügbarkeit) vorgelegt
- Vorgelegte (als ausreichend bewertete) VA deckte den Kontrollzeitraum nicht ab
- Dienstanweisung lag erst nach dem Kontrollzeitraum vor
- Nicht für alle Ärzte wurden Änderungen der Arbeitsverträge für die 30 Minuten vorgelegt

## QSFFx-RL (Abschnitt 2)

A4.1; § 3 Abs. 1f:

Die Intensivstation verfügt über mindestens sechs Intensivtherapiebetten.

A4.2; § 3 Abs. 1f:

Mindestens drei Intensivtherapiebetten sind zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet.

### **Negativer KB (11 Kliniken):**

- keine 24 / 7 Verfügbarkeit ärztlicher Dienst für Intensivstation (Verweis auf DIVI-Empfehlung)
- Dienstplan nicht nur für Intensiv; Arzt versorgt nachts neben Intensiv auch ZNA und Normalstation (trotz FA-Rufdienst im Hintergrund)

Gerichtliche Klärung!

## QSFFx-RL (Abschnitt 2)

B3; § 4 Abs. 3:

Die ärztliche Versorgung in der Fachabteilung ist durch eine täglich 24-stündige Arztpräsenz im Krankenhaus (BD möglich) sichergestellt, die auch eine jederzeitige operative Patientenversorgung gewährleistet.

Ist die präsente Ärztin oder der präsente Arzt nicht eine FA für Chirurgie, für Allgemein-chirurgie, für Orthopädie oder für Orthopädie und Unfallchirurgie, ist zusätzlich ein RD mit eben dieser Qualifikation sichergestellt.

### **Negativer KB (14 Kliniken):**

- Fachkunde (FK) im Strahlenschutz Rö3.1; Rö4 fehlt
- 10 von 20 Fällen FK Rö3.1 , Rö4 fehlt
- In der Stichprobe bei 3 von 20 Op´s Operateur ohne FK-Nachweis
- Klinik versichert, dass wenn Arzt ohne FK operiert immer ein Kollege mit FK dabei → kein Beleg über DP

## QSFFx-RL (Abschnitt 2)

B5; § 4 Abs. 5 (1. Item):

Für Patienten mit **positivem geriatrischen Screening ist täglich geriatrische Kompetenz** für die perioperative Versorgung zu gewährleisten. Diese erfolgt durch einen FA mit geriatrischer Kompetenz: FA für Innere Medizin und Geriatrie oder FA mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie oder FA mit der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie oder FA mit der fakultativen Weiterbildung klinische Geriatrie oder FA mit FK Geriatrie. Dies kann auch im Wege einer Kooperation gewährleistet werden.

### Negativer KB (12 Kliniken):

- Geriatrische Kompetenz via Telemedizin; Visite in 3 Fällen nicht belegt
- Für Pat. auf UC-Station kein Geri-Konsil belegt; Probleme Nachweis ISAR-Score
- Kein Geri-Konsil am Wochenende
- Fehlende Kooperationsvereinbarung für alle Einzelfälle alles belegt; nur Papier fehlt
- Keine wirkliche Erläuterung, wo das Problem liegt; bis 31.12.2023 Nutzung Übergangsregelung (Internist im Hause) und ab 01.01.2024 Koop. (alles belegt)
- Fehlende Kooperationsvereinbarung bei 2 Kliniken in gleicher Trägerschaft
- Keinen Kooperationspartner gefunden

## QSFFx-RL (Abschnitt 2)

B5; § 4 Abs. 5 (2. Teil):

Der FA mit geriatrischer Kompetenz ist Teil des behandelnden unfallchirurgisch-geriatrischen, multiprofessionellen Teams.

Dies kann auch im Wege einer Kooperation gewährleistet werden.

