Sana Kliniken

Verkürzte Datenlieferfristen, MD-Qualitätskontrollen und Transparenz - Wie werden wir den Anforderungen der esQS gerecht?

GQMGaktuell am 1.2.2022

Dr. Susanne Eberl
Leiterin Qualitätsvergleiche
Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement
Sana Kliniken AG
Ismaning

Agenda

1. Vorstellung der Sana Kliniken AG
2. Welche Anforderungen der externen Qualitätssicherung gilt es zu erfüllen?
3. Wie werden wir diesen Anforderungen gerecht?

Agenda

1. Vorstellung der Sana Kliniken AG
2. Welche Anforderungen der externen Qualitätssicherung gilt es zu erfüllen?
3. Wie werden wir diesen Anforderungen gerecht?

Sana Kliniken AG

Ein Kurzüberblick der wesentlichen Fakten zur Sana

Größter unabhängiger Klinik-/ Gesundheits-dienstleister in Deutschland mit einem Umsatz von EUR 2,9 Mrd.

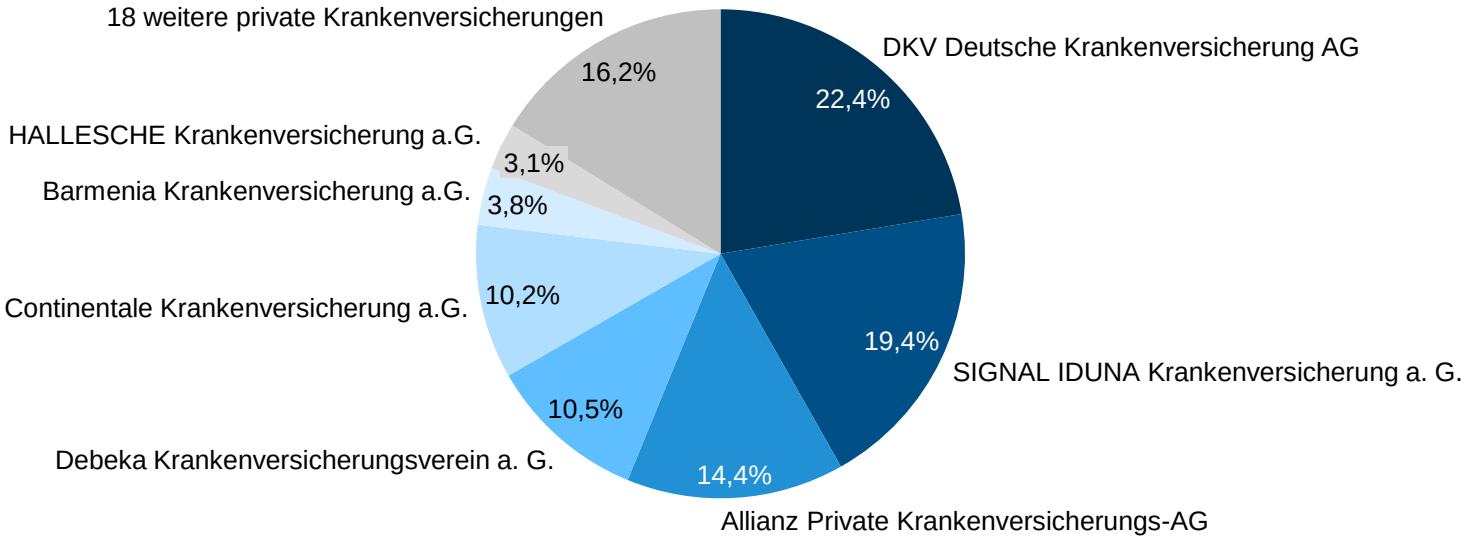
Über 120 medizinische Einrichtungen (Kliniken, MVZ und Sanitätshäuser)

36.000 Mitarbeiter versorgen jährlich 1,8 Millionen Patienten[1)]

1) Covid-bedingter Patientenrückgang in 2020 / Jahresmittel der letzten 5 Jahre: 2,1 Mio.

Die Aktionäre der Sana Kliniken AG

Die Sana Kliniken AG ist nicht börsennotiert, sondern befindet sich zu 100% im Besitz von 25 privaten Krankenversicherungen



Die stabile Aktionärsstruktur ermöglicht unternehmerische Unabhängigkeit, Gestaltungsmöglichkeit sowie nachhaltiges, langfristiges und profitables Wachstum

Agenda

1. Vorstellung der Sana Kliniken AG
2. Welche Anforderungen der externen Qualitätssicherung gilt es zu erfüllen?
3. Wie werden wir diesen Anforderungen gerecht?

DeQS-RL

Teil 1, §16 (6) Datenvalidierung

Das Datenvalidierungsverfahren umfasst

- eine statistische Basisprüfung auf Plausibilität sowie
- weitere Prüfungen auf Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität

Gemeinsamer Bundesausschuss

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 16. September 2021
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 21.12.2021 B1)
in Kraft getreten am 1. Januar 2022

