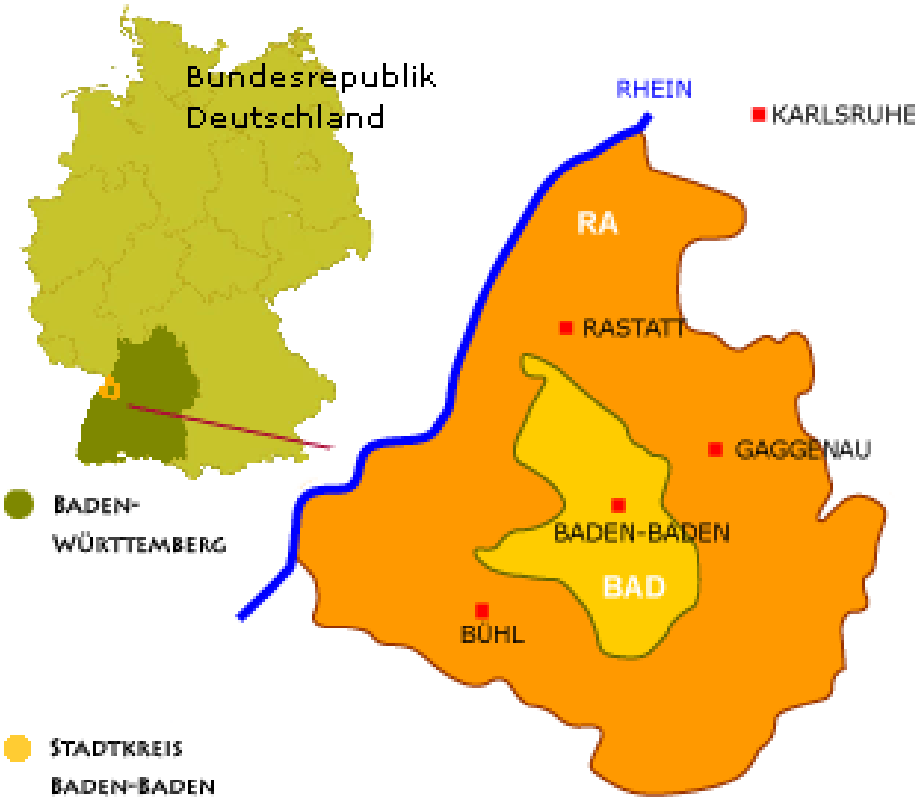
KLINIKUM
MITTELBADEN

Externe Qualitätssicherung Umsetzung im KMB

Autorin: Inge Mayer, Leitung ZQ-KRM



Klinik Rastatt

Engelstr. 39
76437 Rastatt

Klinik Forbach

Friedrichstraße 17
76596 Forbach

Klinik Balg

Balger Str. 50
76532 Baden-Baden

Klinik Ebersteinburg

Dr.-Rumpf-Weg 7
76530 Baden-Baden

Klinik Bühl

Robert-Koch-Str. 70
77815 Bühl

8 Pflegeeinrichtungen

3 MVZ mit 9 Praxen

Organisationsstruktur im KMB

Klinikum Mittelbaden Zentrales Qualitäts- Klinisches Risikomanagement	Organigramm Zentrales Qualitäts-Klinisches Risikomanagement (ZQ-KRM)	KLINIKUM MITTELBADEN

Aufsichtsrat der Klinikum Mittelbaden gGmbH

Geschäftsführer
J. Jung, Prof. Dr. N. Roeder

Verantwortliches Mitglied der GF für Zentrales Qualitäts- und Klinisches Risikomanagement
Dr. A. Eichenauer

Leitung ZQ-KRM
I. Mayer

Zentrales ZQ-KRM
Dr. A. Eichenauer
I. Mayer
S. Martini
D. Brosius
T. Höll
M. Wölm
N. Ferber

AG Klinisches Risikomanagement
Dr. A. Eichenauer
I. Mayer
W. Scholz
M. Sambale
D. Hohenstein
U. Hollerbach
H. Ullrich-Bunge
A. Günther

Leitung Medizincontrolling
Dr. Eichenauer (komm.)