### **Negativer KB (11 Kliniken):**

- Visite in 3 Fällen nicht belegt
- Kein geriatr. Team für UC-Station
- Keine Einträge zum multi-Team in der Akte
- Kein Beleg für tgl. Verfügbarkeit nur 1 von 11 wurde Geri-Konsil veranlasst
- Kein Beleg für Geri-Kompetenz an der Visite

## QSFFx-RL (Abschnitt 2)

B6; § 4 Abs. 6:

Physiotherapie durch einen Physiotherapeuten/ eine Physiotherapeutin steht täglich für jeden Patienten zur Atemgymnastik und frühzeitigen Mobilisierung ab dem ersten postoperativen Tag zur Verfügung.

### **Negativer KB (4 Kliniken):**

- 8 von 17 Fällen keine tägl. Physio dokumentiert; Sonn- u. Feiertage ab April (nur ein Teil des Kontrollzeitraums) belegt
- Kein Beleg für durchgehende Physiobesetzung; an 2 Samstagen und 12 Sonntagen keine Physio nachgewiesen
- Erfolgt durch Koop-Partner; kein Beleg für Sonntage

## QSFFx-RL (Abschnitt 2)

C; § 5 Abs. 1:

Die operative Versorgung einer Patientin oder eines Patienten erfolgt mit einer Diagnose nach Anlage 1 in der Regel innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme.

### **Negativer KB (7 Kliniken):**

- OP erfolgt i.d.R. innerhalb 24 h; in zwei Fällen (>24 h) wegen DOAKs-Gabe, hätte nach Anpassung SOP DOAKs (bzgl. Zusatzdiagnostik) verhindert werden können
- Logistisches Problem im Versand der Plasmakontrolle DOAKs
- 1 von 17 keine ausreichende Begründung
- Spezifische Regelung für dringliche OPs fehlt in SOP



# QSFFx-RL (Abschnitt 2) – SOPs

## SOP „Perioperative Planung:

### **Negativer KB (6 Kliniken):**

- SOP zur präoperativer Zusatzdiagnostik fehlt (Anästhesist spricht mit Operateur; fehlt der Zusatz, dass fehlende Diagnostik in Folge angefordert wird)
- CFS u. BRASS-Index anstatt ISAR (wurde nach Kontrollzeitraum geändert)
- Nicht alle geforderten Regelungen in einer SOP, sondern auf mehrere verteilt
- SOP teilweise erst im Kontrollzeitraum erstellt
- Keine Regelungen zu Kriterien der postoperativen Versorgung und des Überwachungsbedarfs; keine Regelungen zu Delir und Dekubitus

## SOP „gerinnungshemmender Medikation“:

### **Negativer KB (10 Kliniken):**

- Dosierungsalgorithmus für Niereninsuffizienz fehlt
- Kein Beleg, dass Bestimmung Restaktivität DOAKs auch im Dienst möglich
- Keine Regelungen zu Regionalanästhesie (die im Haus aber nicht angeboten werden)
- SOP DOAKs hat keinen Hinweis auf jederzeitige Bestimmung der Restaktivität DOAKs

## QSFFx-RL (Abschnitt 2) – SOPs

SOP „Ortho-geriatriische Zusammenarbeit für Pat. mit pos. geriatrischen Screening“

### **Negativer KB (8 Kliniken):**

- Keine SOP zu Verfahren Geriatrie
- Diagnostik und Behandlung geriatrischer Syndrome anhand standardisierter Verfahrensabläufe (z.B. Delir) fehlen
- Fehlt Regelung zu Geri-Visiten auf anderen Stationen
- SOP zu Diagnostik und Behandlung anhand standardisierter Verfahrensabläufe fehlt
- Kein Beleg für multi-Team Sitzung
- SOP entspricht nicht der aktuellen RL
- Keine Benennung der UC-Ansprechpartner in der SOP; fehlen Regelungen zu geriatrischen Syndromen
- keine SOP zur ortho-geriatr. Zusammenarbeit; SOP erst ab 21.10.2024 aber unvollständig; BRASS-Score und Braden-Skala keine geriatr. Assessments
- Kein Kooperations-Partner gefunden

# **Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e.V.

**Thielenplatz 3  
30159 Hannover**

**Telefon (0511) 3 07 63-0**

**Telefax (0511) 3 07 63-11**

**info@nkgev.de**

**www.nkgev.de**