§ 16 Datenvalidierung

(6) [1]Das Datenvalidierungsverfahren umfasst eine statistische Basisprüfung der übermittelten Daten der Krankenhäuser, der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bzw. Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte und Krankenkassen auf Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität. [2]Die statistische Basisprüfung der von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern übermittelten Daten erfolgt anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien, die durch das Institut nach § 137a SGB V entwickelt und bis zum 31. Januar des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen werden. [3]Die Auffälligkeitskriterien sind bundesweit einheitlich anzuwenden. [4]Die statistische Basisprüfung der von den Krankenkassen übermittelten Daten erfolgt anhand festgelegter Prüfkriterien, die durch das Institut nach § 137a SGB V entwickelt und einmalig durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen werden. [5]Wesentliche Änderungen der Prüfkriterien sind vom Unterausschuss Qualitätssicherung zu beschließen. [6]Die Prüfkriterien sind bundesweit einheitlich anzuwenden. Die statistische Basisprüfung wird wie folgt durchgeführt. [7]Die Bundesauswertungsstelle führt die Berechnung der festgelegten Kriterien auf Basis der durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer und die Krankenkassen übermittelten Daten zur Qualitätssicherung durch. [8]Bestehen keine Auffälligkeiten, ist die statistische Basisprüfung an dieser Stelle abgeschlossen. [9]Ist eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach Durchführung der statistischen Basisprüfung rechnerisch auffällig bzw. werden Dokumentationsmängel festgestellt, so sind die Regelungen zum

DeQS-RL

Teil 1, §17 „Stellungnahmeverfahren“

…werden Dokumentationsmängel festgestellt oder ist der Leistungserbringer rechnerisch auffällig, sind die Regelungen zum Stellungnahmeverfahren anzuwenden.

Gemeinsamer Bundesausschuss

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 16. September 2021
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 21.12.2021 B1)
in Kraft getreten am 1. Januar 2022

§ 17 Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen

(1) [1]Zuständige Stelle für die Bewertung der nach § 10 Absatz 2 Nummer 3 übermittelten Auswertungen, sowie für die Einleitung und Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen sind:

a) bei länderbezogenen Verfahren die LAGen

b) bei bundesbezogenen Verfahren die Bundesstelle (Unterausschuss Qualitätssicherung).

[2]Sie tragen jeweils gegenüber dem G-BA die Gesamtverantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung qualitätsverbessernder Maßnahmen. [3]Im Rahmen dieser Gesamtverantwortung erfolgt die Durchführung der einzelnen QS-Maßnahmen durch die Stelle nach § 5 Absatz 4 bzw. § 7 Satz 2 unter Beteiligung der Fachkommissionen gemäß § 8a. [4]Soweit aus rechtlichen Gründen zur Durchführung oder Durchsetzung der Maßnahmen notwendig, wird diese an die zuständige KV/KZV oder an die Krankenkassen übertragen. [5]Die Stellen nach § 5 Absatz 4 und § 7 Satz 2 prüfen unter Beteiligung der Fachkommission gemäß § 8a die ihr übermittelten Auswertungen auf Auffälligkeiten ohne Kenntnis der Identität der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, sofern eine Depseudonymisierung für den Zweck der Prüfung nicht zwingend erforderlich ist.

(2) [1]Ergeben die Auswertungen Auffälligkeiten bei einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer, erfolgt deren oder dessen Depseudonymisierung gegenüber der durchführenden Stelle nach Absatz 1 Satz 3 bzw. Satz 4 und es wird ihr oder ihm zunächst Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben („Stellungnahmeverfahren“). [2]Das Stellungnahmeverfahren soll ohne Zeitverzug durchgeführt werden. [3]Es kann mehrstufig sein. [4]Hierzu gehören neben der Einholung von schriftlichen Stellungnahmen insbesondere die

DeQS-RL

Teil 1, §17 „Stellungnahmeverfahren“

Ergebnisbewertung nach dem Stellungnahmeverfahren führt zur Notwendigkeit geeignete Maßnahmen einzuleiten:

Maßnahmenstufe 1

Gemeinsamer Bundesausschuss

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 16. September 2021
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 21.12.2021 B1)
in Kraft getreten am 1. Januar 2022

§ 17 Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen

(3) [1]Auf Basis der Bewertung der Ergebnisse nach dem Stellungnahmeverfahren beschließt die zuständige Stelle nach Absatz 1 Satz 1 über die Notwendigkeit zur Einleitung geeigneter Maßnahmen und legt unter Beteiligung der in Absatz 1 Satz 3 und 4 jeweils genannten Organisationen und Fachkommissionen Art, Inhalt und Umfang der Maßnahmen fest. [2]Primär soll durch die in Absatz 1 Satz 3 bzw. Satz 4 genannte zuständige Stelle eine auf Beseitigung von verbleibenden Zweifeln gerichtete Vereinbarung mit den betreffenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern abgeschlossen werden, es sei denn es bestehen Belege für schwerwiegende einzelne Missstände. [3]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.

DeQS-RL

Teil 1, §17 „Stellungnahmeverfahren“

Schwerwiegende Missstände, Verweigerung des Leistungserbringers zur Erfüllung der Vereinbarung führen zu weiteren Maßnahmen

Leistungserbringer erhält die Möglichkeit der „Äußerung“

Entscheidung über die Notwendigkeit die Maßnahmenstufe 2 einzuleiten

Gemeinsamer Bundesausschuss

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 16. September 2021
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 21.12.2021 B1)
in Kraft getreten am 1. Januar 2022

§ 17 Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen

(4) [1]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. [2]Die Frist zur Äußerung soll vier Wochen betragen. [3]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.

QFD-RL

Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs- Richtlinie

Gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen

konkrete Ausgestaltung wird je nach Thema in den jeweiligen Richtlinien und Beschlüssen erfolgen

- Konsequenzen bei Nichteinhalten der Qualitätsvorgaben: d.h. bei Verstößen gegen verbindliche Qualitätsanforderungen
- Maßnahmenkatalog zur Durchsetzung von Qualitätsanforderungen
- Verstöße gegen die Dokumentationspflichten der der esQS oder das Erfüllen der Qualitätsanforderungen führen direkt zu Vergütungsabschlägen oder Wegfall des Vergütungsanspruches.