Klinikleitung der Einrichtung

Heimleitung der Einrichtung

Qualitätslenkungsausschuss der Einrichtung

QLA der Einrichtung

QMB Rastatt-Forbach
S. Martini
Umsetzung Externer Anforderungen

QMB Baden-Baden-Bühl
D. Brosius
Interne Organisation

QMB Pflegeeinrichtungen
QMB Hospiz
T. Höll, M. Wölm, Fr. Ferber

QMB Zentrale Dienste
I. Mayer
Interne Qualität und Klinisches Risikomanagement
CIRS

QBs der Einrichtungen

QBs der Zentralen Dienste

Übergreifende Zertifizierungen
Basis Zertifizierung DIN EN ISO 9001:2015

Energiemanagementsystem DIN EN ISO 5001

RAL-Gütezeichen Catering GmbH

Zertifizierte Zentren Klinik Baden-Baden Bühl
Brustzentrum
Darmkrebszentrum
Endoprothetikzentrum Max
Regionales Traumazentrum

Zertifizierte Zentren Klinik Rastatt
Regionales Traumazentrum
Endoprothetikzentrum Max
Chest Pain Unit
Stroke Unit
Endometriosezentrum
Klinik für Diabetespatienten geeignet

Regelungen im KMB

Aufgaben im Kontext der Arbeit mit der Externen Qualitätssicherung.docx

Ext. QS Prozessbeschreibung Rahmenprozess.docx

Übersicht Modulverantwortliche.pdf

Gesetzliche Grundlagen

Gesetzliche Teilnahmeverpflichtung für nach §108 zugelassene Krankenhäuser an der externen stationären Qualitätssicherung

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)

§ 135a Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung

(1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

(2) Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 136 bis 136b und 137d verpflichtet,

1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, wozu in Krankenhäusern auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.

(3) Meldungen und Daten aus einrichtungsinternen und einrichtungsübergreifenden Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen nach Absatz 2 in Verbindung mit § 136a Absatz 3 dürfen im Rechtsverkehr nicht zum Nachteil des Meldenden verwendet werden. Dies gilt nicht, soweit die Verwendung zur Verfolgung einer Straftat, die im Höchstmaß mit mehr als fünf Jahren Freiheitsstrafe bedroht ist und auch im Einzelfall besonders schwer wiegt, erforderlich ist und die Erforschung des Sachverhalts oder die Ermittlung des Aufenthaltsorts des Beschuldigten auf andere Weise aussichtslos oder wesentlich erschwert wäre.

Richtlinie über Maßnahmen der QS in Krankenhäusern / QSKH-RL
Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren /plan. QI-RL
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden QS / DeQS-RL

QSKH-RL

Richtlinie

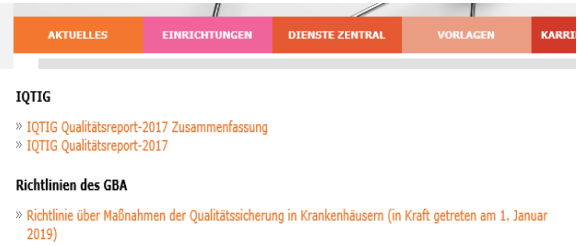
Gemeinsamer Bundesausschuss

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/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 22. März 2019
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 31.05.19 B1)
in Kraft getreten am 1. Juni 2019



https://intranet/intranet/dienste-zentral/Externe-Qualitaetssicherung/index.php

KSKH-RL/QS Verfahren

Gefäßchirurgie

19 Karotis-Revaskularisation

Hygiene und Infektionsmanagement

25 Ambulant erworbene Pneumonie

32 Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (sektorenübergreifend)

Kardiologie und Herzchirurgie

39 Herzschrittmacherversorgung

49 Implantierbare Defibrillatoren: Implantation, Aggregatwechsel und Revision/Systemwechsel/Explantation

58 Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (sektorenübergreifend)

64 Koronarchirurgie, isoliert
Aortenklappenchirurgie, isoliert
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Transplantationsmedizin

77 Transplantationsmedizin: allgemeine Aspekte

79 Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme

85 Lungen- und Herz-Lungentransplantation

88 Lebertransplantation

92 Leberlebendspende

96 Nierentransplantation

101 Nierenlebendspende

106 Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Übersicht der bestehenden QS-Verfahren