Umsetzende Organe:
Krankenkassen
KVen
GBA, IQTiG, Landesgeschäftsstellen
Medizinischer Dienst

Richtlinie

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zur Förderung der Qualität und zu Folgen der Nichteinhaltung sowie zur Durchsetzung von Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Absatz 1 SGB V

(Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie/QFD-RL)

in der Fassung vom 18. April 2019
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 24.09.2019 B1)
in Kraft getreten am 25. September 2019

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1943/QFD-RL_2019-04-18_iK_2019-09-25.pdf

QFD-RL

§ 4 Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung

(1) In den einzelnen themenspezifischen Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA können insbesondere folgende fördernde Maßnahmen der Beratung und Unterstützung festgelegt werden:

1. Schriftliche Empfehlung
2. Zielvereinbarung
3. Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien
4. Teilnahme an Qualitätszirkeln
5. Teilnahme an Audits
6. Begehungen/Visitationen
7. Teilnahme an Peer Reviews
8. Implementierung von Vorgaben für das interne Qualitätsmanagement
9. Implementierung von Behandlungspfaden
10. Implementierung von Standard Operating Procedures (SOPs)
11. Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien
12. Prüfung unterjähriger Auswertungsergebnisse.

(2) Zur Anwendung der fördernden Maßnahmen nach Absatz 1 Nummer 2 bis 12 wird eine Vereinbarung mit dem Leistungserbringer getroffen

QFD-RL

§ 5 Durchsetzungsmaßnahmen

- Vergütungsabschläge

Verstoß gegen die Dokumentationspflicht im Rahmen der es QS

- Wegfall des Vergütungsanspruches

das Erfüllen der Mindestanforderungen von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ist Grundlage dafür, dass eine Einrichtung eine medizinische Leistung erbringen und abrechnen darf

- Information Dritter über die Verstöße
  z.B. für Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, Gesundheitsämter, BÄK
- Einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen

erheblicher Gefährdung der Patientensicherheit
oder
erheblichen Verstößen gegen Transparenzpflichten

DeQS-RL

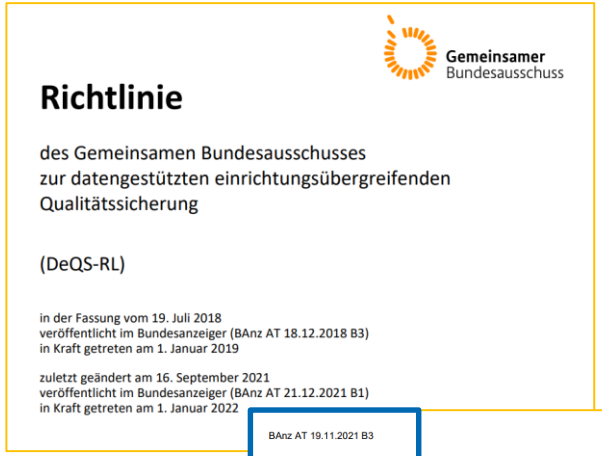
Teil 2, §16 Datenlieferfristen

Vorverlegung der Datenlieferfristen für alle Verfahren

Die quartalsweisen Datenlieferungen 2022 werden bundes- und landesbezogen um 4 Wochen vorverlegt:

1. Quartal (bis 31.3.)	**15.4**. statt 15.5.
2. Quartal (bis 30.6.)	**15.7.** statt 15.8.
3. Quartal (bis 30.9.)	**15.10**. statt. 15.11.
4. Quartal und **Gesamtjahr**	15.2. des Folgejahres, statt 28.2. .
Ende der Korrekturfrist:	**22.02.2023** statt 15.3.2023

https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4952/2021-07-15_DeQS-RL_Teil-2-Aenderung-QS-Verf-3-5-bis-15_EJ-2022_BAnz.pdf



Gemeinsamer Bundesausschuss

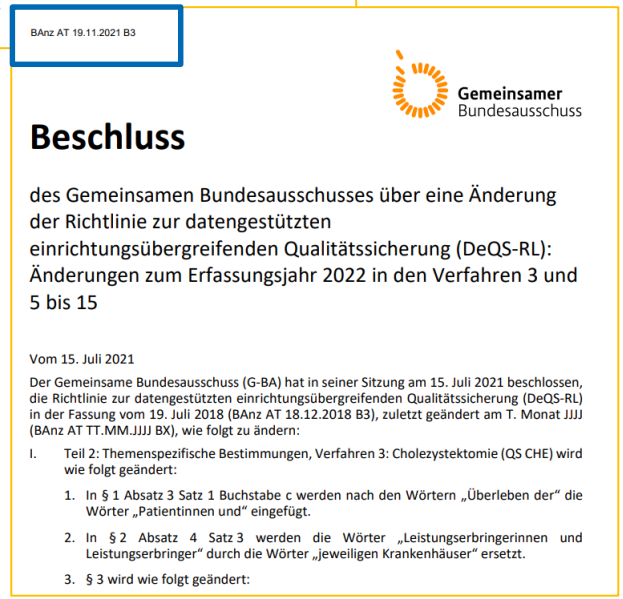
Richtlinie

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 16. September 2021
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 21.12.2021 B1)
in Kraft getreten am 1. Januar 2022



BAnz AT 19.11.2021 B3

Gemeinsamer Bundesausschuss

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Änderungen zum Erfassungsjahr 2022 in den Verfahren 3 und 5 bis 15

Vom 15. Juli 2021

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 15. Juli 2021 beschlossen, die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der Fassung vom 19. Juli 2018 (BAnz AT 18.12.2018 B3), zuletzt geändert am T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX), wie folgt zu ändern:

I. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE) wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Absatz 3 Satz 1 Buchstabe c werden nach den Wörtern „Überleben der“ die Wörter „Patientinnen und“ eingefügt.
2. In § 2 Absatz 4 Satz 3 werden die Wörter „Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer“ durch die Wörter „jeweiligen Krankenhäuser“ ersetzt.
3. § 3 wird wie folgt geändert:

-> Inclusive planungsrelevanter Qualitätsindikatoren

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Datengrundlage und Lieferfristen zum Erfassungsjahr 2022

Hinweis: bei ambulanten Fällen stimmt der Zeitrahmen der Datengrundlage immer mit dem Jahr bzw. Quartal der Behandlung überein

Richtlinie	Verfahrensart	Erfassungsmodule	Zeitrahmen bei stationären Fällen		Frist Datenlieferung für LE	Ende Korrekturfrist
			Aufnahme-zeitraum	Entlassungs-zeitraum		
DeQS-RL	landesbezogen	Cholezystektomie (CHE) Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI) Gefäßchirurgie (10/2) Herzschrittmacher und Defibrillatoren (09/1, 09/2, 09/3, 09/4, 09/5, 09/6) Orthopädie und Unfallchirurgie (HEP, KEP, 17/1) Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	01.01.2021 – 31.12.2022	01.01.2022 – 31.12.2022	quartalsweise Lieferungen zum: 15.04., 15.07., 15.10. und 15.02.	22.02.2023
DeQS-RL	landesbezogen	Patientenbefragung Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PPCI)	01.07.2022 – 31.12.2022[4)]	01.07.2022 – 31.12.2022	monatliche Exportpflicht: 07.08., 07.09., 07.10., 07.11., 07.12. und 07.01.23.	jeweils plus 7 Tage
DeQS-RL und plan. QI-RL bzw. QFR-RL[1)]	landesbezogen	Gynäkologie (15/1), Geburtshilfe (16/1), Mammachirurgie (18/1) Neonatologie (NEO)	01.01.2021 – 31.12.2022	01.01.2022 – 31.12.2022	quartalsweise Lieferungen zum: 15.04., 15.07., 15.10. und 15.02.	22.02.2023
DeQS-RL[2)]	landesbezogen	Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (NWIF)	01.01.2022 – 31.12.2022	01.01.2022 – 31.12.2022	quartalsweise Lieferungen zum: 15.04., 15.07., 15.10. und 15.02.	22.02.2023
DeQS-RL	landesbezogen	Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (NWIEA, NWIES)	01.01.2022 - 30.06.2022	01.01.2022 - 30.06.2022	01.01.2023 - 28.02.2023	-
DeQS-RL	bundesbezogen	Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (HCH) Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (NTX, PNTX, DIAL) [3)] Nierenlebendspende (NLS) Lebertransplantation (LTX) , Leberlebendspende (LLS) Herz- / Lungentransplantation (HTXM-MKU, HTXM-TX, LUTX)	01.01.2021 – 31.12.2022	01.01.2022 – 31.12.2022	quartalsweise Lieferungen zum: 15.04., 15.07., 15.10. und 15.02.	22.02.2023

Quelle: https://iqtig.org/downloads/spezifikation/servicedateien/2022/Datengrundlage_Lieferfristen-EJ2022_2022-01-07.pdf

DeQS-RL

Übernahme der Abrechnungscodes in die QS Dokumentation
- Basis der Berechnung von Qualitätsindikatoren

Gemeinsamer Bundesausschuss

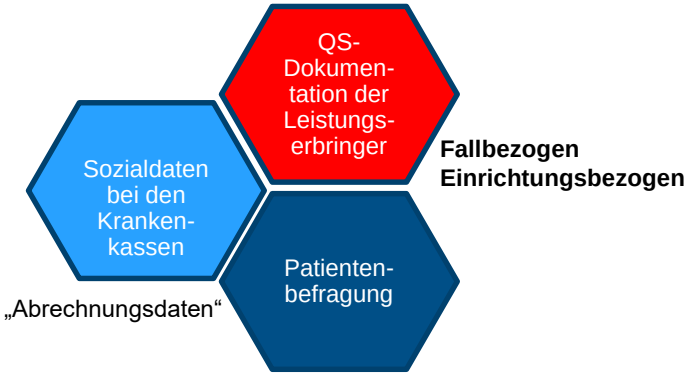
Richtlinie

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 16. September 2021
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 21.12.2021 B1)
in Kraft getreten am 1. Januar 2022



Fallbezogen
Einrichtungsbezogen

Ziel

1. Sektorenspezifisch
2. Sektorenübergreifend
3. Längsschnittbetrachtungen
4. Adressaten: Krankenhäuser
   Vertragsärzte
   Krankenkassen

- Beurteilen der stationär auslösenden Behandlung bzw. Eingriffe und die damit assoziierten Folgeereignisse (Follow-up)
- Betrachtung von Ereignissen, die nach dem Krankenhausaufenthalt auftreten
- OPS– und ICD – Codes als Basis der QS Dokumentation
  -> gemäßigter Dokumentationsaufwand
  Cave: Kodierung!