Gynäkologie

115 Mammachirurgie

124 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Perinatalmedizin

133 Geburtshilfe

141 Neonatologie

Orthopädie und Unfallchirurgie

149 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

157 Hüftendoprothesenversorgung

165 Knieendoprothesenversorgung

Pflege

173 Pflege: Dekubitusprophylaxe

Plan. QI

Gemeinsamer Bundesausschuss

Richtlinie

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

Plan. QI-RL = Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

- Derzeit ausgewählte QI aus externer stationärer QS:
  - **Gynäkologische Operationen (Modul 15/1)**
    - QI-ID 10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
    - QI-ID 12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung
    - QI-ID 51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
  - **Geburtshilfe (Modul 16/1)**
    - QI-ID 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten
    - QI-ID 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
    - QI-ID 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten
    - QI-ID 50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung
    - QI-ID 51803:Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen
  - **Mammachirurgie (Modul 18/1)**
    - QI-ID 2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS
    - QI-ID 52279: Intraop. Präparatradiografie oder intraop. Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung
    - QI-ID 52330: Intraop. Präparatradiografie oder intraop. Präparatsonografie bei mammograf. Drahtmarkierung
- Zu Planungszwecken der Krankenhausplanung
- Auswertung vierteljährlich + jährlich

Datenübermittlung am

- 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).

DeQS-RL

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. Mai 2019
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 04.07.2019 B3)
in Kraft getreten am 5. Juli 2019

- Verfahren 1 – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)
- Verfahren 2 – Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)
- Verfahren 3 – Cholezystektomie (QS CHE)

Aufgaben im Kontext der Arbeit mit der Externen Qualitätssicherung, insbesondere mit dem QS-Monitor

Hintergrund:

Die Arbeit für die Externe Qualitätssicherung gliedert sich grundsätzlich in zwei Teile, i.e. die **Erfassung und Lieferung der Daten** einerseits und die **inhaltliche Bearbeitung der vorläufigen und endgültigen Ergebnisse** andererseits. Beide Aufgaben fallen grundsätzlich in den Verantwortungsbereich der Leitenden Ärzte bzw. der Pflege- und Ärztlichen Direktoren[1].

Für die Steuerung der frühzeitigen und vollständigen Erfassung der Daten steht den verantwortlichen Personen die **Vorgangssammelbearbeitung im KIS iMedOne** zur Verfügung.

Für die inhaltliche Bearbeitung der vorläufigen und endgültigen Ergebnisse steht die Software **QS-Monitor** zur Verfügung, die eng mit dem KIS iMedOne verknüpft ist. Die Arbeit mit dem QS-Monitor ist in ihrer Effektivität und Effizienz in einem erheblichen Ausmaß davon abhängig, dass die Daten zur Externen Qualitätssicherung zuvor möglichst frühzeitig und vollständig im KIS hinterlegt wurden.

Die vorliegende Beschreibung stellt dar, wie die Arbeit mit dem QS-Monitor strukturiert werden soll.

Beschreibung:

Zum Umgang mit den Ergebnissen zur Externen Qualitätssicherung im QS-Monitor werden vier Ebenen der Verantwortlichkeit und der damit verbundenen Rechte definiert:

Erste Ebene: Gesamtsupervisor auf der Ebene des Klinikums Mittelbaden

Verantwortlichkeiten:

- Überwachung der Ergebnisse auf der KMB-Ebene
- regelmäßige Aufbereitung der vorläufigen Ergebnisse aus dem QS-Monitor für die nachgeordneten Ebenen
- ggf. Bericht an die Geschäftsführung bei relevanten Auffälligkeiten in der Externen Qualitätssicherung
- Herstellung und Überwachung von Verknüpfungen zu den Meldungen der QiG BW, bspw. bei Hinweisen auf Auffälligkeiten oder Aufforderungen zu Strukturierten Dialogen
- Definition KMB-übergreifender Maßnahmen auf der Grundlage der Ergebnisse
- Förderung der Daten- und Ergebnisvalidität
- Verbesserung des Gesamtverfahrens im Rahmen des Entwicklungsprojekts

[1] In den Bereich der Pflegedirektion fällt die Externe Qualitätssicherung zum Thema „Dekubitus“, in den Bereich der Ärztlichen Direktion die Externe Qualitätssicherung zu übergreifenden hygienerelevanten Themen.

Rechte:

- lesender und schreibender Zugriff auf alle im KMB verfügbaren Module

Personen:

- Gesamtverantwortliche/r Qualitätsmanagement, Leiter/in ZQ KRM, Beauftragte/r des ZQ KRMs für Externe Qualitätssicherung, Mitglieder der Projektgruppe (aktuell: Herr Dr. Eichenauer, Frau Mayer, später Frau Brosius, Herr Dr. Witten, Herr Götz)

Zweite Ebene: Supervisor auf der Ebene der Krankenhäuser

Verantwortlichkeiten:

- Überwachung der Ergebnisse und Maßnahmen auf Krankenhausebene
- Kontakt zu Gesamtsupervisor bzgl. hausbezogener Ergebnisse und Maßnahmen
- Unterstützung der auf KMB-Ebene definierten Maßnahmen auf der Hausebene
- Förderung der Daten- und Ergebnisvalidität auf der Hausebene
- inhaltliche Bearbeitung der Externen Qualitätssicherung zu Querschnittthemen (Dekubitus, Hygiene)

Die Supervisoren auf der Ebene der Krankenhäuser nehmen in regelmäßigen Abständen die Ergebnisse der Externen Qualitätssicherung sowie die Verbesserungsvorschläge der Modulverantwortlichen entgegen und verschaffen sich so ein Bild über den Stand des gesamten Krankenhauses hinsichtlich der Externen Qualitätssicherung und der hierzu geplanten Maßnahmen.

Rechte:

- lesender und schreibender Zugriff auf alle für das Krankenhaus verfügbaren Module
- lesender Zugriff auf alle im KMB verfügbaren Module

Personen:

- Ärztliche Direktoren und Pflegedirektoren mit Unterstützung der Haus-Qualitätsbeauftragten (aktuell für Baden-Baden Bühl: Herr PD Dr. Iber, Frau Born, Frau Brosius, für Rastatt-Forbach: Herr Prof. Dr. Daffertshofer, Herr Schröder, Frau Martini)

Dritte Ebene: Modulverantwortliche Ärzte bzw. Personen

Die Modulverantwortlichen sind in der Regel krankenhaus- (nicht standort-!) bezogen benannt. Bei Kliniken, die krankenhausübergreifend organisiert sind, bspw. der Klinik für Kardiologie und Angiologie, oder Kliniken, die einen eindeutigen fachlichen Leistungsschwerpunkt im Klinikum Mittelbaden darstellen, bspw. der Klinik für Neurologie, werden die Modulverantwortlichen krankenhausübergreifend benannt. Mittelfristiges Ziel ist, Modulverantwortliche zu benennen, die dann jeweils für das gesamte Klinikum verantwortlich sind.

Die Modulverantwortlichen berichten gegenüber den Leitenden Ärzten und leitenden Mitarbeitern weiterer Professionen, in deren Verantwortungsbereiche die Module fallen,

regelmäßig über die Ergebnisse der Externen Qualitätssicherung. Falls Verbesserungen in den Abläufen als notwendig erkannt werden, entwickelt der modulverantwortliche Arzt bzw. die modulverantwortliche Person gemeinsam mit dem QM-beauftragten Arzt der entsprechenden Klinik Verbesserungsvorschläge, die er dem Leitenden Arzt zur Umsetzung vorlegt.

Die Modulverantwortlichen verfügen über Lese- und Schreibrechte in den Modulen bzw. Leistungsbereichen, die in ihre Verantwortungsbereiche fallen. Sie stimmen sich bei Bedarf unmittelbar mit den zugehörigen Fallmanagern ab, falls es zu Wechselwirkungen zwischen der Kodierung und der Externen Qualitätssicherung kommt.

Im Rahmen des Projekts zur Einführung des QS-Monitors werden die Modulverantwortlichen in der Form geschult, dass sie ihrerseits die Ärzte des von ihnen verantworteten Bereichs adäquat in der Anwendung des QS-Monitors schulen können.