DeQS-RL

Übernahme der Abrechnungscodes in die QS Dokumentation
- Basis der Berechnung von Qualitätsindikatoren

Sozialdaten der Kostenträger

Abrechnungsdaten → QS Dokumentation → **Qualitätsindikatoren**

Input → Outcome

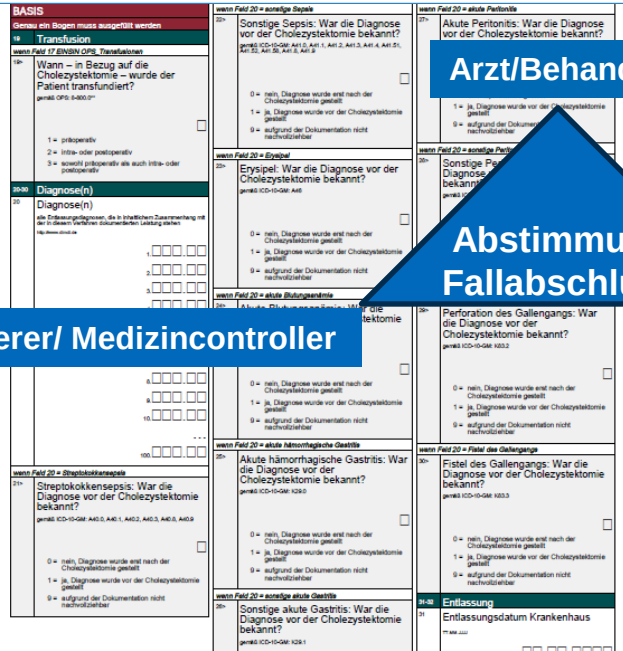
Arzt/Behandler

Abstimmung Fallabschluss

Kodierer/ Medizincontroller

QS – Beauftragter

5-501.42	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch Alkoholinjektion mit Ste
5-501.43	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch Alkoholinjektion mit Ste
5-501.4x	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch Alkoholinjektion mit Ste
5-501.50	Lokale Exzi
5-501.51	Lokale Exzi
5-501.52	Lokale Exzi
5-501.53	Lokale Exzi
5-501.5x	Lokale Exzi
5-501.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Ge
5-501.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Ge
5-501.62	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Ge
5-501.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Ge
5-501.6x	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Ge
5-501.x1	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Ge
5-501.x2	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Ge
5-501.x3	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Ge
5-501.xx	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Ge
5-501.y	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Ge
5-505.0	Rekonstruktion der Leber: Naht und blutstillende Ur
5-505.1	Rekonstruktion der Leber: Tamponade
5-505.2	Rekonstruktion der Leber: Mit Omentumplastik
5-505.x	Rekonstruktion der Leber: Sonstige
5-505.y	Rekonstruktion der Leber: N.n.bez.
5-511.01	Cholezystektomie: Einfach, offen chirurgisch: Ohne
5-511.02	Cholezystektomie: Einfach, offen chirurgisch: Mit o
5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne la
5-511.12	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Mit lapa
5-511.21	Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopis
5-511.22	Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopis
5-511.3	Cholezystektomie: Erweit
5-511.x	Cholezystektomie: Sonstig
5-511.y	Cholezystektomie: N.n.be
5-512.00	Biliodigestive Anastomose
5-512.01	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Du
5-512.02	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Du
5-512.03	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Du
5-512.0x	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Du
5-512.10	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Du
5-512.11	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Du
5-512.12	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Du
5-512.13	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Du
5-512.1x	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Du
5-512.20	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Du
5-512.21	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Du
5-512.22	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Du
5-512.23	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Du
5-512.2x	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Du
5-512.30	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Du
5-512.31	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Du
5-512.32	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Du
5-512.3x	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Du
5-512.40	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Du



QI 1: Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie			
			Nenner
1	0,00%	0	1
2	0,00%	0	3
3	0,00%	0	4
4	0,00%	0	5
5	0,00%	0	10
6	0,00%	0	19
7	0,00%	0	29
8	0,00%	0	32
9	0,00%	0	36
10	0,00%	0	41
11	0,00%	0	45
12	0,00%	0	47
13	0,00%	0	47
14	0,00%	0	47
15	0,00%	0	50
16	0,00%	0	56
17		0	58
18		0	75
19		0	77
20	0,00%	0	79
21	0,00%	0	80
22	0,00%	0	85
23	0,00%	0	88
24	0,00%	0	119
25	0,00%	0	122
26	0,00%	0	131
27	0,00%	0	195
28	1,07%	1	93
29	1,28%	1	78
30	1,55%	2	129
31	1,68%	2	119
32	1,98%	3	151
33	2,50%	1	40

MD-QK-RL

Teil B Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung

Corona Sonderregelung des G-BA
Keine MD Kontrollen bis 31.3.2022

§ 2 Kontrollgegenstand und Zweck der weiteren Kontrollen

ist der **gezielter Datenabgleich:**

- erfolgt auf Grundlage der QS-Dokumentation der plan QI-RL, DeQS-RL
- als ergänzende Datenvalidierung hinsichtlich möglicher weiterer Dokumentationsmängel, die im Rahmen der Kontrollen o.g. Richtlinien nicht auffallen
- Anlass: konkrete Anhaltspunkte auf Dokumentationsmängel
- Inhalt: Überprüfung der Übereinstimmung der QS-Daten mit der Patientenakte

§ 3 Anhaltspunkte für die Beauftragung der Qualitätskontrolle

Anhaltspunkte sind

a) Diskrepanzen zwischen einrichtungsbezogen aufgrund von G-BA-Richtlinien und -Beschlüssen veröffentlichten Ergebnissen der externen **Qualitätssicherun**g und von im Rahmen der **Abrechnung** oder von Abrechnungsprüfungen vorgelegten Informationen

b) Hinweise auf Dokumentationsfehler in der externen Qualitätssicherung, die sich aus **Meldungen von Versicherten oder sonstigen Dritten oder auf der Grundlage publizierter Informationen** über das Krankenhaus ergeben

c) Diskrepanzen zwischen den Angaben in Teil C1 des Qualitätsberichtes und weiteren Teilen des Qualitätsberichtes.