Vierte Ebene: Arzt auf der Station

Es ist die Aufgabe jedes Arztes, zu den von ihm betreuten Fällen die Externe Qualitätssicherung inhaltlich zu bearbeiten[2]. Der Leitende Arzt einer Klinik kann aber nach seinem Ermessen innerhalb der Klinik ärztliche Mitarbeiter benennen, denen er die inhaltliche Bearbeitung der Externen Qualitätssicherung auf der individuellen Fallebene gesammelt überträgt. Der Leitende Arzt hat dabei sicherzustellen, dass keine Verzögerungen im Fallabschluss durch diese Delegation von Aufgaben entstehen.

Jeder Arzt, der eine Einweisung in iMedOne erhalten hat, erhält ebenfalls die Nutzerrechte für den QS-Monitor.

Unterstützung durch das Fallmanagement und das Controlling

Die Unterstützung durch das Fallmanagement bei der Externen Qualitätssicherung beschränkt sich auf die formale Überprüfung der Vollständigkeit der Daten vor dem Fallabschluss und eine entsprechende Rückmeldung an den Modulvernatwortlichen. Es erfolgt keine inhaltliche Überprüfung oder Korrektur der Angaben.

Das Controlling überprüft im Rahmen der von der QiG BW übermittelten Fristsetzungen die Übereinstimmung der Anzahl der gelieferten Datensätze mit dem Sollwert. Hier findet ebenfalls keine inhaltliche Überprüfung oder Korrektur der Angaben statt.

Mitgeltende Dokumente

Anlage 1: Übersicht Modulverantwortliche

Anlage 2: Prozessbeschreibung externe QS

[2] In der Prozessbeschreibung wird zwischen dem „behandelnden“ und dem „behandlungsführenden“§ Arzt für den Fall unterschieden, dass ein „behandelnder“ Arzt selbst noch Anleitung durch einen erfahreneren, in diesem fall „behandlungsführenden“.

Ziel Durch die Prozessbeschreibung soll der Prozess QS UNHS BW transparent, nachvollziehbar und rechtssicher geregelt werden.

Voraussetzung Die primäre Patientendokumentation im KIS soll bereits alle Items, die in den QS-Bögen abgefragt werden, enthalten. Alle Modulverantwortlichen kennen die Ausfüllhinweise der QS-Bögen, für die sie verantwortlich sind.

Wo kommt das Modul zu Anwendung?

Vorgehensweise

Nr.	Prozessschritt	konkretisiert	Zuständig	Verantwortlich	Was ist offen?
I: Erzeugen und Exportieren der Daten					
1	Auslösung eines QS-Falls: Ein Behandlungsfall wird durch den QS-Filter aufgrund von hinterlegten Algorithmen als dokumentationspflichtig ausgelöst.	Es soll möglichst frühzeitig eine möglichst konkrete Arbeitsdiagnose formuliert sein. Die Prozeduren sollen möglichst frühzeitig hinterlegt sein. **Pflicht des behandelnden Arztes:** **Wenn QS-Bogen aufgrund der getätigten Eingaben generiert wird, wird dieser <u>immer</u> ausgefüllt, und es wird nicht hinterfragt, ob es ein Fehler sein kann.** Achtung: Ein einmal ausgelöster QS-Bogen kann nicht isoliert gelöscht werden, ohne dass ein Eingriff in die Primärdokumentation in der Patientenakte stattfindet. Es dürfen also keine QS-Bögen gelöscht werden, ohne dass zuvor eine Änderung in der Primärkodierung vorgenommen	Für die Primärdokumentation verantwortlich benannter Arzt (vierte Ebene)	Benannter Modulverantwortlicher Arzt (dritte Ebene)	Für die sichere Durchführung ist die <u>Einführung der fallbegleitenden Kodierung</u> voranzutreiben.