Transparenz

Beschluss

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG gem. § 137a Absatz 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V: Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen vergleichenden risikoadjustierten Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung

Vom 17. Januar 2019

Der Gemeinsame Bund
beschlossen, das Instit
(IQTIG) im Rahmen sein

I. Auftragsgegenstand

1. Das IQTIG wird beau
risikoadjustierten Übe
§ 137a Absatz 3 Satz
bezeichnet, ein Ge
Sonderveröffentlichun
(Basiskonzept Inform
Webdesign), B2 2. Pr

Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB

für das

Berichtsjahr 201

Sana Krankenhaus Ge

AOK-Gesundheitsnavigator

Der AOK-Gesundheitsnavigator hilft Ihnen bei der Suche nach einem passenden Arzt, Zahnarzt, Psychotherapeuten, Krankenhaus oder einer Hebamme. Sie können nach verschiedenen Kriterien suchen und erhalten in der Ergebnisliste umfangreiche Informationen zu den jeweiligen Angeboten.

Sana Klinik München GmbH

Steinerstraße 3, 81369 München
089724030
https://www.sana.de/muenchen

- Häufige Weiterempfehlung durch Patienten
- Diätetische Angebote
- Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)
- Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung
- Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung

Qualität nach IQTiG

Ergebnisse für
»Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks«

Qualitätsindikator	Ergebnis	Referenzbereich / Bundesdurchschnitt	Erläuterung
Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen	0.61 Fälle: 1291	0 bis höchstens 2,81 Ø: 1.02	**Einwandfrei** Ergebnis liegt im Referenzbereich. Je niedriger desto besser.

SPIEGEL ONLINE SPIEGEL+ Anmelden

Menü | Politik Meinung Wirtschaft Panorama Sport Kultur Netzwelt Wissenschaft mehr

WIRTSCHAFT

Schlagzeilen | DAX 11.391,40 | TV-Programm | Abo

Nachrichten > Wirtschaft > Staat & Soziales > Mannheim > Krankenhaus-TÜV: Diese 73 Kliniken liefern "unzureichende Qualität"

Bundesweite Auswertung

73 Krankenhäuser liefern "unzureichende Qualität"

Die Große Koalition hat eine bundesweite Erhebung zur Qualität in Krankenhäusern auf den Weg gebracht, mehr als 70 haben in einem Bereich schlecht abgeschnitten. Hier erfahren Sie, ob auch eine Klinik in Ihrer Nähe betroffen ist.

Von Benjamin Bidder und Chris Kurt (Grafiken)

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Zusammenfassende Ergebnisdarstellung
(temporäres Berichtsformat 2021)

QS-Verfahren nach QSKH-RL

Erfassungsjahr 2020

Stand: 26. November 2021

Anforderungen des Gesetzgebers mit Auswirkung auf die externe Qualitätssicherung

Änderung des MD Reformgesetzes

Änderung des MD Reformgesetzes - Änderung der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV)

Schiedstellenbeschluss – §11 Korrektur der Abrechnung und Aufrechnung

Eine bislang mögliche **nachträgliche Rechnungskorrektur** im Geschäftsjahr nach der Rechnungslegung **ist ab 1.1.2022 ausgeschlossen.**

Rechnungskorrekturen des Krankenhauses sind nur noch im Rahmen der Tatbestände des §11 Abs.1 und 2. zulässig:

- Zur Berichtigung von durch die Krankenkasse im Rahmen des Fehlerverfahrens nach der Vereinbarung gemäß §301 Absatz 3 SGB V angemerkten Fehlern
- Zur Abrechnung der Pauschale für eine nachstationäre Behandlung

und müssen innerhalb von 4 Wochen erfolgen zur:

- Umsetzung eines Urteils/Einigung im Gerichtsverfahren, nach Falldialog oder MD Prüfung
- Änderung des Pflegegrades, Fallzusammenführung, Verlegungsabschlag
- Zuzahlungen

Änderung des MD Reformgesetzes - Änderung der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV)

Schiedstellenbeschluss – §11 Korrektur der Abrechnung und Aufrechnung

Eine bislang mögliche **nachträgliche** Rechnungskorrektur im Geschäftsjahr nach der Rechnungslegung ist ab 1.1.2022 ausgeschlossen.