Nr.	Prozessschritt	konkretisiert	Zuständig	Verantwortlich	Was ist offen?
		wurde.			
2	Automatische Datenübernahme aus KIS und anderen Tools (bspw. METEK)	Es werden teilweise Daten automatisch aus anderen Quellen in die QS-Bögen übernommen. Hierbei kann es zu Fehlern kommen, die zu einer nicht korrekten Bearbeitung der Bögen führen.	für die Funktion und die Überwachung der Schnittstelle Mitarbeiter der EDV	Modulverantwortlicher (dritte Ebene) in Zusammenarbeit mit EDV	Recherchieren was nicht korrekt ist Bei Eingabefehler MA schulen. Regelung zur Meldung an von Übertragungsfehlern an die EDV
3	Manuelle Dokumentation im QS-Bogen	Die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für die Dokumentation im QS-Bogen müssen festgelegt und bekannt sein. Wer Dokumentationen im QS-Bogen vornimmt, muss den Bogen verstehen und die Ausfüllhinweise kennen. Die Dokumentation im Bogen erfolgt auf der Grundlage der Primärdokumentation in der Patientenakte. Während der Dokumentation muss auf Inplausibilitäten auch in der Primärdokumentation geachtet und diese ggf. behoben werden. Die Angabe „Keine Angabe" ist nur in Ausnahmefällen anzukreuzen. Achtung: Bei einer Korrektur der Kodierung nach Abschluss des QS-Bogens wird diese Korrektur nicht automatisch übernommen. IN diesem Fall ist ein direkter Kontakt zwischen dem Fallmanager und dem behandelnden Arzt bzw. Modul-	behandelnder (vierte Ebene) bzw. behandlungsführender Arzt; Beauftragte nicht ärztliche MA wie Fallmanager, Physiotherapeuten, physician assistents	Schulung: Modulverantwortlicher (dritte Ebene)	Schulungen sind notwendig.

Nr.	Prozessschritt	konkretisiert	Zuständig	Verantwortlich	Was ist offen?
		verantwortlichen erforderlich.			
4	QS-Bogen mit mehreren Zuständigkeiten	Bei einigen Modulen sind Mitarbeiter mehrerer Berufsgruppen an der Behandlung beteiligt. Es soll klar sein, welche Beiträge von den Mitarbeitern der verschiedenen Berufsgruppen erforderlich und zu verantworten sind. Für die Festlegung des Verfahrens ist grundsätzlich der modulverantwortliche Arzt zuständig.	Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen	Modulverantwortlicher	Zugriffsrechte und Datenschutz sicherstellen
5	Erste programmierte Plausibilitätsprüfung	Durch die Software findet eine erste Überprüfung der Plausibilität der eingegebenen Daten statt. Achtung: Auch bei Inplausibilitäten kann der Abschluss des QS-Bogens durch den ausfüllenden Arzt „erzwungen" werden. Dies ist allerdings nicht sinnvoll, da der Bogen bei der zweiten Plausibilitätsprüfung wieder auffällig wird.	behandelnder bzw. behandlungsführender Arzt (vierte Ebene)	Modulverantwortlicher	Unterstützung durch EDV
6	Abschluss und Freigabe des QS-Bogens	Die inhaltliche Freigabe des QS-Bogens geschieht durch den behandelnden Arzt. Der Modulverantwortliche kann intern regeln, dass ihm alle QS-Bögen vor der Freigabe zur abschließenden Kontrolle vorgelegt werden.	behandelnder bzw. behandlungsführender Arzt (vierte Ebene)	Modulverantwortlicher (dritte Ebene)	
II. Export der Daten und Rückmeldung der Annahmestelle					
7	Datenexport an QiG BW	Der Datenexport erfolgt quartalsweise spätestens zum 15.05., 15.08., 15.11. und letztmalig 28.02. des Folgejahres (Ausnahmen PCI / NWIF / NWIEA und CHE: Nachlieferungsfrist 15.03.	Mitarbeiter Controlling (Herr Siegel)	Mitarbeiter Controlling (Herr Siegel)	Regelung,