→

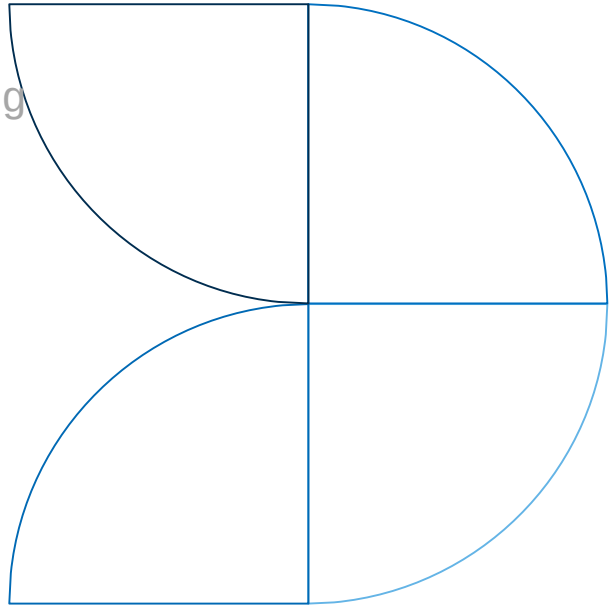
- Vollständige Unterlagen für die Abrechnung
- Korrekte Kodierung
- Abstimmung mit externer Qualitätssicherung

Frühzeitiges Reagieren

- Erkennen, Korrigieren, Gegensteuern von Abweichungen der §137 Daten und §21 Daten
- Abgleichen von Kodierung und Eingaben im QS-Bogen
- Vorverlegen und Änderung von Prozessen

Agenda

1. Vorstellung der Sana Kliniken AG
2. Welche Anforderungen der externen Qualitätssicherung gilt es zu erfüllen?
3. Wie werden wir diesen Anforderungen gerecht?



IST-Erhebung

Klinikabfrage im Mai 2020

Projektierung

1 Fallbegleitende Kodierung - Beginn 2019/20
Einführung in alle Häuser

Medizincontrolling

2 Behandlungsbegleitende QS - Beginn 2020

- Fachgruppenbezogene Einführung
  - Herzmedizin
  - Gynäkologie und Geburtshilfe
  - …
- Kommunikation
  - Geschäftsführung
  - Seminare: QS für Medizincontrolling 6 Regionen à 3*1h
  - Präsentation in der Tagung §137-Beauftragten
  - QMB Tagung
- Prozesseinführung in der Pilotprojektgruppe
  - SAP IS-H/ishmed

QuK, SIT

7 Projektgruppen nach KIS

1. Benennung von Projektleitern durch GF
2. 10.2.21 Kick off
3. Monatlicher Statusbericht an QuK
4. Virtuelle Projektgruppentreffen alle 3 Monate

Optimierungsbedarf an den Standorten:

- Unvollständige Dokumentation, späte Bereitstellung von Anamnese, OP-Bericht, Arztbrief
- Durchführung der Fallbesprechungen
- tagesaktuelle Datenverfügbarkeit

3 IT – Beginn mit Pilotkliniken in 2021/2022
automat. Datentransfer KIS - QS Monitor

SIT, lokale IT

Prozess QS und Verantwortlichkeiten

Bildung einer Arbeitsgruppe mit Vertretern aus Medizincontrolling, QS-Beauftragten, QMBs

Anforderungen an den Arbeitsplatz

Mitgeltendes Dokument

Lfd. Nr.	Prozessschritte	Zeitpunkt / Häufigkeit	Aufgabenumsetzung (A) Verantwortung (VA)							
			Leitung MedCo	KF, MDA	QS-Beauf-tragter	Arzt / Pflege	CA / PDL	QS-MVA / MVP	QMB	UK
1	Aufnahmediagnose (z.B. Pneumonie; wird in QS Bögen abgefragt, löst nicht in allen Modulen QS Bogen aus)	bei Aufnahme	VA	A		A/VA				
2	Einschlussprozedur plus ICD	OP, Intervention		A (im Verlauf und bei Entlassung)		A/VA				
3	Anlegen und Befüllen des QS-Dokumentationsbogens (z.B. Medico, ISHmed, Nexus)	Manuell, behandlungs-begleitend		A		A/VA				
4	Entlassung des Patienten, Abschluss der Kodierung, Prüfung der richtigen Entlassart (Patientenadministration)	Entlassung des Patienten	VA	A		A/VA				
5	Abschluss des QS Bogens durch die FAB	nach Entlassung des Patienten		A		A		VA		
6	Parallel: mind. monatliche Vollständigkeitsprüfung der QS (Sollstatistik), 100% Dokumentationsrate/Quartal				A/VA					
7	Interner Datentransfer aus der QS-Software in den QS Monitor (§137)	Täglich (nur bei Daten-automatisierung)			A/VA					
8	Prüfungen der Auffälligkeit im QS Monitor (Cross Check, Qualitätsindikatoren)			A	A/VA			A/VA		
9	Interprofessionelle Teambesprechung und Beschluss über Korrekturen der Kodierung und QS Dokumentation		A/VA	A	(A)	A		A/VA		

PV: Eberl, Susanne FZ: Haeske-Seeberg, Dr. Heidemarie FZ-Datum: 01.10.2021 Seite **1** von **4**

Verfahrensanweisung

2. Ziel und Zweck

Fallbegleitende Kodierung und behandlungsbegleitende QS – Dokumentation zum gemeinsamen Fallabschluss

Verfahrensanweisung

1. Geltungsbereich

Geschäftsführer, KL, Ärztliche Direktoren, Chefärzte, Pflegedirektoren/ Pflegedienstleitung, Medizincontrolling, QuK, LQV, Qualitätsmanagement-beauftragte, ärztlicher und pflegerischer Dienst, Sana IT

2. Ziel und Zweck

Die Kodierung der stationären Behandlungsfälle im G-DRG-System hat erheblich an Komplexität zugenommen. Dabei ist die Kodierung selbst nur der letzte Schritt in der Kette

Durch die fehlende Korrekturmöglichkeit nach der Rechnungsstellung ist eine vollständige und vollzählige behandlungsbegleitende Dokumentation der Qualitätssicherungsbögen und das Monitoring von Auffälligkeiten in den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren bis hin zu einem gemeinsamen Fallabschluss notwendig.

das Monitoring von Auffälligkeiten in den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren bis hin zu einem gemeinsamen Fallabschluss notwendig.