Nr.	Prozessschritt	konkretisiert	Zuständig	Verantwortlich	Was ist offen?
		des Folgejahres). Beim Export werden alle Fälle, welche den Status „abgeschlossen" aufweisen, vom 01.01. bis zum jeweiligen Quartalsende (Bsp.: Lieferung 2. Quartal: Export 15.08. für den Zeitraum 01.01.-30.06.) für den Export ausgewählt. Für jede exportierte Datei kommt als Rückmeldung eine Antwortdatei im .pdf-Format und als .xlm-Datei mit den Informationen, ob der Bogen akzeptiert oder abgelehnt wurde. Erst wenn diese Datei in iMedOne eingelesen ist, ändert sich der Status des Bogens von „exportiert" auf „akzeptiert" oder „abgelehnt" (bei Fehler). Hat der Bogen den Status „exportiert", so kann er nicht mehr geöffnet und bearbeitet werden. UNHS: Die Datenlieferung erfolgt monatlich spätestens zum 15. des Folgemonats. Die Antwortdatei wird in iMedOne eingelesen. MRE: Die Datenlieferung erfolgt halbjährlich. Herr Knopf gibt Bescheid, wann die Lieferung erfolgen soll.			nachdem der modulverantwortlich bis 2 Wochen vor dem Export die vollständige Bearbeitung überprüft
III. Controlling der Daten					
8	Rückmeldung nach Datenexport	Hinweise, die nach dem Übermitteln der Daten rückgemeldet werden, gehen über das ZQ-KRM direkt an den Modulverantwortlichen.	Mitarbeiter ZQ-KRM (Frau Mayer)	Modulverantwortlicher (dritte Ebene)	Einführung des Modulverantwortlichen in die Inhalte der Rückmeldungen
9	Controlling der noch offenen QS-Bögen	Die Anzahl der nicht abgeschlossenen QS-Bögen wird monatlich modulbezogen über die LSM-/TAM-Listen in iMedOne ermittelt. Am ersten Werktag des Monats wird ein modulbezogener Bericht erstellt und an den Gesamt-	Leitung ZQ-KRM (erste Ebene)	Gesamtverantwortlicher Qualitätsmanagement (erste Ebene)	

Nr.	Prozessschritt	konkretisiert	Zuständig	Verantwortlich	Was ist offen?
		verantwortlichen für das Qualitätsmanagement versendet. Der Modulverantwortliche erhält eine Nachricht über die Anzahl der noch offenen Bögen in seinem Modul. Der Ärztliche Direktor erhält eine Übersicht über alle noch offenen QS-Bögen seines Krankenhauses.	Gesamtverantwortlicher Qualitätsmanagement (Herr Dr. Eichenauer) (erste Ebene)		
10	Controlling der Daten im QS-Monitor	Achtung: Bögen, die nicht ausgefüllt bzw. nicht zum Export freigegeben sind, werden nicht in den QS-Monitor importiert und können damit nicht im QS-Monitor überwacht werden. Durch Mitarbeiter des ZQ-KRMs findet quartalsweise vor dem Export der QS-Bögen eine inhaltliche Analyse der Auffälligkeiten mithilfe des QS-Monitors statt. Die Ergebnisse werden dem Modulverantwortlichen mitgeteilt. Der Modulverantwortliche überprüft die Hinweise und veranlasst nach Bedarf Korrekturen. Hierzu kann er die Funktionalitäten des QS-Monitors (Kommentarfunktion) nutzen	Leitung ZQ-KRM (Frau Mayer) (erste Ebene) Modulverantwortlicher (dritte Ebene)		
11	Nachbearbeitung und Korrektur erkannter Fehleingaben	Solange der endgültige Export der Daten im Februar des Folgejahres nicht erfolgt ist, können Fehleingaben innerhalb des KIS korrigiert werden. Dies gilt nicht für abrechnungsrelevante Daten also z.B. fehlerhafte Kodierungen, aber für die sonstigen Items innerhalb des jeweiligen QS Bogens. Zur Veranlassung der Korrektur soll der modul-	behandelnder bzw. behandlungsführender Arzt (vierte Ebene)	Modulverantwortlicher (dritte Ebene)	Schulung der Ärzte

Nr.	Prozessschritt	konkretisiert	Zuständig	Verantwortlich	Was ist offen?
		verantwortliche Arzt die Mitarbeiter der vierten Ebene innerhalb des QS-Monitor mittels der integrierten Kommentierung auffordern/legitimieren und die Durchführung vor dem 31.12 des Verfahrensjahres sicherstellen			
12	Abschluss der Jahresdokumentation	Nach Durchführung aller erforderlichen Überprüfungen und Korrekturen soll dem Gesamtverantwortlichen der Ebene 1 der Abschluss der Bearbeitung aktiv mitgeteilt werden, der wiederum den endgültigen Export der Daten veranlasst	Ärztliche und pflegerische Direktoren (Zweite Ebene)	Gesamtverantwortlicher Qualitätsmanagement (Herr Dr. Eichenauer) (erste Ebene)	Ggf. Definition Zeitpunkte und Meldeweg