Mit dieser VA, soll eine Sicherstellung einer zeitnahen Fallsteuerung hinsichtlich Dokumentation, Kodierung und QS sowie die Prozessoptimierung im und nach dem Behandlungsverlauf geregelt werden. Dieses ist verbunden mit dem Ziel, einer zeitnahen und vollständigen Kodierung und Abrechnung zur Liquiditätssicherung, sowie die Umsetzung

Mit dieser VA, soll eine Sicherstellung einer zeitnahen Fallsteuerung hinsichtlich Dokumentation, Kodierung und QS sowie die Prozessoptimierung im und nach dem Behandlungsverlauf geregelt werden. Dieses ist verbunden mit dem Ziel, einer zeitnahen und vollständigen Kodierung und Abrechnung zur Liquiditätssicherung, sowie die Umsetzung der Anforderungen der Qualitätssicherung.

LQV Leitung Qualitätsvergleiche
MCO Medizincontrolling
MDA Medizinischer Dokumentationsassistent
PDL Pflegedirektoren/Pflegedienstleitung

Diese Verfahrensanweisung legt den zeitlichen Ablauf der fallbegleitenden Kodierung und behandlungsbegleitenden Qualitätssicherung bis zum gemeinsamen Fallabschluss verbindlich fest.

EFA Entlassende Fachabteilung
DRG Diagnosis Related Groups
QS Qualitätssicherung
QSB Qualitätssicherungsbeauftragter/§137-Beauftragter

PV: Naumann, Sonja FZ: Schick, Jens FZ-Datum: 28.09.2020 Seite 1 von 4

Anlage:

Fallbegleitendes Kodieren - behandlungsbegleitende QS

Prozess	D (Durchführung)	M (Mitwirkung)	G/E (Genehmigung/Entscheidung)	I (Information)	Prozessbeschreibung
Aufnahme					
Start					
Aufnahme (Erfassung)	Ltg. MCO				Es erfolgt eine Ausleitung der Aufnahmen sowie der Entlassungen des Vortages. Diese werden im Rahmen der Frühbesprechung im Medizincontroling besprochen, um das Arbeitsvolumen pro MA aufzuteilen. Aufgabenverteilung für die Mitarbeiter durch die Leitung MD, um die Arbeitsmenge pro Mitarbeiter aufzuteilen: Anzahl Aufnahmediagnosen, Anzahl zu kodierender Entlassungen, Kodierviisten- unter Berücksichtigung von Urlaub oder Krankheit der Mitarbeiter im Medizincontrolling
Ausleitung der Aufnahmediagnosen vom Vortag (Kontrolle; Akte, Befunde; Ärztliche Anamnese)	MDA	DBA DBP			MDA erfasst/oder kontrolliert Aufnahmediagnose und ergänzt bekannte Begleiterkrankung des Patienten **innerhalb eines Werktages seit Aufnahme.**
Aufnahmediagnose und bekannte Begleiterkrankung Arbeits-DRG				GF	
Behandlung					
Kodiervisite/Fallbesprechung (Akte, Dokumentation, Befunde, OP-Bericht)	MDA	DBA DBP MVA QSB		GF	Die Kodiervisite **erfolgt einmal wöchentlich** mit DRG beauftragtem/-r Arzt, welcher/r QS Entscheidungs-befugt oder ggf. QS-Beauftragt ist. Eine weitere Kodierbesprechung erfolgt einmal wöchentlich mit der DRG-Beauftragten Pflegekraft. Es wird dokumentiert, wenn der Termin nicht erfolgt. Darüber gibt es eine monatliche Berichterstattung an die Geschäftsführung
Durchsicht Akte/ Unterlagen Verweildauersteuerung					
Ergänzung weiterer Diagnosen, Prozeduren zur Optimierung der Arbeits - DRG	MDA				
Entlassung					
Prüfung Vollständigkeit der Unterlage/QS	MDA QSB				**1. Werktag nach Entlassung** Akten sind für die Kodierung vollständig im Medizincontrolling: Abschließende Kodierung **bis 3 Tage nach Entlassung** mit Prüfung der Vollständigkeit der Unterlagen (Brief, Berichte, Befunde, Dokumentation u.a.w) sowie der Übereinstimmung QS und Kodierung.
a) Abschluss Kodierung / b) Finale Prüfung externe QS	a) MDA b) QSB				Fallfreigabe
a) Abrechnung / b) Freigabe QS	a) PAR b) QSB				Die Abrechnung und QS erfolgt **bis spätestens 5 Tage** nach Entlassung. Aktenarchivierung/Rückgabe an Fachabteilung
Abschluss					
Datenversand	QSB				Der Datenversand wird nach Vorgabe der Datenlieferung des G-BA durchgeführt.
Ende					

MDA = Medizin. Dokumentationsassistenz, MCO = Medizincontrolling, QS = Qualitätssicherung, QSB = QS-Beauftragter, MVA = QS Modul-Verantwortlicher Arzt, DBA = DRG-Beauftragter Arzt, DBP = DRG-Beauftragte Pflegekraft, PAR= Patientenabrechnung

* siehe -> mit Checkliste Fallbegleitende Kodierung und behandlungsbegleitende QS

Vielen Dank!

Dr. Susanne Eberl

Leiterin Qualitätsvergleiche

Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement

Sana Kliniken AG
Ismaning